

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“CONOCIMIENTO Y ACEPTABILIDAD DE LA VASECTOMIA EN VARONES DE 18 A 60
AÑOS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA EsSALUD. ENERO- ABRIL 2018.”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

PRESENTADO POR:

GUTIERREZ ASCENCIO, Mari Cruz

IPURRE QUISPE, Gilda Norith

ASESORA:

Mg. PRADO MARTÍNEZ, Clotilde

AYACUCHO - PERÚ

2018

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

Resolución Decanal Nº 396-2018-FCSA-UNSCH

Bachilleres: Mari Cruz Gutiérrez Ascencio y Gilda Norith Ipurre Quispe.

En la ciudad de Ayacucho a los veintiséis días del mes de octubre del dos mil dieciocho, se reunieron en el auditorium de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga los miembros del jurado calificador conformado por docentes:

Prof. Noemí Quispe Cadenas (Presidenta por delegación del decano)

Prof. Magna Meneses Callirgos

Prof. Héctor Velarde Valer

Prof. Clotilde Prado Martínez (Asesora, Secretaria Docente).

Siendo las dos y cuarenta de la tarde, se da inicio con el acto de sustentación de tesis, contando con los documentos en regla de la tesis titulada “Conocimiento y aceptabilidad de la vasectomía en varones de 18 a 60 años en el Hospital II Huamanga EsSalud. Enero-Abril 2018”. Presentado por los bachilleres; Mari Cruz Gutiérrez Ascencio y Gilda Norith Ipurre Quispe, con la finalidad de optar el título profesional de Obstetra.

Finalizada la sustentación de tesis la presidenta del jurado calificador invita a los profesores miembros del jurado calificador plantear las preguntas y/o aclaraciones respecto a la exposición iniciando el Prof. Héctor Velarde Valer, luego la Prof Magna Meneses Callirgos, asimismo la Prof. Noemí Quispe Cadenas presidenta por delegación del decano y finalmente invita a la Prof, Clotilde Prado Martínez en su consideración de asesora, los mismos que fueron absueltos favorablemente. Concluida esta segunda etapa la presidenta del jurado invita a los sustentantes y público presente abandonar el auditorium a fin de deliberar el proceso de evaluación, calificación y deliberación. Los bachilleres sustentantes obtuvieron los siguientes resultados.

Bachiller Mari Cruz Gutiérrez Ascencio:

Jurados:	Texto	Exposición	Preguntas	Promedio
Prof. Noemí Quispe Cadenas	16	16	16	16
Prof. Magna Meneses Callirgos	17	17	18	17
Prof. Héctor Velarde Valer	16	17	17	17
Promedio Final:	17			

Bachiller Gilda Norith Ipurre Quispe.

Jurados:	Texto	Exposición	Preguntas	Promedio
Prof. Noemí Quispe Cadenas	16	16	16	16
Prof. Magna Meneses Callirgos	17	17	18	17
Prof. Héctor Velarde Valer	16	17	17	17
Promedio Final:	17			

De conformidad a los resultados obtenidos que la Bachiller Mari Cruz Gutierrez Ascencio alcanzo el promedio de 17.

De igual forma la Bachiller Gilda Norith Ipurre Quispe obtiene el promedio de 17.

Del cual dan fe los jurados estampando sus firmas al pie del presente en muestra de conformidad culminando el acto de sustentación de tesis a las cuatro y media de la tarde.

Mag. Noemí Quispe Cadenas
Presidenta

Mag. Magna Meneses Callirgos
Miembro del Jurado

Prof. Héctor Velarde Valer
Miembro del Jurado

Mg Clotilde Prado Martínez
Asesora Secretaria Docente

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, porque en sus aulas, recibimos el conocimiento intelectual y la oportunidad de formarnos en esta humana y noble profesión.

A mi escuela de Obstetricia, formadora de grandes profesionales competentes y a la plana de docentes por su enseñanza, orientaciones y consejos.

A nuestra asesora Mg.Clotilde, Prado Martínez y a nuestros jurados por su gran apoyo y confianza, por su tiempo y dedicación en las diferentes etapas del trabajo de investigación.

Al Hospital II Huamanga- EsSalud y a los usuarios varones por su colaboración y habernos brindado la facilidad durante la ejecución de nuestro trabajo de investigación.

DEDICATORIA

A DIOS, por darme la oportunidad de existir , por estar conmigo cada día de mi vida , por haberme dado salud para lograr mis objetivos y por brindarme su bondad y amor.

A MI MADRE JULIA, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me proporcionó y por su amor.

A MI PADRE FELIX, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracteriza y que me ha infundido siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A MI HIJA ANYELI, por ser el motivo de mis sueños y por alegrarme todos los días.

A MIS HERMANOS, Edgar y Jhon, por estar conmigo en cada etapa de mi vida y apoyarme siempre.

A MIS MAESTROS, aquello que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, y que me ayudaron en asesoría y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

Mari Cruz

DEDICATORIA

Agradezco a quien han forjado mi camino y me ha dirigido en el sendero correcto ,a DIOS, en que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de mis errores y a no cometerlos otra vez, eres quien guía el destino de mi vida.

A mi madre Madeleyne Quispe, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaste. Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.

A mi padre Leoncio Ipurre, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis hermanos Raúl, Lizbeth quienes siempre me apoyaron durante todos estos años, gracias hermanos.

A toda mi Familia que es lo mejor y lo más valioso que dios me ha dado.

A mis amigos y amigas y a ti *que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional, gracias por todo.*

Gilda

ÍNDICE

	Pag.
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I	
PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3. OBJETIVOS	14
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	15
2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA	22
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS	48
2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES	50
2.4.1. HIPÓTESIS	50
2.4.2. VARIABLES	50
CAPITULO III	
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	51
3.2. ENFOQUE DE INVESTIGACION	51
3.3. DISEÑO O MÉTODO DE ESTUDIO	51
3.4. POBLACION Y MUESTRA	51
3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	52
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	53

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 53

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS 54

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 55

4.2. CONCLUSIONES 79

4.3. RECOMENDACIONES 80

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 81

ANEXO

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar 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; sin embargo en muchos casos es la mujer quien opta por utilizar cualquier método anticonceptivo, pero también existe un porcentaje de parejas las cuales optan por un método definitivo de anticoncepción, ya sea el Bloqueo Tubárico Bilateral (BTB) y la vasectomía en los varones ,este último es un método altamente efectivo y seguro ,pero que a pesar de sus ventajas la tasa inicial de aceptación es bastante ínfima.¹

En nuestro país la anticoncepción quirúrgica ha sido legalizado a partir del 10 de setiembre de 1995, por modificación del artículo VI del Decreto Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población para incluir a la anticoncepción quirúrgica voluntaria, ligadura de trompas y vasectomía como métodos anticonceptivos; permitiendo a las parejas el libre ejercicio de su voluntad personal.²

Según la encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES VARONES) una forma indirecta de aproximarse a la influencia del conocimiento del anticonceptivo en su uso posterior es examinar cuántos de los que conocen un determinado método lo han usado alguna vez, en el caso de la esterilización masculina (Vasectomía) el conocimiento es amplio en la muestra, sin embargo no se manifiesta en un incremento

de su uso, el cual permanece bajo, es decir, que conocer no significa usar. El porcentaje de varones que se ha hecho la vasectomía es 0.4%, cifra que es igual en el área urbana y rural; a pesar que el conocimiento en el área urbana es de 82% y en el área rural 57%.³ En nuestro país los programas de salud reproductiva tradicionalmente han centrado su atención en las mujeres excluyendo a los varones, considerando carente el involucramiento de los varones para el control definitivo de la fertilidad, esto se debe a creencias y actitudes negativas sobre la vasectomía; otros creen que es la combinación de fenómenos enraizados en la cultura, como el machismo y la influencia religiosa.

El Hospital II Huamanga-EsSalud se encuentra ubicado al sur de la ciudad de Huamanga, en el distrito de San Juan Bautista, con un aproximado de 10,079 varones asegurados; de ellos 8716 son varones de 18 a 60 años. Según el reporte de la Oficina de Informes Estadísticos; estos varones provienen de los distritos de Carmen Alto y San Juan Bautista y de las referencias por parte del Metropolitano y por los puestos de salud de las zonas rurales.⁴

La población masculina que acude al hospital se caracterizan por que nunca o casi nunca acuden al servicio de planificación familiar acompañando a su pareja, la mayoría de los varones asegurados se caracterizan por tener un nivel de instrucción superior motivo por el cual no se explica por qué la participación del varón se encuentra limitada en los servicios de planificación familiar y en específico a la anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina (vasectomía) que a pesar de sus ventajas, a diferencia de la anticoncepción quirúrgica femenina, la vasectomía no es aceptada en nuestro medio por parte de los varones que han satisfecho sus deseos reproductivos.

Es importante la presente investigación, debido a que los proveedores de salud deben establecer con los usuarios varones un nivel de información y educación acerca de la vasectomía, permitiéndoles su elección propia de manera libre e informada, analizando las ventajas y desventajas y conociendo las características del método.

El propósito de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento y la aceptabilidad de la vasectomía en 368 (100%) de varones de 18 a 60 años que acudieron al Hospital II Huamanga-EsSalud a través de una investigación observacional, descriptiva,

transversal, prospectivo y muestreo probabilístico; encontrándose los principales resultados: el 57.6% (212) fueron varones con nivel de conocimiento regular sobre la vasectomía y el 84.8%(312) no aceptaría realizarse la vasectomía. Existe relación entre el conocimiento y la aceptabilidad de la vasectomía, el nivel de conocimiento sobre la vasectomía está en relación al nivel de instrucción, ocupación y procedencia ($p<0.05$), más no así con la edad, estado civil y número de hijos ($p>0.05$). Con respecto a la aceptabilidad sobre la vasectomía está en relación con el número de hijos ($p<0.05$), más no así con la edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación y procedencia($p>0.05$).

CAPITULO I

PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El rol de los varones en la salud reproductiva, incluida la planificación familiar, es fundamental y aún más si el varón va a ser el responsable del uso o puesta en práctica de uno de los métodos anticonceptivos masculinos, como son el uso del condón o el someterse a la vasectomía. Este último es un método anticonceptivo definitivo que consiste en el corte de los conductos deferentes para bloquear el paso de los espermatozoides con la finalidad de impedir que se incorporen al semen y salga del organismo del varón por medio de la eyaculación; la vasectomía es un método de planificación familiar, sencillo, con baja morbilidad, práctico para conseguir la esterilidad, con gran aprobación por la pareja y sin efectos adversos asociados al uso de métodos hormonales, otras ventajas de la vasectomía se debe a su bajo riesgo por tratarse de una intervención quirúrgica ambulatoria, el costo es menor al de la obstrucción tubárica bilateral (BTB), con pronta recuperación y reincorporación del varón a sus actividades cotidianas, laborales y sexuales.⁵

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso de métodos anticonceptivos por los varones representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia, los métodos anticonceptivos

masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía). En el mundo, la planificación familiar se reconoce como la intervención principal que salva la vida de las madres e hijos, si la mujer con el apoyo de su pareja planifica su familia usando eficazmente la anticoncepción podrá reducir los embarazos riesgosos, postergar la concepción hasta que se encuentren en situaciones adecuadas en cuanto a salud, economía y educación. Alrededor de 45 millones de parejas en el mundo, utilizan la vasectomía como método anticonceptivo en comparación con 150 millones de mujeres esterilizadas; pese a que es segura y fácil de realizar es un método que se usa de forma generalizada sólo en algunos países, ejemplo de ellos son China, India, Tailandia, Corea, Reino Unido, Canadá y Estados Unidos. En Latinoamérica, la aceptación ha sido menor por ser culturas eminentemente machistas, donde la responsabilidad del control de la natalidad recae casi por entero en la mujer.⁶ Por lo que la vasectomía aun no es una opción en las preferencias de la población a pesar de ser un medio económico, confiable y rápido para la planificación familiar permanente.

En el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en la encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 1996, el 0.7 % de varones en el Perú se realizaron la vasectomía y por el contrario entre los años 2009 y el 2013 hubo una disminución en la práctica de este método con un 0.3%.⁷ En el Perú, cuyo contexto sociocultural es muy variado, se han identificado factores que influyen en el rechazo de la vasectomía por parte de los varones, por lo general, pensamientos machistas, temor al procedimiento, alteraciones hormonales por parte de los testículos, concepciones acerca de la pérdida del deseo sexual, potencia sexual post vasectomía, temor al abandono de la pareja, ser objeto de burla, o un desconocimiento de la existencia de las ventajas de este método, todos estos factores pueden ser las razones por los cuales son muy pocos los varones de nuestro medio que no se someten a esta intervención anticonceptiva.

El Ministerio de Salud en Perú promociona y ofrece diferentes métodos anticonceptivos entre ellos la anticoncepción quirúrgica permanente voluntaria (vasectomía) que se da por medio de los programas y estrategias de Planificación Familiar a los Hospitales, Centros y Puestos de Salud, sin embargo estas estrategias específicamente acerca de la vasectomía no llega como debería de ser en el Hospital II Huamanga-EsSalud, debido a que no se emplea una norma técnica específica para los varones, hay poca difusión, información inadecuada por parte de los proveedores.

En el Hospital II Huamanga - EsSalud, según registro de atención en el servicio de Urología se tuvo información que en el año 2017 fueron asegurados 8716 varones de 18 a 60 años de este grupo se tuvo como dato que sólo hubo 2 vasectomizados ambos de 39 años de edad y según el registro de atención en Planificación Familiar, se evidenció que el mayor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en los varones es el preservativo 20.03%, y no registrándose la intervención de usuarios que accedieron a la vasectomía como método de planificación familiar.⁴

Para los varones que acuden al consultorio de Planificación Familiar la anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina (vasectomía), es un tema desconocido, ya que existen controversias en el desencadenamiento de complicaciones orgánicas, psicológicas y comportamiento sexual a largo plazo, asimismo existe problemas del sistema de salud en la difusión con enfoque intercultural porque se debería tener en cuenta que los programas de Planificación Familiar son mayormente promocionados para la mujer y es muy limitada la participación del varón.

El presente trabajo no busca indirectamente hacer que los varones se sometieran a una vasectomía, pero si analizar cuáles serían los cambios obtenidos en cuanto a nivel de conocimiento y aceptación de la vasectomía como una futura opción de Planificación Familiar y como soporte primordial contribuya a que el profesional obstetra promueva la

participación activa de los varones de una manera integral en la promoción de este método.

Por lo que nos planteamos el siguiente problema de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál será la relación entre el conocimiento y aceptabilidad de la vasectomía en varones de 18 a 60 años en el Hospital II Huamanga EsSalud. Enero - Abril 2018?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar el conocimiento y la aceptabilidad de la vasectomía en varones de 18 a 60 años en el Hospital II Huamanga EsSalud. Enero - Abril 2018.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el conocimiento de la vasectomía en varones de 18 a 60 años que acuden al Hospital II Huamanga - EsSalud.
- Conocer la aceptabilidad de la vasectomía en los varones en estudio.
- Relacionar el conocimiento y la aceptabilidad de la vasectomía en los varones en estudio.
- Relacionar el conocimiento y la aceptabilidad de la vasectomía en varones de 18 a 60 años con: Edad, estado civil, nivel de instrucción, número de hijos, ocupación y procedencia.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:

Muñoz y et al (México, 2016) “Conocimientos, actitudes y creencias entorno a la elección de la vasectomía en Ecatepec - México”. **Objetivo:** Analizar conocimientos, actitudes y creencias entorno a la elección de la vasectomía. **Material y métodos:** Estudio observacional, analítico de corte transversal con 111 varones del Servicio de Planificación Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 93 de Ecatepec-México, de enero a junio del 2016. Se aplicó una encuesta estructurada sometida a validación de contenido por expertos, que incluye conocimientos, actitudes y creencias que determinan la aceptación o rechazo de la vasectomía. Se realizó un análisis multivariado con regresión logística binaria por método de Wald. **Resultados:** La información excelente y clara 81%, Información suficiente (mucho) 43%, Información adecuada (alguna) 40%, Conocimiento del método (bueno) 77% ($p < 0,05$), El alcanzar el total de hijos planeados es el factor principal para optar por la vasectomía en un 95%, en un análisis multivariado mediante regresión lineal binaria se encontró que la paridad satisfecha se debe acompañar de una información clara del procedimiento, una buena relación de pareja y consultar la decisión con la misma en un 71%. El candidato debe poseer tres o menos parejas sexuales en su vida para asegurar una elección por

el método superior al 90%. **Conclusiones:** Conocimiento, creencias y actitudes del individuo, y de la pareja intervienen en la elección de la vasectomía, conocer un perfil de riesgo acerca de la elección del método permite acercarse a mayor población a esta opción anticonceptiva.⁵

Pico (Ecuador, 2015) “Barreras para la Vasectomía como Método de Planificación Familiar en los varones de 18 a 55 años de edad de las cooperativas de taxis del Cantón Tena”. **Objetivo:** Identificar las barreras para la vasectomía como método de planificación familiar en los varones de 18 a 55 años de edad de las cooperativas de taxis del Cantón Tena. **Método:** Se realizó una investigación de tipo descriptiva de corte transversal. Se aplicó una encuesta general para obtener datos sociodemográficos de la comunidad estudiada además de los conocimientos sobre la planificación familiar, mitos y creencias que limitan a la vasectomía como alternativa de control de la natalidad. Se estudió una población de 88 varones con un rango de edad 18 a 55 años. **Resultados:** De un total de 88 varones en estudio, el 51.1% presentaron un conocimiento malo y el 48.9% conocimiento bueno, el 75%(66) no aceptaría realizarse la vasectomía como método de planificación y apenas el 25% (22) de la población estudiada si aceptaría realizarse la vasectomía. El 66% de varones de 35 a 54 años, de ellos, el 75% no aceptarían la vasectomía. El 52.3% (46) presentaron nivel de instrucción secundaria, de ellos no aceptarían realizarse la vasectomía. El 62.5% (55) no tuvieron ningún hijo, de ellos, el 51,1% presentan conocimiento deficiente de la vasectomía. El 46.6% (41) pertenecientes a la ubicación de la residencia urbana grupo que no se realizarían la vasectomía. El desconocimiento sobre la vasectomía es la barrera que más influye en la aceptación de esta alternativa, con un Chi cuadrado de (30.698> 3.84), la creencia de que a largo plazo puede afectar a la salud con un Chi cuadrado de (18.07>.74), vergüenza ante lo que la sociedad opine que se ha practicado la vasectomía como un Chi cuadrado de (14.6>3.74), el número de hijos que planifican tener con un Chi cuadrado de (9.30>3.74), la creencia religiosa al igual que el pensamiento de que la planificación

familiar es de mayor responsabilidad del género femenino con un Chi cuadrado de (7.74>3.74), y la etnia con un Chi cuadrado de (6.98>3.74).

Conclusión: Se pudo establecer un diagnóstico sobre la visión que tienen los varones de 18 a 55 años de edad de las cooperativas de taxis del Cantón Tena, frente a la vasectomía, entre estos se logró identificar que los individuos piensan que este método es un pecado (16,3%), que disminuye la potencia sexual (29,8%), y que practicársela generaría vergüenza (16,7%).⁸

Baza y et al (Colombia, 2013) “Percepción de los hombres ante aceptación o rechazo de la vasectomía en tres barrios de Cartagena de Indias 2013”.**Objetivo:** Conocer la percepción de los hombres ante la práctica de la vasectomía con el fin de identificar sus mitos y creencias para brindar información veraz y específica acerca de la problemática presentada en los barrios Olaya, Blas de Lezo y el Recreo de la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del año 2013. **Método:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de naturaleza cuantitativa. La muestra estuvo constituida por 54 hombres de cada barrio, de los cuales a 10 de los 54 escogidos por barrio en la primera sección (encuesta), se le aplicara una entrevista, para un total de 162 encuestados y 30 entrevistados, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión establecidos para la investigación. **Resultado:** Se tuvo que el grado de conocimiento del barrio Olaya Herrera, el 43% tiene un grado de conocimiento aceptable, el 28% conocimiento deficiente y el 19% conocimiento excelente. El grado de conocimiento del barrio San Blas de Lezo, el 39% tiene un grado de conocimiento aceptable, el 35.1% conocimiento excelente y el 21% conocimiento deficiente. El grado de conocimiento del barrio el Recreo, el 44,4% tiene un grado de conocimiento excelente, el 43% conocimiento aceptable y el 7,4% conocimiento deficiente. El grado de conocimiento según rangos de edad de los barrios Olaya Herrera, las edades entre 25 y 35 años posee un grado de conocimiento aceptable con un 50%, el 50% de la muestra restante de este rango el 29.16% posee un grado de

conocimiento deficiente; por otro lado el grupo de jóvenes entre las edades de 20 y 25 años posee un grado de conocimiento aceptable que corresponde al 38,46% de la muestra; el 30,76% posee un grado de conocimiento deficiente, el rango de edad entre 35 y 49 años de edad con un grado de conocimiento aceptable equivalen a 35,29% de la muestra, el 23,52% poseen un grado de conocimiento deficiente; otro 23,52% posee un grado de conocimiento excelente y un 17,64% con un conocimiento insuficiente. El grado de conocimiento según rangos de edad. En el barrio Blas de Lezo, las edades entre 20-25 y 25-35 años posee un grado de conocimiento excelente con un 42,85% de la muestra, el otro porcentaje 57,14% con un grado de conocimiento aceptable, por otro lado los hombres ubicados entre las edades de 35 a 49 años, posee un conocimiento aceptable que equivale a 29,41% de la muestra. El grado de conocimiento según rangos de edad en barrio El Recreo, las edades entre 20-25 años posee un grado de conocimiento excelente que equivale a 68,75% de la muestra, el 31,25% con un grado de conocimiento aceptable, cabe resaltar que el grupo entre 35 y 49 años de edad posee un conocimiento aceptable, con un puntaje de 3,75%. **Conclusión:** Aunque se esperaba encontrar resultados alarmantes a la hora de establecer el grado de conocimiento existente en los barrios Olaya Herrera, Blas de Lezo y el Recreo, se evidenció que poseen conocimientos aceptables acerca del procedimiento vasectomía lo que los aleja de los mitos y creencias existente acerca de este método de planificación familiar masculino quirúrgico, proporcionando herramientas y bases sólidas que permiten tener confianza y seguridad a la hora de elegirlo como un método confiable.⁹

Vidal y et al (Colombia, 2013) “Factores que influyen en la aceptabilidad del uso de la vasectomía como estrategia para la disminución de embarazos no deseados por parte de miembros de las fuerzas militares”.
Objetivos: de conocer y determinar, los factores que influyen en la aceptabilidad del uso de la vasectomía, como estrategia para la

disminución de embarazos no deseados por parte de miembros de las Fuerzas Armadas de Colombia. **Métodos:** Estudio de tipo exploratorio - descriptivo con enfoque cuantitativo, en busca de identificar las causas de la baja participación de los hombres en la contracepción, donde se aplicó un instrumento de investigación, que fue una encuesta realizada a una población de 1.000 miembros Ejército Nacional de Colombia, de las cuales solo fueron validas 929 encuestas, puesto que las otras se encontraban incompletas, lo que indica que la muestra tiene el nivel de coherencia, pertinencia y confiabilidad. **Resultados:** Entre los miembros de la FFMM frente a la vasectomía, se logró identificar que una parte de la población estudiada ve a la vasectomía como una futura opción en un 62.6%(580), no la descartan como método de planificación familiar, y el 48%(349) no se lo realizaría a futuro. El 52% de varones de 20 a 30 años, si aceptarían someterse a la vasectomía durante su vida. Otro factor fue la economía, nivel de ingresos entre oficiales y suboficiales, además el nivel educativo alcanzado (bachiller, técnico, profesional o con posgrado, la incertidumbre sobre el futuro si se podría perder potencial sexual, incluyendo un temor de una disminución del rendimiento sexual como resultado del procedimiento, el conocimiento y la comprensión sobre la vasectomía, el 92% de los entrevistados saben que existe la vasectomía. Factores como la influencia del cónyuge, la religión (pecado), el temor ante el dolor o la reputación con las amistades no son factores decisivos respecto a la decisión de la vasectomía. **Conclusión:** Si bien los militares encuestados reportaron un conocimiento sobre la vasectomía, no obstante, vale resaltar que frente al tema de la pérdida de potencia sexual, hay claridad de que ésta no se perderá. Existe un grupo significativo de encuestados que manifestaron no utilizar preservativo, lo que implica un alto riesgo en el aumento de embarazos, siendo este un factor que puede influir en la aceptabilidad del uso de la vasectomía, en tanto se convierte en un mecanismo eficiente para prevenirlo.¹⁰

Montalvo (Perú, 2016)”Factores protectores que influyen en la aceptabilidad de la vasectomía en algunos miembros de las Fuerzas

Armadas del Perú Policlínico Militar de Chorrillos”. **Objetivos:** Determinar los factores protectores que influyen en la aceptabilidad de la vasectomía en algunos miembros de las Fuerzas Armadas atendidos en el Policlínico Militar de Chorrillos. **Materiales Y Métodos:** Estudio analítico de tipo descriptivo correlacional, transversal, prospectivo, población 163 militares, constituyéndose la muestra en 91 que cumplieron criterios de selección. **Resultados:** El 59.3% no aceptaría realizarse la vasectomía y el 40.7% si aceptaría realizarse una vasectomía, al examinar el nivel de conocimiento utilizando la Escala de Stanones de 20 varones entrevistados, el 2.43% de varones tuvieron nivel de conocimiento bajo sobre la vasectomía, de ellos, el 3.1% no aceptarían realizarse la vasectomía; mientras que del 1.86% de varones tuvieron nivel de conocimiento medio, de ellos, el 5.0% no aceptarían realizarse la vasectomía; y solo el 0.25% de varones tuvieron nivel de conocimiento alto, de ellos, el 8.19% si aceptarían realizarse la vasectomía. Del 100.0%(91) de varones, el 61.5%(56) fueron varones de 36 a 45 años de edad, de ellos, el 36.3%(33) no aceptaron realizarse la vasectomía y el 25.2%(23) refiere que si se realizaría la vasectomía. El 87.9%(80) fueron casados y convivientes respectivamente, de ellos, el 37.4%(34) no aceptarían realizarse la vasectomía. El 40.5% presentaron nivel de instrucción superior, se obtuvo que el mayor porcentaje de participantes correspondió al grado de Comandante, quienes a su vez si aceptarían la vasectomía y el 5.4% el grado de teniente fue el de menor porcentaje quienes también aceptarían realizarse la vasectomía. **Factores de riesgo Sexuales:** Temen la disminución de la potencia sexual y frecuencia de relaciones. **Factor de riesgo Actitudinales:** Temen al abandono de la pareja, a experimentar cirugías en sus genitales, ser objeto de burla. **Conclusión:** Se acepta la hipótesis de trabajo que dice: existen algunos factores protectores significativos que influyen en la aceptabilidad de la vasectomía en algunos miembros de las fuerzas armadas atendidos en el Policlínico Militar de Chorrillos.¹¹

Rentería (Perú, 2015) “Participación de la población masculina en la Planificación Familiar en el Hospital San Juan de Lurigancho-Marzo

2015". **Objetivos:** Determinar la participación de la población masculina en la Planificación Familiar en el Hospital San Juan de Lurigancho en el 2015. **Métodos:** Estudio de tipo descriptivo de corte transversal prospectivo. Se encuestó a 146 varones. **Resultados:** En su tesis recalca que el nivel de conocimiento de la población masculina sobre la planificación familiar, específicamente sobre la vasectomía es, el 56.2% tuvieron un nivel de conocimiento medio, el 26% tuvieron un conocimiento alto y el 17.8% tuvieron un nivel de conocimiento bajo. El 41.1% de la población masculina encuestada estuvo en un rango de edad de 19 a 29 años, con grado de instrucción principalmente secundaria y religión católica. El método anticonceptivo más conocido es el preservativo masculino (14.8%) seguido por el método inyectable mensual (10.7%). En cuanto a conocimiento, el 61.1% conoce el concepto de planificación familiar, pero el 46.6% no sabe que la vasectomía y la ligadura de trompas son métodos irreversibles. En cuanto a opiniones, el 83.6% está en desacuerdo con que la Planificación Familiar es un tema solo de mujeres; sin embargo, el 56.2% está en desacuerdo de hacerse la vasectomía y el 60.3% en que su pareja se ligue las trompas. El 31.5% de varones casi nunca o nunca utilizan algún método anticonceptivo y el 37% nunca o casi nunca acuden al servicio de Planificación Familiar acompañando a su pareja. **Conclusiones:** La población masculina tiene un conocimiento "Medio", opiniones "Desfavorable" y acciones "Negativas" respecto a planificación familiar. Por lo que se concluye que la participación de la población masculina en el tema es "Regular".¹²

Bautista (Ayacucho, 1996) "Motivos que determinan la negatividad hacia la vasectomía y los efectos secundarios inmediatos y mediatos en vasectomizados que acudieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital de referencia Sub-Regional de Ayacucho. Abril- Junio". **Objetivos:** Conocer los motivos por los cuales los varones que acudieron al Hospital de Referencia Sub - Regional de Ayacucho no aceptan la vasectomía como método anticonceptivo, Identificar los efectos secundarios inmediatos y mediatos que desencadenaron los

vasectomizados. **Diseño/Método:** Retrospectivo, Prospectivo, Clínico y descriptivo **Resultados:** El 44.7%(76) fueron solteros, de ellos, el 11.8% (20) no se sometería a la vasectomía; el 43.5%(74) presentaron un nivel de instrucción superior, de ellos, el 34.1%(58) no se someterían a dicha intervención y solo el 9.4%(16) se someterían a la vasectomía; el 37.6%(64) tuvieron de 1 a 2 hijos, de ellos, el 9.4%(16) no se sometería a la vasectomía por tener pocos hijos; el 36.5 %(62) son estudiantes, de ellos, el 11.8%(20) no se sometería a la vasectomía; el 31.8%(54) son subempleados, de ellos, el 4.7%(8) no se sometería a la vasectomía por que desconoce del método; el 9.3%(16) fueron profesionales, de ellos, el 2.3%(4) no se sometería a la vasectomía por la existencia de otros métodos anticonceptivos; mientras que en varones vasectomizados se determinó los efectos secundarios inmediatos y mediatos a nivel somático, psicológico y del comportamiento sexual. Él efecto secundario inmediato lo represento la cefalea (95.8%) como síntoma único o asociado al dolor. En cambio el comportamiento sexual, es referido por el 70.8% de los entrevistados, sobre todo por disminución en la frecuencia de relaciones sexuales (33.3%) y la falta de erección (25%). **Conclusión:** Que los pacientes del Hospital de Ayacucho no aceptaron someterse a la vasectomía, en mayor porcentaje por no tener aún hijos, tiene pocos hijos, existe otros métodos, no le permite su religión. Y que entre los efectos secundarios inmediatos, son la cefalea y dolor a nivel de la herida operatoria. Entre los efectos secundarios mediatos, no desencadenaron ningún efecto secundario similar porcentaje presentaron infección, hematoma.¹³

2.2 BASE TEÓRICA CIENTÍFICA

2.2.1. ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

Los órganos del aparato reproductor en el varón son los testículos, un sistema de conductos, glándulas sexuales auxiliares y diversas estructuras de sostén, incluidos el escroto y pene. Los testículos o gónadas masculinas producen espermatozoides y secretan hormonas. Un

sistema de conductos transporta y almacena los espermatozoides, participa en su maduración y los lleva al exterior. El semen contiene espermatozoides y secreciones que provienen de las glándulas sexuales auxiliares.¹⁴

a) ESCROTO

El escroto es un saco cutáneo exterior que contiene los testículos y está situado postero-inferiormente en relación al pene e inferiormente en relación a la sínfisis del pubis. Consta de:

- **Piel:** Rugoso de color oscuro.
- **Fascia superficial:** O lámina de tejido conjuntivo que contiene una hoja de músculo liso con el nombre de **músculo dartos** cuyas fibras musculares están unidas a la piel y cuya contracción produce arrugas en la piel del escroto, la fascia superficial forma un tabique incompleto que divide al escroto en una mitad derecha y otra izquierda y cada una de ellas contiene un testículo.

Asociado a cada testículo dentro del escroto, se encuentra el **músculo cremáster** que es una pequeña banda de músculo estriado esquelético que continua al músculo oblicuo menor o interno del abdomen. La localización externa del escroto y la contracción de sus fibras musculares regulan la temperatura de los testículos porque la producción normal de espermatozoides requiere una temperatura inferior en unos 2-3°C a la temperatura corporal. En respuestas a las bajas temperaturas el músculo dartos se contrae con lo que se arruga la piel del escroto y se reduce la pérdida de calor y el músculo cremáster a cada lado también se contrae con lo que los testículos son acercados al cuerpo para estar cerca al calor corporal.¹⁵

b) TESTÍCULOS

Los testículos son glándulas pares ovales ubicados en el escroto, de 5 cm de largo y 2, 5 cm de diámetro, cada testículo tiene un peso de 10 a 15

gramos, los testículos se desarrollan cerca de los riñones, en la parte posterior del abdomen, y habitualmente comienza a descender hacia el escroto a través de los conductos inguinales durante la segunda mitad del séptimo mes del desarrollo fetal. Una serosa llamada **túnica vaginal**, que deriva del peritoneo y se forma durante el descenso de los testículos, los cubre parcialmente. Por dentro de la túnica vaginal se encuentra una cápsula fibrosa blanca compuesta por tejido conectivo denso irregular, la **túnica albugínea**; se extiende hacia el interior, formando tabiques que dividen al testículo en una serie de compartimientos internos llamados **lóbulos**. Cada una de los 200-300 lóbulos contiene de uno a tres túbulos muy enrollados, los **túbulos seminíferos**, donde se producen los espermatozoides. El proceso por el cual los túbulos seminíferos de los testículos producen espermatozoides se conoce como espermatogénesis.

Al corte de un túbulo se encuentra las siguientes células:

1.- Células germinales: son las que dan origen a los espermatozoides, cuya maduración avanza desde la membrana basal hacia la luz del túbulo.

2.- Células de Sertoli: Distribuidas entre las células espermatogénicas en los túbulos seminíferos se encuentra grandes células de Sertoli, que se extiende desde la membrana basal hasta la luz del túbulo. Las células de Sertoli sustentan y protegen a las células espermatogénicas en desarrollo de diversas maneras. Nutren a los espermatocitos, espermátides y espermatozoides; fagocitan el citoplasma sobrante que se genera durante el desarrollo y controlan los movimientos de las células espermatogénicas y la liberación de los espermatozoides a la luz del túbulo seminífero. También producen líquido para el transporte de espermatozoides, secretan la hormona inhibina y median los efectos de la testosterona y FSH (hormona foliculoestimulante).

3.- Células de Leydig: En el intersticio que separa a dos túbulos seminíferos adyacentes hay un grupo de células llamadas de Leydig (células intersticiales), estas células secretan testosterona, el andrógeno

más importante. Un andrógeno es una hormona que promueve el desarrollo de los caracteres masculinos. La testosterona también estimula la libido (impulso sexual) en el hombre.¹⁵

ESPERMATOGÉNESIS

En la pubertad, las células germinales masculinas situadas en los testículos o gónadas masculinas, se activan y dan lugar al comienzo de la espermatogénesis o formación de los espermatozoides, que son gametos masculinos. Los gametos son células sexuales especializadas (espermatozoides y ovocitos) producida por las gónadas (masculinas y femeninas respectivamente) que transmiten la información genética entre generaciones.

En los seres humanos la espermatogénesis o formación de los espermatozoides dura entre 65 y 75 días, tiene lugar en los túbulos seminíferos de los testículos en donde se encuentra las células germinales en diversas fases de desarrollo. Las células germinales son células indiferenciadas llamadas **espermatogonias** que se multiplican por mitosis y contiene 46 cromosomas. Cada espermatogonia aumenta de tamaño y se convierte en un **espermatocito primario** que sigue tiene 46 cromosomas. Al dividirse el espermatocito primario da lugar a dos **espermatocitos secundarios** cada uno de los cuales tiene ya 23 cromosomas, es decir, la mitad de la dotación genética de una célula normal. De cada espermatocito secundario se origina dos células hijas llamadas **espermátides** que también contienen 23 cromosomas. Por último, se produce la transformación de cada una de las espermátides en un **espermatozoide**. Se necesita uno dos meses para formar un espermatozoides a partir de un espermatocito primario y este proceso solo ocurre a temperaturas inferiores a la del cuerpo humano. Por esta razón los testículos están alojados en el escroto, fuera de la cavidad abdominal. Cada día, alrededor de 300 millones de espermatozoides completan el proceso de espermatogénesis.

Los espermatozoides y los ovocitos contienen solo 23 cromosomas, de modo que en el momento de la fecundación se formara una nueva célula, el cigoto o huevo, con 46 cromosomas, el 23 de origen materno y 23 de origen paterno.¹⁴

CONTROL HORMONAL DE LOS TESTÍCULOS

La hipófisis anterior o adenohipófisis secreta unas hormonas proteicas, las **gonadotropinas**, que son de importancia fundamental para la función reproductora y como indica su nombre, actúan sobre las **gónadas** o glándulas sexuales: **testículos** en el hombre y **ovarios** en la mujer. Son la **hormona folículo-estimulante (FSH)** y la **hormona luteinizante (LH)**.

La secreción de las gonadotropinas depende a su vez, del hipotálamo que es una estructura que se encuentra en el sistema nervioso central y es el responsable de la secreción de la **hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH)** que es transportada por la sangre hasta la adenohipófisis o hipófisis anterior, en donde, como indica su nombre, estimula la liberación de las **gonadotropinas**. La LH actúa sobre las células de Leydig provocando la liberación de testosterona. A su vez, la testosterona, cuando alcanza un determinado nivel, inhibe la secreción de LH al ejercer un efecto de control negativo, tanto sobre la adenohipófisis como sobre el hipotálamo.

Por su parte la FSH actúa de modo sinérgico con la testosterona sobre las células de Sertoli estimulando la secreción de la **proteína ligadora de andrógenos (ABP)** hacia la luz de los tubos seminíferos, alrededor de las células germinales, y como la ABP se une a la testosterona, se consiguen niveles elevados de este andrógeno localmente, para que pueda estimular la parte final del desarrollo de los espermatozoides. Una vez alcanzado el nivel adecuado de espermatogénesis, las células de Sertoli secretan una hormona llamada **inhibina** que entonces reduce la secreción de FSH, mediante un mecanismo de control negativo sobre la adenohipófisis y el hipotálamo.¹⁴

C) CONDUCTOS DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

1.- EPIDÍDIMO

El epidídimo es un órgano con forma de coma de unos 4 cm de largo que yace sobre el borde posterior de cada testículo. Cada epidídimo consta principalmente de un **conducto epididimario** muy enrollado. Los conductos eferentes del testículo se unen al conducto epididimario en la porción más grande y superior del epidídimo llamada **cabeza**. El **cuerpo** es la porción intermedia más angosta del epidídimo, y la **cola** es la porción más pequeña e inferior, en su extremo distal, la cola del epidídimo se continúa como el conducto deferente.

El conducto epididimario mediría desenrollado alrededor de 6m de longitud, se encuentra recubierto por epitelio cilíndrico pseudoestratificado y rodeado por capas de músculo liso. La superficie libre de las células cilíndricas posee **estereocilios**, los cuales a pesar de su nombre son largas microvellosidades ramificadas (no cilios) que incrementan el área de superficie para la reabsorción de espermatozoides degenerados.

Funcionalmente, el epidídimo es el sitio donde se produce **la maduración de los espermatozoides**, proceso por el cual obtienen motilidad y capacidad de fecundar un óvulo esto ocurre a lo largo de un periodo de 14 días. El epidídimo también ayuda a impulsar los espermatozoides hacia el conducto deferente durante la excitación sexual por medio de contracciones peristálticas del músculo liso. A su vez, el epidídimo almacena espermatozoides, los cuales permanecen viables por varios meses en ese sitio. Los espermatozoides almacenados que no se eyaculan luego de este tiempo son finalmente reabsorbidos.¹⁵

2.- CONDUCTO DEFERENTE

Los conductos deferentes son 2 tubos musculares de pared gruesa y comienza cerca de la cola del epidídimo, el conducto epididimario se vuelve menos tortuoso y aumenta su diámetro. A partir de este punto, se llama conducto deferente o vas deferens. El conducto deferente, el cual mide alrededor de 45 cm de largo, asciende por el borde posterior del epidídimo, pasa a través del conducto inguinal e ingresa a la cavidad pelviana. Allí, gira por encima del uréter y pasa por el costado y por debajo de la cara inferior de la vejiga urinaria. La porción final dilatada del conducto deferente es la ampolla. La mucosa del conducto deferente consiste en un epitelio cilíndrico pseudoestratificado y una lámina propia (tejido conectivo rico en fibras elásticas). La muscular está compuesta por tres capas de músculo liso; en la capa interna y en la externa las fibras son longitudinales y en la capa media son circulares.

Funcionalmente, el conducto deferente transporta los espermatozoides durante la excitación sexual desde el epidídimo hasta la uretra por medio de contracciones peristálticas de su cubierta muscular. Al igual que el epidídimo, el conducto puede almacenar espermatozoides por muchos meses. Cualquier espermatozoide que no se eyacule en ese tiempo, es finalmente reabsorbido.¹⁵

3.- CORDÓN ESPERMÁTICO

Es una estructura de sostén del aparato reproductor masculino que asciende desde el escroto. Está conformado por el conducto deferente, la arteria testicular, venas que drenan los testículos y transportan la testosterona a la circulación (el plexo pampiniforme), nervios autónomos, vasos linfáticos y el músculo cremáster. El cordón espermático y el nervio ilioinguinal pasan a través del **conducto inguinal**, un pasaje oblicuo en la pared abdominal anterior justo por encima y paralelo a la mitad medial del ligamento inguinal. El conducto, que mide unos 4-5 cm de largo, se origina del **anillo inguinal profundo (abdominal o interno)**, una abertura

en forma de ranura en la aponeurosis del músculo transverso del abdomen y termina en el **anillo inguinal superficial (subcutáneo o externo)**.¹⁵

d) URETRA MASCULINA

En los varones, la uretra es el conducto terminal tanto para el aparato reproductor como para el aparato urinario; sirve como una vía de salida para el semen como para la orina, con alrededor de 20 cm de largo pasa a través de la próstata, los músculos profundos del periné y el pene y se subdivide en tres partes:

- Uretra prostática
- Uretra membranosa
- Uretra esponjosa.¹⁸

La uretra prostática: tiene unos 2 a 3 cm de longitud y comienza en el orificio interno de la uretra en el trígono de la vejiga. Desciende a través de la glándula prostática y en su parte posterior desembocan los conductos de la glándula prostática y los conductos eyaculadores

La uretra membranosa: es la porción más corta de la uretra con 1 cm de longitud aproximadamente. Está rodeada por el esfínter uretral y a cada lado se encuentra una glándula bulbouretral.

La uretra esponjosa: es la porción más larga de la uretra con unos 15 cm de longitud y atraviesa toda la longitud del pene. Termina en el orificio externo de la uretra que comunica con el exterior y es la porción más estrecha y menos distensible de la uretra con un diámetro aproximado de unos 5mm. En la parte superior de esta uretra desembocan los conductos de las glándulas bulbouretrales.¹⁴

e) GLÁNDULAS SEXUALES ACCESORIAS

VESÍCULA SEMINAL

Son un par de estructuras a manera de bolsas contorneadas de unos 5 cm de largo, se ubica en sentido posterior a la base de la vejiga y anterior al recto. Estas vesículas secretan un líquido viscoso y alcalino que contiene fructosa (un azúcar monosacárido), prostaglandinas y proteínas de coagulación diferentes de las sanguíneas. La naturaleza alcalina de los líquidos seminales ayuda a neutralizar el entorno ácido de la uretra masculina y el aparato reproductor femenino, que de otra manera inactivarían y matarían a los espermatozoides. Los espermatozoides utilizan fructosa para la producción de ATP. Las prostaglandinas contribuyen a la motilidad y viabilidad espermática y también podrían estimular las contracciones del músculo liso en el aparato reproductor femenino. Las proteínas de la coagulación ayudan a que el semen se coagule luego de ser eyaculado. El líquido que secretan las vesículas seminales normalmente constituyen alrededor del 60% del volumen total del semen.¹⁵ El conducto de cada vesícula seminal se une con el conducto deferente de su lado para formar el conducto eyaculador.¹⁴

PRÓSTATA

La próstata es una glándula única, con forma de rosquilla, de un tamaño similar al de una pelota de golf. Mide unos 4 cm de lado a lado, alrededor de 3 cm de arriba hacia abajo y alrededor de 2 cm de adelante hacia atrás. Se encuentra debajo de la vejiga urinaria y rodea la uretra prostática. La próstata segrega un líquido lechoso y levemente ácido (pH alrededor de 6,5) que contienen distintas sustancias: 1) el ácido cítrico en el líquido prostático, usado por los espermatozoides para producir ATP; 2) diferentes enzimas proteolíticas encargadas de descomponer las proteínas de la coagulación secretadas por las vesículas seminales; 3) sustancias antibióticas que contribuyan a disminuir el crecimiento de bacterias en el semen y en el aparato reproductor femenino. Las

secreciones prostáticas ingresan a la uretra prostática por los conductos prostáticos. Estas secreciones constituyen alrededor del 25% del volumen total del semen y contribuyen a la motilidad y viabilidad de los espermatozoides.¹⁵

GLÁNDULAS BULBOURETRALES

Las glándulas bulbouretrales o glándulas de Cowper son un par de glándulas del tamaño de un guisante. Se localiza debajo de la próstata a cada lado de la uretra membranosa, entre los músculos profundos del periné, y sus conductos se abren en el interior de la uretra esponjosa. Durante la excitación sexual, las glándulas bulbouretrales segregan un líquido alcalino al interior de la uretra que protege a los espermatozoides, neutralizando la acidez de la orina en la uretra. A su vez también secretan moco que lubrica el extremo del pene y las paredes de la uretra, disminuyendo el número de espermatozoides dañados durante la eyaculación.¹⁵

SEMEN:

El semen es una mezcla de espermatozoides y líquido seminal, el cual consiste a su vez en una mezcla de secreciones de los túbulos seminíferos, vesículas seminales, próstata y glándulas de Cowper. El volumen de semen en cada eyaculación suele ser de 2.5 a 5 ml, con 50 a 150 millones de espermatozoides por mililitro. El varón cuya cuenta está por debajo de 20 millones por ml probablemente es infértil. Es necesario que haya un número muy grande de espermatozoides para la fecundación exitosa debido a que solo una pequeña fracción logra alcanzar al ovocito secundario. El semen tiene un pH ligeramente alcalino de 7,2-7,7 debido al pH elevado y el gran volumen de líquido aportado por las vesículas seminales. Las secreciones prostáticas le dan al semen una apariencia lechosa y los líquidos de las vesículas seminales y las glándulas bulbouretrales le dan su consistencia pegajosa. El líquido seminal provee a los espermatozoides de un medio de transporte, nutrientes y protección

del medio ácido hostil que representan la uretra masculina y la vagina femenina. Una vez eyaculado, el semen líquido se coagula en los siguientes 5 minutos debido a la presencia de proteínas de la coagulación aportadas por la secreción de las vesículas seminales. El papel funcional de la coagulación del semen no se conoce, pero se sabe que las proteínas involucradas son distintas de las que producen la coagulación de la sangre. Luego de 10 a 20 minutos, el semen se vuelve nuevamente líquido debido a que proteínas como el antígeno prostático-específico (PSA) y otras enzimas proteolíticas producidas por la próstata destruyen la estructura del coágulo. El retraso en la liquefacción del coágulo o una liquefacción retardada puede causar inmovilización completa o parcial de los espermatozoides, impidiendo así su desplazamiento a través del cuello uterino.¹⁵

f) PENE

El pene contiene la uretra, por lo cual se eyacula el semen y se excreta la orina. Tiene forma cilíndrica y consta de cuerpo, glande y raíz

El cuerpo del pene: se compone de tres masas cilíndricas de tejido, cada una rodeada por el tejido fibroso llamado **túnica albugínea**. Las dos masas dorsolaterales son los **cuerpos cavernosos**, la masa ventromedial más pequeña es el **cuerpo esponjoso**, que contiene a la uretra esponjosa y la mantiene abierta durante la eyaculación. Fascia y piel encierran a las tres masas, constituido por tejido eréctil.

Glande: el extremo distal del cuerpo esponjoso del pene forma una porción levemente agrandada, con forma de bellota llamada **glande**; su límite es la **corona (balanoprepucial)**. La porción distal de la uretra se extiende por dentro del glande hasta una abertura en forma de ranura, el **orificio uretral externo**. Cubriendo el glande en forma laxa por el **prepucio**.

La raíz del pene: es su porción fija (porción proximal) de este. Se dividen en el **bulbo del pene**, la porción ensanchada de la base del cuerpo

esponjoso, y **los pilares del pene**, dos porciones separadas y más estrechas de los cuerpos cavernosos. El bulbo está unido a la superficie inferior de los músculos profundos del periné, con el músculo bulboesponjoso por debajo. Cada pilar del pene se encuentra unido a la rama del isquion y la rama inferior del pubis, rodeada por el músculo isquiocavernoso. La contracción de esos músculos esqueléticos permite la eyaculación.¹⁴

2.2.2 ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA (VASECTOMIA)

1. Aspectos Históricos

La primera vasectomía fue realizada en forma experimental en perros por Sir Astley Cooper, en 1830, y Harrison, en 1899, recomendó su uso en hombres que iban a ser sometidos a operaciones de próstata porque existía la creencia de que la próstata disminuía de tamaño con la vasectomía. Algunos cirujanos la siguen practicando pero no por esa razón, por qué el tamaño de la próstata no disminuye significativamente con la vasectomía sino por que disminuye la incidencia de epididimitis que puede ocurrir en el postoperatorio de prostactetomia.

La primera vasectomía con fines de esterilización la practico Sharp, en 1899, en Estados Unidos, primero en individuos retrasados mentales y, posteriormente en individuos sanos en la década de los 60, el método se hizo cada vez más frecuente sobre todo en el sur de Asia y fue en la india donde más se practicaba.

2. Definición de la vasectomía

Método anticonceptivo permanente, es una intervención quirúrgica electiva, considerada cirugía menor destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre.¹⁶

3. Mecanismo de acción

La oclusión de los conductos deferentes impide la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo.¹⁶

4. Condiciones que contraindican la anticoncepción quirúrgica masculina voluntaria:

- **Consideraciones psicosociales.**
 - Usuarios presionados por su cónyuge o por alguna persona.
 - Usuarios que han tomado su decisión bajo presión desusada.
 - Usuarios con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
 - Usuarios con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
 - Varones en estado de depresión severa, o enfermedades psiquiátricas que le impidan tomar decisiones por ellos mismos.
 - Adolescentes.
- **Consideraciones médicas:** Según categorías de la OMS todos los hombres pueden someterse a la vasectomía.
Si presenta alguna de las siguientes patologías se recomienda:
 - **Cautela:** Procedimiento puede realizarse con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología.
- Lesión escrotal previa.
- Gran varicocele o hidrocele.
- Testículo no descendido.
- Diabetes
- **Con precaución**
 - Usuario joven (menor de 25 años).
 - Usuario sin hijos vivos.
 - Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
 - Unión de pareja inestable.
 - Usuarios solteros o viudos.¹⁶

- **Postergación o demora:** realizar la vasectomía luego de ser tratada la patología.
 - Infección de transmisión sexual activa.
 - Glande, conductos espermáticos y testículos tumefactos, dolorosos o inflamados.
 - Infección cutánea del escroto o tumoración escrotal.
 - Infección sistémica o gastroenteritis.
 - Filariasis o elefantiasis.
 - Depresión.¹⁶
- **Medidas especiales**
 - Hernia inguinal, de ser capaz el proveedor debe hacer la hernioplastia mas la vasectomía, si no es posible reparar primero la hernia.
 - Testículos de ambos lados no descendidos.
 - Trastornos de la coagulación.¹⁶

5. Características

- Eficacia alta, inmediata y permanente.
- Es realizada en forma ambulatoria
- No interfiere con el deseo, la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.
- Requiere previamente, dos sesiones de orientación/consejería especializada y evaluación médica.
- La eficacia es garantizada cuando se demuestra que hay ausencia total de espermatozoides en una prueba de recuento.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado (gineco obstetra, urólogo o médico general capacitado).
- No previene las ITS, VIH SIDA. Es recomendable el uso del preservativo para mayor protección.
- No existe el riesgo para cáncer de próstata o testicular.¹⁶

6. Tasa de falla

Falla teórica 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

Falla de uso 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.¹⁶

La vasectomía tiene una tasa de falla aproximada de 1 en 2000 luego de confirmada la ausencia de espermatozoides, lo que equivale a una tasa 10 veces menor que la tasa de falla de la ligadura tubárica de la mujer.

La falla puede tener su origen:

- ✓ Durante la operación.
- ✓ Durante relaciones sexuales sin protección luego del procedimiento, Cuando aún quedan espermatozoides, en el tracto reproductivo.
- ✓ En una recanalización espontánea del conducto deferente.

Aproximadamente la tasa de falla para todas estas causas varían entre el 0 y el 2%.¹⁷

7. posibles efectos colaterales

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.¹⁶

8. Efectos posibles

- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:
 - Inflamación severa
 - Equimosis
 - Hematoma
 - Infección de la herida operatoria
 - Granuloma.¹⁶

9. Forma de uso

La vasectomía puede ser realizada, en cualquier momento, mediante dos técnicas:

- la convencional, en la que se realiza una o dos incisiones en el escroto
- la técnica sin bisturí, en la que se punza con una pinza especial la piel del escroto, para aislar el conducto deferente. La más recomendada es la técnica sin bisturí.¹⁶

10. Consideraciones previas a la Intervención

Este procedimiento puede ser realizado en aquellos usuarios que deseen un método permanente, por lo que en particular requiere que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que el usuario solicite el método.
- Que el usuario sea mayor de edad (Sin embargo, no se recomienda operar a usuarios menores de 25 años, por el riesgo alto de arrepentimiento)
- Que haya completado el número de hijos deseados.
- Que el usuario haya recibido las dos sesiones de orientación / consejería previa.
- Que haya comprendido el significado del consentimiento informado y firmado.
- Que haya entendido sobre el tipo de intervención a que será sometido y firmado.
- El procedimiento debe de realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización vigentes.
- Se puede solicitar un espermatograma de control (o por lo menos la evaluación simple al microscopio de una muestra de semen), para objetivar la ausencia de espermatozoides al tercer mes postoperatorio.

- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.¹⁶

2.2.2.1 TÉCNICAS DE LA VASECTOMÍA

Existen distintas técnicas para llevar a cabo una vasectomía. Todas ellas se pueden llevar a cabo con anestesia local y en forma ambulatoria.

Los conductos deferentes se pueden abordar por distintos procedimientos: Incisiones laterales, medias, longitudinales o transversales.

El objetivo es llegar a los conductos deferentes, abrir la vaina que los cubre y luego seccionarlos. No hay acuerdo sobre si los cabos de los conductos deferentes deben ser ligados o no, o si se debe cauterizar la luz.¹⁷

a) TÉCNICA CONVENCIONAL (DE SCHMIDT)

Esta técnica puede realizarse a través de dos incisiones, una a cada lado del rafe escrotal medio o bien a través de una incisión única que permita el acceso a ambos conductos deferentes. El instrumental necesario para la vasectomía es: pinzas de campo, bisturí, mosquitos, tijeras, pinzas de Allis o de Addson y material de sutura. Con el paciente en decúbito supino se procede a la desinfección de toda la zona genital, pene, escroto, cara interna de los muslos y zona suprapúbica con solución antiséptica.¹⁸

Es un procedimiento sencillo que se practica bajo anestesia local y que no requiere de hospitalización. Algunos hombres requieren sedación y en muy pocos casos anestesia general. La anestesia se logra inyectando entre 2 y 5 cc de lidocaína al 2% en la piel del escroto y en las paredes de los conductos deferentes que previamente han sido localizados mediante tacto digital, esta maniobra es difícil y se puede confundir el deferente con el músculo cremáster, con linfáticos o con vasos sanguíneos trombosados.

Una vez logrado el efecto anestésico, se procede a cortar la piel, mediante dos incisiones sobre la zona de los deferentes o mediante una

incisión en la línea media del escroto. Se exterioriza el deferente con una pinza colocado a través del asa creada o con pinzas especiales diseñadas para este tipo de operación luego se procede a la vasectomía mediante diferentes técnicas: Ligadura con material reabsorbible o no absorbible, electrocoagulación. Una vez seccionado el deferente, se procede al cierre y se cubre con unas gasas que se sostiene con un suspensorio.¹⁸

b) TÉCNICA DE LA VASECTOMÍA SIN BISTURÍ (VSB)

La vasectomía sin bisturí (VBS) fue desarrollado en 1974 por el doctor Li Shun Quiang y colaboradores a fin de aumentar la aceptabilidad del procedimiento, al evitar el temor a la incisión. Dicha técnica emplea instrumentos especiales: una pinza con punta delgada que permite penetrar la piel sin necesidad de utilizar un bisturí y otra para tomar el conducto deferente. Es un método poco invasivo que ha tenido una gran aceptación en EE.UU y Asia, por su mayor tolerancia y menor tasa de complicaciones.¹⁹

La modalidad sin bisturí tiene diversas ventajas sobre los procedimientos tradicionales que utilizan incisiones; dentro de ellas destacan que no requiere sutura, es más rápida en su ejecución y presenta menor frecuencia de complicaciones, tales como hematomas, hemorragias, infecciones y dolor.¹⁹

PROCEDIMIENTO DE LA VASECTOMIA SIN BISTURI:

1. Paciente en posición de decúbito dorsal, fijación del pene a la pared abdominal, con uso de cinta adhesiva (esparadrapo), con el fin de que el pene no dificulte la palpación del conducto deferente, asepsia-antisepsia con yodopovidona jabón y solución, cambio de guantes, colocación de campo fenestrado.

2. El medico calificado debe colocarse a la derecha del paciente (si es diestro), si el proveedor es izquierdo, debe colocarse a la izquierda del paciente.

3. Con el primer y tercer dedo de la mano izquierda localizará el conducto deferente derecho. El dedo medio de la mano izquierda facilitará la exposición del conducto deferente hacia la superficie de la piel. Se localizará el deferente en su posición media entre la raíz del pene y los testículos.

4. El medico calificado con la mano derecha procederá a infiltrar la piel del rafe medio. Hacia donde se ha aproximado el conducto deferente, (se usará la jeringa descartable de 10 cc, con aguja descartable y xilocaína al 2%), se hará una pápula subdérmica con el anestésico, luego se infiltrará con 2 a 4 cc de xilocaína directamente al conducto deferente por debajo de su fascia, que es por donde pasa el nervio deferente, la zona se ubica a 1.5 ó 2 cm por encima de la pápula subdérmica.

5. Para infiltrar el conducto deferente izquierdo, el cirujano se colocará a la derecha del paciente con la cara mirando a los pies del paciente, esta posición facilita la identificación del conducto deferente izquierdo. Al igual que con el conducto deferente derecho, el izquierdo se fijará con el 1° y 3° dedo de la mano izquierda, Con la mano derecha se procederá a infiltrar con 2 a 4 cc de Xilocaína al 2%, el conducto deferente directamente por debajo de su fascia.

6. Se esperará de 2 a 3 minutos para que el anestésico local haga efecto.

7. Se fijará el conducto deferente derecho con 1° y 3° dedo de mano izquierda, con la mano derecha se sujetará la pinza de anillo de Lee en 90° y se procederá a tomar el conducto deferente con la piel del rafe medio (en donde se infiltró previamente), luego se verificará toma del conducto deferente.

8. Con la pinza de disección punteaguda y a 45° y en paralelo a la pinza de Lee; el lado interno de la pinza de disección perforará la piel hasta perforar la fascia del deferente, luego con las dos hojas cerradas de la pinza de disección, se incide en el orificio de perforación realizado previamente y se apertura la piel del rafe medio hasta la fascia del conducto.

9. Una vez identificado parte del conducto deferente aún fijado por la pinza de Lee, se procede a fijar parte del conducto desfasciado, usando la pinza de disección afilada, concomitantemente se libera el conducto, retirando la pinza de Lee con la mano derecha, mientras que la mano izquierda gira la pinza de disección que fija el segmento desfasciado del conducto, extrayendo de esta manera el conducto deferente hacia el exterior.

10. Aislado el conducto deferente se procede a extraer una asa del mismo, separando el meso. Se procederá a ligar la porción del deferente hacia el extremo testicular con seda 3/0, el punto debe ser adecuado, ni muy fuerte (ya que puede seccionar el conducto) ni muy débil (ya que se puede aflojar el punto con el subsiguiente riesgo de falla de la técnica o de hemorragia post-operatoria).

11. Se liga la porción abdominal del conducto con seda 3/0, con los mismos criterios del paso anterior.

12. Se procede a seccionar asa, que en promedio es de 1 cm de longitud.

13. El cabo de hilo de seda del extremo abdominal no se corta, se procede a entorchar (dar vueltas sobre sí mismo) para atraer la fascia al muñón, se ligará con seda 3/0 sobre el muñón del cabo abdominal. Se revisará la hemostasia.

14. El conducto deferente izquierdo se tomará de igual forma como para el derecho y por el mismo orificio.

15. La herida se cubrirá con gasa o cinta adhesiva, no siendo necesaria suturarla, a menos que sangren sus bordes.²⁰

c) Complicaciones a corto y largo plazo:

- ✓ Sangrado postoperatorio y hematoma entre el 4-22% de los casos.
- ✓ Infección: 0,2-1,5%, normalmente leves y limitadas a la herida quirúrgica.
- ✓ Dolor escrotal entre 1 – 14% de carácter leve pero que puede dar lugar a la necesidad de tratamiento médico o quirúrgico.
- ✓ Recanalización espontánea del deferente 0,03-1,2% tras haber logrado el aclaramiento en los controles postquirúrgicos en los 6 primeros meses.¹⁸

d) Ventajas:

- ✓ Para las parejas que no desean más hijos, es el método más eficaz a su disposición, se puede realizar en menos de 15 minutos debido a que no necesita de un ambiente quirúrgico especial y de equipo médico costoso.
- ✓ Es un procedimiento que se efectúa una sola vez y resulta un procedimiento económico a grandes masas de población.
- ✓ Es una operación segura, con pocas complicaciones y con una mortalidad casi nula.¹³
- ✓ En cuanto al largo plazo, el paciente no debe temer que su vida sexual se vea afectada. Los nervios implicados en la función eréctil y la eyaculación no se ven afectados, y la vasectomía no conduce a la impotencia.

e) Desventajas

- La única desventaja, al escoger la anticoncepción quirúrgica es que, en la mayoría de los procedimientos, es irreversible.¹³

10. Disposiciones para el período postoperatorio

- Después del procedimiento el usuario debe mantenerse en observación por lo menos 2 horas.
- Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer en observación como mínimo 6 horas donde se realizó la intervención.
- Entregar información por escrito de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria (se curara la herida dos veces al día con agua y aplicar un desinfectante y antiséptico, ambos aplicados con una gasa estéril; posteriormente se cubrirá con una gasa para evitar que la herida operatoria roce con el calzoncillo) y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.
- Aplicar bolsa de hielo o bolsa plástica con tres cubos de hielo por tres horas.
- Indicarle que deberá guardar reposo relativo por 5 días.
- Provisión de analgésico e indicaciones de uso.
- Asegurarse que el hombre comprenda que el método no es efectivo de inmediato, pueden encontrarse espermatozoides hasta en 20 eyaculaciones o 3 meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso del condón u otro método temporal para evitar el embarazo, hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo. Si es factible realizar espermatograma.
- Durante la primera semana se recomienda una abstinencia sexual.
- Provea de condones al usuario (30 condones).
- En usuarios con VIH deberán usar condón en toda relación sexual.¹⁶

10. Programación de seguimiento:

- Los usuarios serán citados para su primer control al 3er día y su segundo control al séptimo día, luego al mes y tres meses.

- Posteriormente serán citados cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es importante mencionar al usuario que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que él o su pareja crean necesario.
- Se debe instruir al usuario que acuda al establecimiento ,si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:
 - Sintomatología urinaria.
 - Dolor escrotal o perineal severo.
 - Hemorragia o hematoma en la herida operatoria.
 - Fiebre y dolor local en la herida operatoria.¹⁶

2.2.3. CONOCIMIENTO DE LA VASECTOMÍA EN VARONES

Según ENDES, el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos significa que ha escuchado o ha visto alguno de estos métodos, aunque no tenga noción adecuada de la forma correcta de uso, se ratifica que el más conocido es el preservativo, y en el caso de la esterilización masculina el conocimiento es bastante extensivo pero hay una disminución en el incremento de su uso, el cual permanece bajo.³

Según Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto. Clasificándolo en: Conocimiento Científico el cual es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia. El conocimiento Vulgar es vago, inexacto y limitado por la observación.

Se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas, siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal es decir todos tenemos conocimientos, el cual puede ser vago o inexacto, pero que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia.²¹

En conclusión el conocimiento es la información que se adquiere a través de la experiencia o educación que recibieron los varones acerca del tema

de la vasectomía, ya sea en su hogar, trabajo o en el colegio, estos conocimientos influyen en las actitudes hacia la aceptabilidad de la vasectomía o comportamiento dentro de la sociedad, además estos estarán influenciados o no por la edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, número de hijos y procedencia.

MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO

Evaluación desde la perspectiva de los varones, se ha considerado la siguiente ESCALA, de acuerdo al puntaje obtenido en base a la valoración de los ítems, es la expresión de una clasificación cuantitativa en términos vigesimales en bajo, medio y alto.²²

Para el presente estudio, se utilizó la escala de 00- 20pts.

Lo cual permitió categorizar el nivel de conocimiento en tres: bueno, regular y deficiente, teniendo en cuenta 10 Ítems consignados en el instrumento empleado (preguntas 01, 02 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10) con una puntuación de 02 puntos cada una, y una valoración máxima de 20 puntos y un mínimo de 00 puntos.

DEFICIENTE: (00 - 08 puntos)

REGULAR: (10 a 14 puntos)

BUENO: (16 a 20 puntos)

2.2.4 ACEPTABILIDAD

Es la experiencia o conducta caracterizada por la acción voluntaria de un bien, una acción que incita al varón a reaccionar de una manera determinada frente a situaciones específicas.

Disposición adquirida con la cual se ha de responder con una cierta consistencia emotiva a un estímulo determinado o a una serie de estímulos.²³

Para determinar la aceptabilidad se considera dos parámetros: si acepta o no acepta la vasectomía. (Pregunta 11)

La aceptabilidad está valorado en:

- ✓ SI ACEPTA
- ✓ NO ACEPTA

INFLUENCIAS RELACIONADOS AL CONOCIMIENTO Y ACEPTABILIDAD CON EL CONTEXTO SOCIAL

Edad.

Es el tiempo que ha transcurrido desde su nacimiento de un individuo, hasta el presente día. Con el tiempo las personas adquieren mayor responsabilidad, razonamiento y madurez en relación a su vida sexual, lo cual permite actuar en forma clara, prudente e inteligente en el momento de tomar una decisión. La edad será un factor de influencia en el varón la cual mostrara un interés para adquirir información y la aceptabilidad acerca de la vasectomía.

Estado civil.

El estado civil es una situación particular que caracteriza a una persona en lo que hace vínculos personales con individuos de otro sexo, con quien creara lazos que serán reconocidos jurídicamente. La condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles es un factor que favorece el conocimiento y aceptabilidad de la vasectomía.

Nivel de instrucción.

El nivel de instrucción es el nivel de estudio alcanzado de una persona, sin tener en cuenta si se ha terminado, están en curso o definitivamente son incompletas. Para conocer el nivel conocimiento en el varón sobre la vasectomía, en este caso, la intensidad de captación dependerá en mayor parte del grado de estudio que posee.

Número de hijos.

El número de hijos para la elección de la vasectomía es cuando el varón ya tenga el número de hijos deseados y estén en conocimiento de la dificultad para regresar la fertilidad una vez practicada la operación.

Ocupación:

La ocupación es la actividad a lo que una persona se dedica, desempeño laboral que ejerce en un determinado tiempo y lugar. La ocupación de una persona hace referencia a lo que él o ella se dedica; su casa, trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras actividades. El bajo nivel económico es un problema en el núcleo familiar, ya que a mayor cantidad de hijos mayor será la necesidad económica.

Procedencia.

Es el lugar de procedencia habitual del varón. Sus valores son rural, urbano, marginal urbano.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS:

VASECTOMÍA: Método anticonceptivo permanente, es una intervención quirúrgica electiva, considerada cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre.

ESTERILIZACIÓN: Cualquier procedimiento por medio del cual un individuo se vuelve incapaz de reproducirse; que puede ser por medio de la vasectomía.

VARÓN: Es un ser humano de sexo masculino, independientemente de si es niño o adulto.

CONOCIMIENTO: El conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas. Siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal es decir todos tenemos conocimientos, el cual puede ser vago o inexacto pero que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia,

NIVEL DE CONOCIMIENTO: Es el grado de conocimiento sobre la vasectomía clasificado como; bueno; regular y deficiente.

ACEPTABILIDAD: Es la experiencia o conducta caracterizada por la acción voluntaria de un bien, una acción que incita al varón, de razonar de una manera determinada frente a situaciones específicas.

EDAD: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, tiempo que ha vivido una persona.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: 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.

ESTADO CIVIL: situación personal en que se encuentra o no con una persona física en relación con otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.

N° DE HIJOS: Se refiere al número total de hijos nacidos vivos que actualmente tiene la familia.

OCUPACIÓN: Es el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficina o puesto de trabajo.

PROCEDENCIA: Es el origen de algo o el principio de dónde nace o deriva el individuo.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. HIPÓTESIS

Los varones de 18 a 60 años del Hospital II Huamanga-EsSalud tienen conocimiento regular sobre la vasectomía, mientras que la aceptabilidad es negativa y están relacionados con los factores edad, estado civil, nivel de instrucción, número de hijos, ocupación y procedencia.

2.4.2 VARIABLE DE ESTUDIO

VARIABLES INDEPENDIENTE

Conocimiento de la vasectomía.

Bueno.

Regular.

Deficiente.

VARIABLE DEPENDIENTE

Aceptabilidad de la Vasectomía.

Sí.

No.

VARIABLE INTERVINIENTE

- ✓ Edad.
- ✓ Estado civil.
- ✓ Nivel de instrucción.
- ✓ N° de Hijos.
- ✓ Ocupación.
- ✓ Procedencia.

CÁPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Aplicada

3.2. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

- Cuantitativa

3.3. DISEÑO O MÉTODO DE ESTUDIO

- Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. POBLACIÓN

La población estuvo constituido por 8,716 varones de 18 a 60 años que acudieron a los diferentes consultorios del Hospital II Huamanga EsSalud. Según registro de atenciones del 2017.

3.4.2. MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 368 varones de 18 a 60 años atendidos en los diferentes consultorios del Hospital II Huamanga EsSalud.

El tamaño de muestra fue obtenida mediante la siguiente formula estadística.

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N - 1) + z^2 pq} \Rightarrow n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(8716)}{(0.05)^2(8716 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$
$$n = \frac{8370.85}{22.75} \Rightarrow n = 367.949 \Rightarrow n = 368$$

Dónde:

n: Tamaño de muestra

Z²: Valor de la curva norma 1.96

E²: Error 5%, nivel de confianza 95%

N: Población

p: Probabilidad de éxito (0.5= 50%)

q: Probabilidad de fracaso (0.5 = 50%)

TIPO DE MUESTREO

- Probabilístico

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.5.1. INCLUSIÓN

- Varones de edades comprendidas de 18 a 60 años.
- Varones que acudieron a los diferentes servicios del Hospital II- Huamanga- EsSalud de enero- abril 2018.
- Varones que aceptaron ser encuestados.

3.5.2. EXCLUSIÓN:

- Varones menores de 18 años y mayores de 60 años.
- Varones que no desearon ser encuestados.

- Varones que tengan problemas psicológicos.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1 .TÉCNICA

- Encuesta.

3.6.2. INSTRUMENTO:

- Ficha de encuesta.

El puntaje se obtuvo de la siguiente manera:

- Se aplicó una base de 10 preguntas sobre el Nivel de conocimiento

Nivel de conocimiento	Puntaje
Deficiente	(00- 08 puntos)
Regular	(10 a 14 puntos)
Bueno	(16 a 20 puntos)

- La aceptabilidad sobre la vasectomía se determinó través de dos parámetros:

<ul style="list-style-type: none"> • SI ACEPTA
<ul style="list-style-type: none"> • NO ACEPTA

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- A través del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH se solicitó el permiso respectivo a la Dirección del Hospital II Huamanga EsSalud, con la finalidad de obtener la autorización para la ejecución del presente trabajo de investigación.
- Obtenido el permiso y la autorización correspondiente se procedió a encuestar e identificar a los usuarios varones que cuenten con los

criterios de inclusión y exclusión en los diferentes servicios del Hospital II Huamanga - EsSalud.

- Cada usuario varón fue informado sobre el método de encuesta antes de ingresar a los diferentes consultorios del Hospital II Huamanga-EsSalud, ya obtenido el consentimiento informado se le entregó la ficha de encuesta.
- Se instruyó al usuario varón acerca del llenado de los mismos reiterándole su carácter confidencial para asegurar que todos los ítems sean respondidos en forma satisfactoria y de una manera fidedigna.
- Se culminó la encuesta brindando consejería sobre la vasectomía como método de planificación familiar según norma técnica.

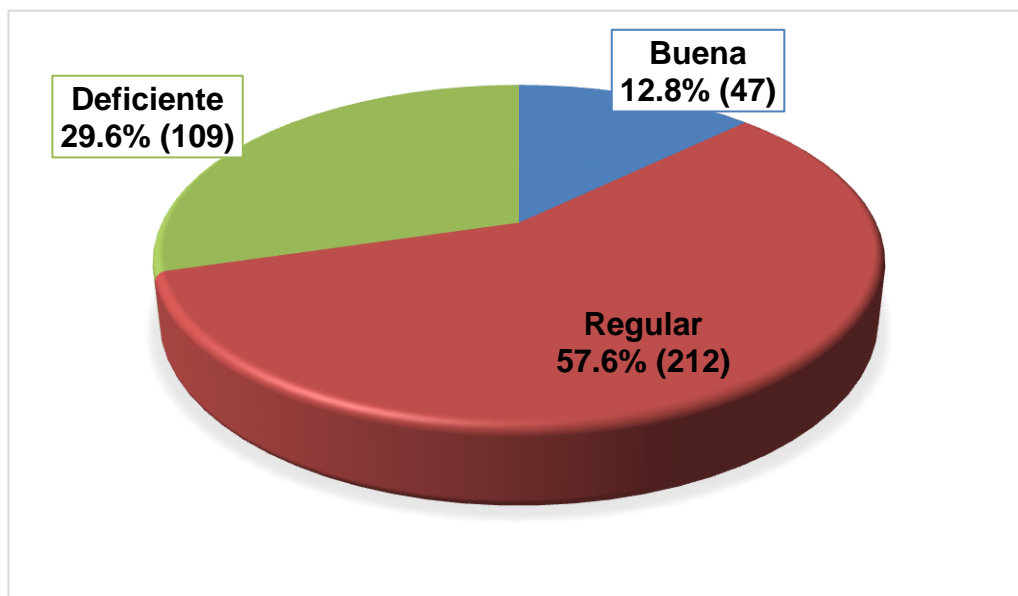
3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Con los datos obtenidos se estructuró la base de datos, en la hoja de cálculo Excel; el cual fue procesado en el programa SPSS.23, con los cuales se construyeron gráficos y tablas de doble y triple entrada. Asimismo, se le aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.

CÁPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

GRÁFICO N° 01: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA VASECTOMÍA EN VARONES DE 18 A 60 AÑOS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA EsSALUD. ENERO-ABRIL 2018.



Fuente: Ficha de encuesta.

El gráfico 01, muestra que del 100% (368) de varones encuestados del Hospital II Huamanga-EsSalud, el 57.6% (212) presentaron un nivel de conocimiento regular sobre la vasectomía, el 29.6% (109) conocimiento deficiente y el 12.8% (47) conocimiento bueno.

De los resultados, podemos concluir que el mayor porcentaje un 57.6% de varones encuestados tienen un nivel de conocimiento regular sobre la vasectomía.

Como se observa en los resultados hallados, existe un elevado porcentaje de varones que tienen un nivel de conocimiento regular acerca de la vasectomía; sin embargo aún se encuentra un porcentaje considerable de varones que tiene un nivel de conocimiento deficiente, esto se debe a la influencia multifactorial y por la escasa información con respecto a este método, lo cual ha contribuido a la formación de mitos y creencias que atentan a su masculinidad, produciendo inseguridades que lo alejan de los beneficios con respecto a la vasectomía.

Se ha observado que muchos de los usuarios del Hospital II Huamanga EsSalud manifiestan participar en los programas de Planificación Familiar, pero a la hora de argumentar su respuesta, justifican aduciendo que solo su pareja utiliza algún método anticonceptivo, lo que indica que tienen un concepto errado acerca de la participación masculina referente a la Planificación Familiar, lo que pone en manifiesto la problemática existente en cuanto a la escasa participación de los varones en la anticoncepción, por ello es necesario brindarles una adecuada y correcta información sobre la vasectomía como una alternativa de anticoncepción quirúrgica voluntaria, debido a que las entidades del estado no han centrado la promoción de este método.

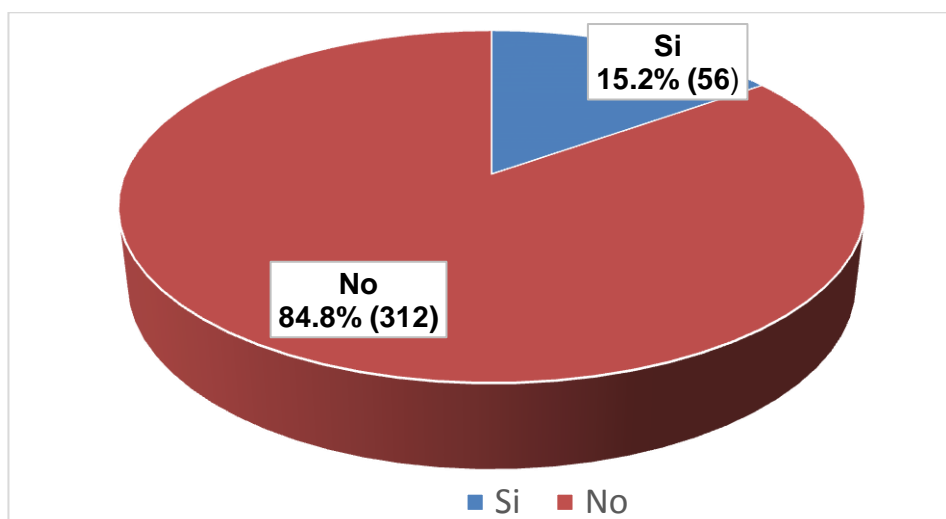
Pico (Ecuador, 2015), en su estudio “Barreras para la vasectomía como método de Planificación Familiar en los varones de 18 a 55 años de edad de las cooperativas de taxis del Cantón Tena” reporto: De un total de 88 varones en estudio, el 51.1% presentaron un conocimiento malo y el 48.9% conocimiento bueno, resultados que difieren con los hallados en esta investigación.

Baza y et al (Colombia, 2013), en su estudio realizado sobre “Percepción de los hombres ante la aceptación o rechazo de la vasectomía en tres barrios de Cartagena de Indias 2013”, de un total de 162 varones en estudio, el grado de conocimiento del barrio Olaya Herrera, el 43% tiene un grado de conocimiento aceptable, el 28% conocimiento deficiente y el 19% conocimiento excelente. El grado de conocimiento del barrio San Blas de Lezo, el 39% tiene un grado de conocimiento aceptable, el 35.1% conocimiento excelente y el 21% conocimiento deficiente. El grado de conocimiento del barrio el Recreo, el 44.4% tiene un grado de conocimiento excelente, el 43% conocimiento aceptable y el 7,4% conocimiento deficiente. Resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Rentería (Perú,2015),en su estudio realizado sobre “Participación de la población masculina en la Planificación Familiar en el Hospital San Juan de Lurigancho marzo 2015”reporto de un total de 146 varones encuestados, en su tesis recalca que el nivel de conocimiento de la población masculina sobre la planificación familiar, específicamente sobre la vasectomía , el 56.2% tuvieron un nivel de conocimiento medio, el 26% tuvieron un conocimiento alto y el 17.8% tuvieron un nivel de conocimiento bajo, resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación.

Muñoz y et al (México, 2016),en su estudio realizado sobre “Conocimientos, actitudes y creencias entorno a la elección de la vasectomía en el servicio de Planificación Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 93 de Ecatepec-México, de enero a junio del 2016” reporto de un total de 111 varones encuestados, recalca que el 81%, tiene Información excelente y clara, el 77% Conocimiento bueno del método (bueno) ($p < 0,05$), 43% Información suficiente (mucho), 40% Información adecuada (alguna),resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

GRÁFICO N° 2: ACEPTABILIDAD DE LA VASECTOMÍA EN VARONES DE 18 A 60 AÑOS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA EsSALUD. ENERO- ABRIL 2018.



Fuente: Ficha de encuesta.

El gráfico 02, muestra que del 100% (368) de varones encuestados del Hospital II Huamanga-EsSalud, el 84.8% (312) no aceptaría realizarse la vasectomía y solo el 15.2% (56) si aceptaría realizarse la vasectomía.

De los resultados podemos concluir que el mayor porcentaje que es 84.8% (312) de varones encuestados no aceptarían realizarse la vasectomía.

Como se observa en los resultados hallados, existe un elevado porcentaje de varones que no aceptarían realizarse la vasectomía como una futura opción de planificación familiar, esto se debe al desconocimiento, temor a las complicaciones, el creer que produce impotencia sexual, que dicha intervención consiste en la castración del sexo, la influencia religiosa, la vergüenza del que dirá la sociedad y el mito machista que se observa en nuestra región. Como se pudo observar existen diversos factores que incrementan la posibilidad que el varón no opte por la vasectomía como método de Planificación Familiar.

Así mismo observamos que en el Hospital II Huamanga-EsSalud el consultorio de obstetricia promociona los diferentes métodos anticonceptivos, sin embargo, el método menos promocionado es la vasectomía, debido a que no se cuentan con un consultorio específico de Planificación Familiar, lo que no permite el diálogo la información y elección de dicho método en aquellas parejas que ya cumplieron con sus expectativas de reproductividad.

Pico (Ecuador ,2015), en su estudio “Barreras para la vasectomía como método de Planificación Familiar en los varones de 18 a 55 años de edad de las cooperativas de taxis del Cantón Tena” reporto: De un total de 88 varones en estudio, mencionó que el 75%(66) no aceptaría realizarse la vasectomía como método de planificación y apenas el 25%(22) de la población estudiada si aceptaría realizarse la vasectomía como opción de Planificación Familiar, resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación.

Vidal y Garzón (Colombia, 2013), en su investigación “Factores que influyen en la aceptabilidad del uso de la vasectomía como estrategia para la disminución de embarazos no deseados por parte de miembros de las Fuerzas Armadas Militares de Colombia”, de un total de 929 varones en estudio, 62% (580) respondieron a que si se la practicarían en algún momento de su vida, el 48% (349) respondieron que no se lo practicarían. Resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Montalvo (Perú, 2016), en su estudio sobre “Factores protectores que influyen en la aceptabilidad de la vasectomía en algunos miembros de las fuerzas armadas del Perú Policlínico Militar de Chorrillos”, reporto de un total de 91 varones en estudio, el 59.3% no aceptaría realizarse la vasectomía y el 40.7% si aceptaría realizarse una vasectomía, resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación.

TABLA N° 01: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACEPTABILIDAD DE LA VASECTOMIA EN VARONES DE 18 A 60 AÑOS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA EsSALUD. ENERO – ABRIL 2018.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ACEPTABILIDAD DE LA VASECTOMÍA					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Buena	20	5.4	27	7.3	47	12.8
Regular	35	9.5	177	48.1	212	57.6
Deficiente	1	0.3	108	29.3	109	29.6
TOTAL	56	15.2	312	84.8	368	100.0

Fuente: Ficha de encuesta.

$$x_c^2 = 44.772; \quad x_t^2 = 5.99; \quad G.L. = 2; \quad p < 0.05$$

La tabla N° 01, referido a la relación entre el nivel de conocimiento y aceptabilidad de la vasectomía en varones de 18 a 60 años, muestra que del 100.0%(368) de varones que acudieron al Hospital II Huamanga EsSalud, el 57.6% (212) son varones con nivel de conocimiento regular sobre la vasectomía, de ellos, el 48.1% (177) no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 9.5% (35) si aceptarían realizarse la vasectomía. Mientras, el 12.8%(47) son varones con nivel de conocimiento bueno sobre la vasectomía, de ellos, el 7.3% (27) no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 5.4%(20) si aceptarían realizarse la vasectomía.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje de varones encuestados tienen nivel conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía.

Sometidos los resultados al análisis estadístico Chi cuadrado se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$), que indica que la aceptabilidad está relacionada con el nivel de conocimiento sobre la vasectomía.

Como se observa en los resultados existe dependencia entre el nivel de conocimiento y la aceptabilidad sobre la vasectomía, esto nos indica que el conocimiento es un factor importante para aceptar o rechazar la

vasectomía como método de Planificación Familiar, en cuanto a la no aceptabilidad se debe a varias razones como son el temor a los efectos secundarios, pérdida de la virilidad y el machismo existente; debido a ello se debe realizar un trabajo extensivo con los varones para lograr una correcta y adecuada información, aclarando las dudas, detallando las ventajas y características de dicho método.

Montalvo (Perú, 2016), en su estudio sobre “Factores protectores que influyen en la aceptabilidad de la vasectomía en algunos miembros de las fuerzas Armadas del Perú Policlínico Militar de Chorrillos”. Reportaron de 20 varones entrevistados, el 2.43% de varones tuvieron nivel de conocimiento bajo sobre la vasectomía, de ellos el 3.1% no aceptarían realizarse la vasectomía; mientras que del 1.86% de varones tuvieron nivel de conocimiento medio, de ellos el 5.0% no aceptarían realizarse la vasectomía; y solo el 0.25% de varones tuvieron nivel de conocimiento alto, de ellos el 8.19% si aceptarían realizarse la vasectomía, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

TABLA N° 02: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACEPTABILIDAD DE LA VASECTOMÍA SEGÚN LA EDAD EN VARONES DE 18 A 60 AÑOS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA EsSALUD .ENERO- ABRIL 2018.

EDAD	Nivel de conocimiento													TOTAL	
	Bueno				Regular				Deficiente						
	Aceptabilidad de la vasectomía		Aceptabilidad de la vasectomía		Aceptabilidad de la vasectomía		Aceptabilidad de la vasectomía		Aceptabilidad de la vasectomía		Aceptabilidad de la vasectomía				
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
18 a 28 años	2	0.5	6	1.6	5	1.4	26	7.1	0	0.0	20	5.4	59	16.0	
29 a 38 años	6	1.6	6	1.6	12	3.3	59	16.0	0	0.0	25	6.8	108	29.3	
39 a 48 años	7	1.9	12	3.3	11	3.0	61	16.6	1	0.3	42	11.4	134	36.5	
49 a 60 años	5	1.4	3	0.8	7	1.9	31	8.4	0	0.0	21	5.7	67	18.2	
TOTAL	20	5.4	27	7.3	35	9.6	177	48.1	1	0.3	108	29.3	368	100	

Fuente: Ficha de encuesta.

Chi cuadrado para la edad y nivel de conocimiento sobre la vasectomía.

$$\chi^2_c = 4.602; \quad \chi^2_f = 12.592; \quad G.L. = 6; \quad p > 0.05$$

Chi cuadrado para la edad y aceptabilidad de la vasectomía.

$$\chi^2_c = 1.179; \quad \chi^2_f = 7.814; \quad G.L. = 3; \quad p > 0.05$$

La tabla N° 02, referido al nivel de conocimiento y aceptabilidad de la vasectomía según la edad en varones de 18 a 60 años, muestra que del 100.0%(368) de varones que acudieron al Hospital II Huamanga EsSalud, el 36.5%(134) fueron varones con edades de 39 a 48 años, de ellos, el 16.6% (61) presentaron nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 0.3%(1) presentó nivel de conocimiento deficiente y si aceptarían realizarse la vasectomía. Mientras, el 16.0%(59) fueron varones con edades de 18 a 28 años, de ellos, el 7.1%(26) presentaron nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 0.5%(2) presentaron nivel de conocimiento bueno y si aceptarían realizarse la vasectomía.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje de varones encuestados de 39 a 48 años, presentaron un nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía.

Sometidos los resultados al análisis estadístico del Chi cuadrado no se halló evidencia estadística significativa ($p>0.05$), que indica que no existe relación entre la edad y el nivel de conocimiento sobre la vasectomía en varones encuestados del Hospital II Huamanga - EsSalud; en cuanto a la aceptabilidad no se halló evidencia estadística en relación a la edad ($p>0.05$).

Los resultados nos demuestran que la edad no influye con el nivel de conocimiento y la aceptabilidad sobre la vasectomía, este estudio muestra que existe un número significativo de varones jóvenes que no desean aun realizarse la vasectomía debido a que no consideran la edad necesaria para formar un núcleo familiar, debido a que se encuentran en el mundo de experimentar diversas relaciones y por qué aún no tienen hijos o solo tienen de 1 a 2; con respecto a las edades de 30 años a mas, los motivos para la no realización de la vasectomía a largo plazo es debido por el desconocimiento de las modalidades de dicha anticoncepción, por lo tanto para los varones de las diferentes edades es un motivo para no interesarse a someterse a la vasectomía; hechos que reflejan la falta de información y difusión del método.

Baza y et al (Colombia, 2013), en su estudio realizado sobre “Percepción de los hombres ante la aceptación o rechazo de la vasectomía en tres barrios de Cartagena de Indias 2013”, de un total de 162 varones en estudio, el grado de conocimiento según rangos de edad en barrio Olaya Herrera tiene como resultado el rango de edad entre 25 y 35 años que posee un grado de conocimiento aceptable con un promedio de 3,43, que equivale a un 50% de la muestra en estas edades. El grado de conocimiento según rangos de edad en barrio Blas de Lezo tiene como resultado el rango de edad entre 20 a 25 años, que posee un grado de conocimiento excelente con una calificación de 4,69 que equivale a un

42.85% de la muestra en estas edades. El grado de conocimiento según rangos de edad en barrio el Recreo el rango de edad de 25 a 35 años que posee un grado de conocimiento excelente con una calificación de 4,69, que equivale a 68,75% de la muestra en este rango de edad, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Vidal y Garzón (Colombia,2013), en su investigación “Factores que influyen en la aceptabilidad del uso de la vasectomía como estrategia para la disminución de embarazos no deseados por parte de miembros de las Fuerzas Armadas Militares de Colombia”, de un total de 929 varones en estudio, sobre la edad de sus encuestados, mencionaron que el 52% de varones de 20 a 30 años, si aceptarían someterse a la vasectomía durante su vida, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Pico (Ecuador, 2015), en su estudio sobre “Barreras para la vasectomía como método de Planificación Familiar en los varones de 18 a 55 años de edad de las cooperativas de taxistas del Cantón Tena”. Reportaron de un total de 88 varones encuestados, el 66% de varones de 35 a 54 años, de ellos, 75% no aceptarían la vasectomía como método de Planificación Familiar, resultados que difieren a los hallados en edad y que se asemejan a la aceptabilidad en la presente investigación.

Montalvo (Perú, 2016), en su estudio sobre “Factores protectores que influyen en la aceptabilidad de la vasectomía en algunos miembros de las Fuerzas Armadas del Perú Policlínico Militar de Chorrillos”. Reportaron del 100.0%(91) de varones entrevistados, el 61.5%(56) varones de 36 a 45 años de edad, de ellos, 36.3%(33) no aceptaron realizarse la vasectomía y el 25.2%(23) refiere que, si se realizaría la vasectomía, resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación.

TABLA N° 03: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACEPTABILIDAD DE LA VASECTOMÍA SEGÚN ESTADO CIVIL EN VARONES DE 18 A 60 AÑOS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA EsSALUD. ENERO- ABRIL 2018.

ESTADO CIVIL	Nivel de conocimiento												TOTAL	
	Bueno				Regular				Deficiente					
	Aceptabilidad de la vasectomía				Aceptabilidad de la vasectomía				Aceptabilidad de la vasectomía					
	SI		NO		SI		NO		SI		NO			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Soltero	3	0.8	11	3.0	4	1.1	39	10.6	0	0.0	27	7.3	84	22.8
Conviviente	4	1.1	6	1.6	13	3.5	65	17.7	0	0.0	32	8.7	120	32.6
Casados	13	3.5	10	2.7	18	4.9	73	19.8	1	0.3	49	13.3	164	44.6
TOTAL	20	5.4	27	7.3	35	9.5	177	48.1	1	0.3	108	29.3	368	100

Fuente: Ficha de encuesta.

Chi cuadrado para el estado civil y nivel de conocimiento sobre la vasectomía.

$$\chi^2_c = 4.492 ; \quad \chi^2_t = 9.488 ; \quad G.L. = 4; \quad p > 0.05$$

Chi cuadrado para el estado civil y aceptabilidad de la vasectomía.

$$\chi^2_c = 5.533 ; \quad \chi^2_t = 5.991 ; \quad G.L. = 2; \quad p > 0.05$$

La tabla N° 03, referido al nivel de conocimiento y aceptabilidad de la vasectomía según estado civil en varones de 18 a 60 años ,muestra que del 100.0%(368) de varones que acudieron al Hospital II Huamanga-EsSalud, el 44.6%(164) fueron varones casados, de ellos, el 19.8%(73) presentaron nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 0.3%(1) presentó nivel de conocimiento deficiente y si aceptarían realizarse la vasectomía. Mientras, el 22.8%(84) fueron varones solteros, de ellos, el 10.6%(39) presentaron nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 0.8%(3) presentaron nivel de conocimiento bueno y si aceptaría realizarse la vasectomía.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje de varones casados, presentaron un nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía.

Sometidos los resultados al análisis estadístico del Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p>0.05$), que indica que no existe relación entre el estado civil y el nivel de conocimiento de la vasectomía en los varones encuestados del Hospital II Huamanga-EsSalud; en cuanto a la aceptabilidad no se halló evidencia estadística en relación a estado civil ($p>0.05$).

Como se observa no se halló asociación entre el nivel de conocimiento y la aceptabilidad con el estado civil, se ha evidenciado un factor importante que influye en la decisión para no someterse a la vasectomía, tal es así que entre los varones solteros el motivo para no someterse a dicha intervención quirúrgica es la falta de descendencia y la estabilidad conyugal, en comparación con los de estado civil casados las parejas mantienen una relación estable lo cual evita el miedo a la separación y la necesidad de formar una nueva familia, pues si la mujer con el apoyo de su pareja planifica su familia usando eficazmente la anticoncepción podrá reducir los embarazos riesgosos y mejorar la estabilidad familiar; sin embargo, el conocimiento, creencias y actitudes del individuo y de la pareja intervienen en la elección de la vasectomía

Montalvo (Perú, 2016), en su estudio sobre “Factores protectores que influyen en la aceptabilidad de la vasectomía en algunos miembros de las Fuerzas armadas del Perú Policlínico Militar de Chorrillos”, reporto de un total de 91 varones en estudio, el 87.9% (80) fueron casados y convivientes respectivamente, de ellos, el 37.4%(34) no aceptarían realizarse la vasectomía, resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación.

Bautista (1996, Ayacucho), en la investigación “Motivos que determinan la negatividad hacia la vasectomía y efectos secundarios inmediatos y mediatos que presentaron los vasectomizados que acudieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital Sub-Regional de Ayacucho febrero- junio 1996”. Reportaron de un total de 170 varones entrevistados, el 44.7%(76) fueron solteros, de ellos, el 11.8% (20) no se sometería a la vasectomía, resultados que difieren en el estado civil y se asemejan a los hallados en la presente investigación con la aceptabilidad.

TABLA N° 04: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACEPTABILIDAD DE LA VASECTOMÍA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN VARONES DE 18 A 60 AÑOS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA EsSALUD. ENERO- ABRIL 2018.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Nivel de conocimiento												TOTAL	
	Bueno				Regular				Deficiente					
	Aceptabilidad de la vasectomía				Aceptabilidad de la vasectomía				Aceptabilidad de la vasectomía					
	SI		NO		SI		NO		SI		NO			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Primaria	0	0.0	0	0.0	1	0.3	1	0.3	0	0.0	3	0.8	5	1.4
Secundaria	1	0.3	1	0.3	5	1.4	23	6.3	0	0.0	29	7.8	59	16.1
Superior	19	5.1	26	7.0	29	7.9	153	41.5	1	0.3	76	20.7	304	82.5
TOTAL	20	5.4	27	7.3	35	9.6	177	48.1	1	0.3	108	29.3	368	100

Fuente: Ficha de encuesta

Chi cuadrado para nivel de instrucción y nivel de conocimiento sobre la vasectomía.

$$\chi_c^2 = 18.328; \quad \chi_t^2 = 9.488; \quad G.L. = 4; \quad p < 0.05$$

Chi cuadrado para nivel de instrucción y aceptabilidad de la vasectomía.

$$\chi_c^2 = 1.445; \quad \chi_t^2 = 5.991; \quad G.L. = 2; \quad p > 0.05$$

En el tabla N° 04, referido al nivel de conocimiento y aceptabilidad de la vasectomía según nivel de instrucción en varones de 18 a 60 años ,muestra que del 100.0%(368) de varones que acudieron al Hospital II Huamanga - EsSalud, el 82.5%(304) fueron del nivel de instrucción superior, de ellos, el 41.5% (153) presentaron nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 0.3% (1) presentó nivel de conocimiento deficiente y si aceptarían realizarse la vasectomía. Mientras, el 1.4% (5) fueron del nivel de instrucción primaria, de ellos, el 0.8% (3) presentaron nivel de conocimiento deficiente y no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 0.3% (1) presentó nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía, y el mismo porcentaje que es 0.3% (1) presentó nivel de conocimiento regular y si aceptarían realizarse la vasectomía.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje de varones encuestados con nivel de instrucción superior, tienen un nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía.

Sometidos los resultados al análisis estadístico Chi cuadrado se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$), que indica que existe relación entre nivel de instrucción y nivel de conocimiento de la vasectomía en los varones encuestados en el Hospital II Huamanga - EsSalud; en cuanto a la aceptabilidad no se halló evidencia estadística en relación al nivel de instrucción.

Como se observa se halló relación entre el nivel de instrucción con el nivel de conocimiento; mientras que la aceptabilidad y el nivel de instrucción no tuvo relación o no tienen dependencia mutua. Si bien el nivel de instrucción hace que se tenga facilidad en adquirir conocimientos racionales y verificables sobre la vasectomía y se asocia a mayor aceptación, sin embargo los varones del seguro social EsSalud en su gran mayoría de un rango superior presento un nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía como una futura opción anticonceptiva, en los resultado podemos sustentar que a lo largo de su preparación profesional y personal no llegaron a adquirir conocimientos concretos enraizados a una información profunda, y está influenciada por creencias, mitos y falsos comentarios que se adquieren en el medio donde los rodea, no considerando la vasectomía a lo largo de sus vidas como un posible método anticonceptivo.

Tales resultados nos reflejan que, a pesar de contar con profesionales competentes para brindar información de dicha intervención quirúrgica, los varones son los menos interesados en lo referente a la participación de la Planificación Familiar, ya que se demuestra que en el Hospital II Huamanga-EsSalud hay una necesidad de difundir la anticoncepción quirúrgica masculina por medio de información o charlas educativas.

Montalvo (Perú,2016), en su estudio sobre “Factores protectores que influyen en la aceptabilidad de la vasectomía en algunos miembros de las Fuerzas Armadas del Perú Policlínico Militar de Chorrillos”, reporto de un total de 91 varones en estudio, el 40.5% presentaron nivel de instrucción superior, se obtuvo que el mayor porcentaje de participantes correspondió al grado de Comandante, quienes a su vez si aceptarían la vasectomía y el 5.4% el grado de teniente, fue el de menor porcentaje quienes también aceptarían realizarse la vasectomía, resultados que se asemejan al nivel de instrucción superior y difieren en la aceptabilidad.

Pico (Ecuador, 2015), en su estudio “Barreras para la vasectomía como método de Planificación Familiar en los varones de 18 a 55 años de edad de las cooperativas de taxis del Cantón Tena”. Reportó de un total de 88 varones en estudio, el 52.3% (46) presentaron nivel de instrucción secundaria, de ellos no aceptarían realizarse la vasectomía como método de planificación familiar. Resultados que difieren en el nivel de instrucción y se asemejan en la aceptabilidad en la presente investigación.

Bautista (Ayacucho, 1996), en la investigación “Motivos que determinan la negatividad hacia la vasectomía y efectos secundarios inmediatos y mediatos que presentaron los vasectomizados que acudieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital Sub-Regional de Ayacucho febrero - junio 1996”. Reportaron de un total de 170 varones entrevistados, el 43.5%(74) presentaron un nivel de instrucción superior, de ellos, el 34.1%(58) no se someterían a dicha intervención y solo el 9.4%(16) se someterían a la vasectomía, resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación.

TABLA N° 05: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACEPTABILIDAD DE LA VASECTOMÍA SEGÚN NÚMERO DE HIJOS EN VARONES DE 18 A 60 AÑOS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA EsSALUD. ENERO-ABRIL 2018.

NÚMERO DE HIJOS	Nivel de conocimiento												TOTAL	
	Bueno				Regular				Deficiente					
	Aceptabilidad de la vasectomía				Aceptabilidad de la vasectomía				Aceptabilidad de la vasectomía					
	SI		NO		SI		NO		SI		NO			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ninguno	2	0.5	7	1.9	4	1.1	27	7.3	0	0.0	19	5.1	59	15.9
1 a 2 hijos	7	1.9	13	3.5	13	3.5	92	25.0	0	0.0	44	12.0	169	45.9
3 a 4 hijos	8	2.2	5	1.4	13	3.5	50	13.6	0	0.0	37	10.1	113	30.8
≥ a 5 hijos	3	0.8	2	0.5	5	1.4	8	2.2	1	0.3	8	2.2	27	7.4
TOTAL	20	5.4	27	7.3	35	9.5	177	48.1	1	0.3	108	29.4	368	100

Fuente: Ficha de encuesta

Chi cuadrado para número de hijos y nivel de conocimiento sobre la vasectomía.

$$\chi^2_c = 3.955; \quad \chi^2_t = 12.592; \quad G.L. = 6; \quad p > 0.05$$

Chi cuadrado para número de hijos y aceptabilidad de la vasectomía.

$$\chi^2_c = 10.525; \quad \chi^2_t = 7.815; \quad G.L. = 3; \quad p < 0.05$$

En el tabla N° 05, referido al nivel de conocimiento y aceptabilidad de la vasectomía según número de hijos en varones de 18 a 60 años, muestra que del 100% (368) de varones que acudieron al Hospital II Huamanga EsSalud, el 45.9% (169) tuvieron de 1 a 2 hijos, de ellos, el 25.0% (92) presentaron nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 1.9% (7) presentaron nivel de conocimiento bueno y si aceptaría realizarse la vasectomía. Mientras, el 7.4% (27) tuvieron mayor igual a 5 hijos, de ellos, el 2.2%(8) presentaron nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía, el mismo porcentaje 2.2% (8) presentaron nivel de conocimiento deficiente y no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 0.3%(1) presentó nivel de conocimiento deficiente y si aceptarían realizarse la vasectomía.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje de varones con 1 a 2 hijos, presentaron un nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía.

Sometidos los resultados al análisis estadístico del Chi cuadrado no se halló evidencia estadística significativa ($p > 0.05$), que indica que no existe relación entre el número de hijos y el nivel de conocimiento de la vasectomía en los varones encuestados del Hospital II Huamanga - EsSalud; en cuanto a la aceptabilidad se halló evidencia estadística en relación al número de hijos.

Como se observó no se halló asociación entre el número de hijos y el nivel de conocimiento, y con respecto a la aceptabilidad de la vasectomía con el número de hijos si se halló dependencia, es decir que los varones a mayor número de hijos pueden optar en realizarse la vasectomía, este hecho ha sido determinante para que dichos varones decidan dar término a la reproductividad por que comprenden que a mayor número de hijos influye en la condición salud, economía y educación que es el factor principal que determina la calidad de vida del grupo familiar.

En la actualidad, cualquier pareja que está segura de no desear más hijos puede acceder a elegir la anticoncepción quirúrgica masculina.

Por ello se deben diseñar estrategias de intervención de acuerdo a cada realidad, enfatizar en la promoción de la vasectomía y educar a los varones sobre la importancia de su participación en Planificación Familiar con el objetivo de despejar cualquier duda existente sobre el procedimiento y las ventajas de dicho método.

Pico (Ecuador, 2015), en su estudio "Barreras para la vasectomía como método de Planificación Familiar en los varones de 18 a 55 años de edad de las cooperativas de taxis del Cantón Tena" reportó de un total de 88 varones encuestados, el 62.5% (55) no tuvieron ningún hijo, de ellos, el 51,1% presentan conocimiento deficiente de la vasectomía, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Bautista (Ayacucho, 1996), en la investigación “Motivos que determinan la negatividad hacia la vasectomía y efectos secundarios inmediatos y mediatos que presentaron los vasectomizados que acudieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital Sub-Regional de Ayacucho febrero - junio 1996”. Reportaron de un total de 170 varones entrevistados, el 37.6%(64) tuvieron de 1 a 2 hijos, de ellos, el 9.4%(16) no se sometería a la vasectomía por tener pocos hijos, resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación.

TABLA N° 06: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACEPTABILIDAD DE LA VASECTOMÍA SEGÚN OCUPACIÓN EN VARONES DE 18 A 60 AÑOS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA EsSALUD. ENERO- ABRIL 2018.

OCUPACIÓN	Nivel de conocimiento												TOTAL	
	Bueno				Regular				Deficiente					
	Aceptabilidad de la vasectomía				Aceptabilidad de la vasectomía				Aceptabilidad de la vasectomía					
	SI		NO		SI		NO		SI		NO			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Estudiante	3	0.8	2	0.5	1	0.3	11	3.0	0	0.0	11	3.0	28	7.6
Profesional	16	4.3	24	6.5	27	7.3	128	34.8	1	0.3	62	16.9	258	70.1
Comerciante	0	0.0	0	0.0	4	1.1	22	6.0	0	0.0	16	4.3	42	11.4
Obrero	1	0.3	1	0.3	3	0.8	16	4.3	0	0.0	19	5.2	40	10.9
TOTAL	20	5.4	27	7.3	35	9.5	177	48.1	1	0.3	108	29.4	368	100

Fuente: Ficha de encuesta

Chi cuadrado para ocupación y nivel de conocimiento sobre la vasectomía.

$$\chi^2_c = 20.081; \quad \chi^2_f = 12.592; \quad G.L. = 6; \quad p < 0.05$$

Chi cuadrado para ocupación y aceptabilidad de la vasectomía.

$$\chi^2_c = 2.593; \quad \chi^2_f = 7.815; \quad G.L. = 3; \quad p > 0.05$$

La tabla N° 06, referido al nivel de conocimiento y aceptabilidad de la vasectomía según ocupación en varones de 18 a 60 años, muestra que del 100.0 % (368) de varones que acudieron al Hospital II Huamanga EsSalud, el 70.1% (258) fueron varones profesionales, de ellos, el 34.8% (128) presentaron nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 0.3% (1) presentó nivel de conocimiento deficiente y si aceptarían realizarse la vasectomía. Mientras, el 7.6%(28) fueron varones estudiantes, de ellos, el 3.0%(11) presentaron nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía, el mismo porcentaje 3.0%(11) presentaron nivel de conocimiento deficiente y no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 0.3%(1) presentó nivel de conocimiento regular y si aceptarían realizarse la vasectomía.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje de varones con ocupación profesional, presentaron un nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía.

Sometidos los resultados al análisis estadístico del Chi cuadrado, si se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$), que indica que existe relación entre la ocupación y el nivel de conocimiento de la vasectomía en los varones encuestados del Hospital II Huamanga - EsSalud; en cuanto a la aceptabilidad no se halló evidencia estadística en relación a la ocupación.

Los resultados nos demuestran que la ocupación si influyen en el nivel de conocimiento, mientras que la ocupación no tuvo relación con respecto a la aceptabilidad, los varones en un gran porcentaje son de ocupación profesional; sin embargo se pudo observar en los varones quienes por la necesidad de obtener ingresos económicos para su familia y por el límite de tiempo en sus centros laborales están imposibilitados de acudir al programa de Planificación Familiar, por lo cual permite deducir que hay necesidad urgente de acudir a las instituciones públicas y privadas para difundir la información sobre los métodos anticonceptivos quirúrgicos por medio de programas y charlas educativas.

Bautista (Ayacucho, 1996), en la investigación "Motivos que determinan la negatividad hacia la vasectomía y efectos secundarios inmediatos y mediatos que presentaron los vasectomizados que acudieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital Sub-Regional de Ayacucho febrero - junio 1996". Reportaron de un total de 170 varones entrevistados, el 36.5 % (62) son estudiantes, de ellos, el 11.8% (20) no se sometería a la vasectomía, el 31.8% (54) son subempleados, de ellos 4.7% (8) no se sometería a la vasectomía por que desconoce del método, el 9.3% (16) fueron profesionales, de ellos, el 2.3% (4) no se sometería a la vasectomía por la existencia de otros anticonceptivos, resultados que difieren en lo referente a la ocupación y se asemejan a la aceptabilidad en los hallados en la presente investigación.

TABLA N° 07: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACEPTABILIDAD DE LA VASECTOMÍA SEGÚN PROCEDENCIA EN VARONES DE 18 A 60 AÑOS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA EsSALUD. ENERO- ABRIL 2018.

PROCEDENCIA	Nivel de conocimiento												TOTAL	
	Bueno				Regular				Deficiente					
	Aceptabilidad de la vasectomía				Aceptabilidad de la vasectomía				Aceptabilidad de la vasectomía					
	SI		NO		SI		NO		SI		NO			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Urbano	16	4.3	18	4.9	22	6.0	128	34.8	1	0.3	59	16.0	244	66.3
Rural	4	1.1	9	2.4	13	3.5	44	12.0	0	0.0	47	12.8	117	31.8
Urbano Marginal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	1.4	0	0.0	2	0.5	7	1.9
TOTAL	20	5.4	27	7.3	35	9.5	177	48.2	1	0.3	108	29.3	368	100

Fuente: Ficha de encuesta

Chi cuadrado para procedencia y aceptabilidad de la vasectomía.

$$\chi_c^2 = 1.410; \quad \chi_t^2 = 5.991; \quad G.L. = 2; \quad p > 0.05$$

Chi cuadrado para procedencia y nivel de conocimiento sobre la vasectomía.

$$\chi_c^2 = 10.360; \quad \chi_t^2 = 9.488; \quad G.L. = 4; \quad p < 0.05$$

La tabla N° 07, referido al nivel de conocimiento y aceptabilidad de la vasectomía según procedencia en varones de 18 a 60 años, muestra que del 100.0%(368) de varones que acudieron al Hospital II Huamanga EsSalud, el 66.3% (244) fueron de procedencia urbana, de ellos, el 34.8%(128) presentaron nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 0.3%(1) presentó nivel de conocimiento deficiente y si aceptarían realizarse la vasectomía. Mientras, el 1.9%(7) fueron de procedencia urbano marginal, de ellos, el 1.4%(5) presentaron nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía, y solo el 0.5% (2) presentaron nivel de conocimiento deficiente y no aceptarían realizarse la vasectomía.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje de varones con procedencia urbana, presentaron un nivel de conocimiento regular y no aceptarían realizarse la vasectomía.

Sometidos los resultados al análisis estadístico del Chi cuadrado, se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$) que indica que existe relación entre la procedencia y nivel de conocimiento de la vasectomía en los varones encuestados en el Hospital II Huamanga - EsSalud; en cuanto a la aceptabilidad no se halló evidencia estadística en relación a la procedencia.

Como se evidencia se halló relación entre la procedencia y el nivel de conocimiento; mientras que la aceptabilidad no guarda relación con la procedencia. En el área urbana la atención en salud y el acceso a los servicios de Planificación Familiar son más accesibles, el cual a mayor nivel de información sobre la vasectomía como método de anticoncepción quirúrgico voluntario se relacionaría a una mayor aceptación y uso de los mismos. El problema en la población rural y urbano marginal es el rezago en la cobertura de protección anticonceptiva en los servicios de planificación familiar y la poca participación masculina al respecto, que se debe a la falta de información y a ciertos factores socioculturales, ya que la información incompleta y no totalmente esclarecedora, podría ser la razón por que los varones no aceptan realizarse la vasectomía.

Pico (Ecuador, 2015), en su estudio "Barreras para la vasectomía como método de Planificación Familiar en los varones de 18 a 55 años de edad de las cooperativas de taxis del Cantón Tena" reporto de un total de 88 varones, el 46.6% (41) pertenecientes a la ubicación de la residencia urbana grupo que no se realizarían la vasectomía, resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación

CONCLUSIONES

De los resultados hallados en la presente investigación arribamos a las siguientes conclusiones:

- 1° El mayor porcentaje 57.6% (212) de varones de 18 a 60 años que acudieron al Hospital II – Huamanga EsSalud tuvieron nivel de conocimiento regular sobre la vasectomía.
- 2° El mayor porcentaje 84.8% (312) de varones de 18 a 60 años que acudieron al Hospital II – Huamanga EsSalud mencionaron no aceptar la vasectomía.
- 3° El mayor porcentaje 48.1%(177) de varones de 18 a 60 años con nivel de conocimiento regular no aceptarían realizarse la vasectomía.
- 4° Las variables relacionadas ($p < 0.05$) al nivel de conocimiento de la vasectomía de los varones en estudio, fueron: nivel de instrucción, ocupación y procedencia y las variables no relacionadas ($p > 0.05$) fueron: edad, estado civil y número de hijos.
- 5° Las variables relacionadas ($p < 0.05$) a la aceptabilidad de la vasectomía de los varones en estudio, fueron: número de hijos y las variables no relacionadas ($p > 0.05$) fueron: edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación y procedencia.

RECOMENDACIONES

1. Se debe incluir a los varones en los servicios de Planificación Familiar y en la toma de decisiones, y hacer argumentos convincentes de que ello beneficiara a los varones y mujeres por igual ya que la aprobación de la pareja se considera clave para la decisión de la vasectomía, por ello se debe establecer un programa de Planificación Familiar según normas establecidas con estrategias educativas centrándose en la orientación a los varones, que incluya información confiable y comprensible para así lograr solucionar las dudas y temores con respecto a la vasectomía y fomentar su uso considerando las ventajas que esta alternativa ofrece al usuario.
2. Sugerir que de acuerdo a norma técnica de salud ,el consultorio de Planificación Familiar exija la presencia de la pareja como requisito para la atención y así fomentar la información del método anticonceptivo permanente generalmente a los varones que ya cumplieron con sus expectativas de reproductividad e implementar el consultorio con materiales didácticos, poniendo en práctica sus conocimientos, habilidades y creatividad de acuerdo a la realidad socioeconómica y cultural de la población y atención competente del profesional de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yace J M. Evaluación de una intervención educativa sobre conocimientos y actitudes hacia la vasectomía en varones del C.S. Cooperativa Universal.2008.Perú .UNMSM. Facultad de Medicina Humana. Escuela profesional de Obstetricia. Tesis .Lima 2008.
2. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo. Anticoncepción Quirúrgica. Series Informes Defensoriales. Informe.Vol N° 1.1998 Lima Perú pag: 98.
3. Perú, Instituto Nacional de Estadística. Perú: Salud Sexual y reproductiva de los varones, 2008.Informe general. ENDES Varones, 2008, Lima: INEI; 2010.
4. Registro de informe estadístico de Planificación Familiar y Urología.2017.Hospital II Huamanga EsSalud.
5. Muñoz A, López A, Velasco S.” Conocimientos, Actitudes y creencias entorno a la elección de la vasectomía en ECATEPEC-México” Revista Científica. Cienc Med 2017;20 (2):33-39.
6. Ministerio de Salud del Perú. Planificación familiar. MINSA. Lima - Perú 2013.Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe>.
7. Abou K, Camacaro M. Determinantes socioculturales que condicionan la masculinidad y su impacto en la salud sexual y reproductiva de los hombres. Comunidad y Salud Año 2013, Ene-Jun .Vol. 11, N° 1.
8. Pico J X. Barreras para la Vasectomía como Método de Planificación Familiar en los varones de 18 a 55 años de edad de las Cooperativas de taxis del Cantón Tena.Ecuador.2015. Universidad técnica de Ambato Facultad de Ciencias de la salud carrera de Medicina. Tesis. Ecuador, 2015.
9. Baza G, Berrio D, Rosales Y. “Percepción de los hombres ante aceptación o rechazo de la vasectomía en tres barrios de Cartagena de Indias 2013” Corporación Universitaria Rafael Núñez .Facultad Ciencias de la Salud. Tesis. Colombia, 2013.

10. Vidal A, Garzón KI . “factores que influyen en la aceptabilidad del uso de la vasectomía como estrategia para la disminución de embarazos no deseados por parte de miembros de las fuerzas militares de Colombia, Bogotá 2013”. Universidad del Rosario .Facultad de Administración en Salud .Tesis .Bogotá, 2013.
11. Montalvo Y. “Factores protectores que influyen en la aceptabilidad de la vasectomía en algunos Miembros de las Fuerzas Armadas del Perú, Policlínico Militar de Chorrillos”. Lima.2016.USMP. Escuela de Obstetricia.Tesis.Lima.2016.
12. Rentería E. “Participación de la población masculina en la Planificación Familiar en el Hospital San Juan de Lurigancho-Marzo 2015”.Universidad Mayor de San Marcos. Escuela de Formación Profesional de Obstetricia .Tesis. Lima.2015.
13. Bautista M. Motivos que determinan la negatividad hacia la vasectomía y los efectos secundarios inmediatos y mediatos en vasectomizados. Hospital de referencia Sub-Regional de Ayacucho. Abril- Junio Ayacucho. 1996. UNSCH. Escuela profesional de Obstetricia.Ayacucho.1996.
14. Reiriz J, “Sistema reproductor Masculino: Anatomía “Universidad deBarcelona.Barcelona2014.Disponible:
<https://www.infermeravirtual.com>.
15. Tortora GJ, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 11ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006.
16. Norma técnica de salud de planificación familiar / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud; 2017.
17. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Anticoncepción Quirúrgica. Varones “Vasectomía”. Métodos Anticonceptivos Secretaría Programas Sanitarios.Argentina.2008.
18. Quesada M. Delgado A. Oliver C. “Anticoncepción Quirúrgica Masculina: Vasectomía”. Hospital General Universitario de Alicante

Sociedad Española de Contracepción. Protocolos Seguro/Sec, 2013, pág: 4-5.

19. Emilio D, Roberto M, José Luis M, Benjamín T, Clemente V. "Vasectomía sin bisturí. Experiencia de 10 años". Artículo, Instituto Mexicano del seguro social. Vol. 42 N°4 Julio-Agosto 2004:337-341.
20. Ministerio de Salud del Perú. Manual de normas y procedimientos para actividades de AQV. Dirección de programas Sociales. Programa nacional de Planificación Familiar .Lima – Perú 1996.
21. Bunge M, "La Ciencia y su Método y Filosofía", Buenos Aires. Editorial siglo XX, 1988 pág. 308.
22. Mejía E, "Metodología de la Investigación Científica "Universidad Mayor de San Marcos. Primera Edición. Lima Julio.2005.
23. Onofre L, Palomino. Influencia del Nivel de Conocimiento de la Anticoncepción Oral de Emergencia sobre aceptabilidad en los estudiantes del quinto año de secundaria de la institución educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2009 .UNSCH. Escuela profesional de Obstetricia.Tesis.Ayacucho.2009

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“CONOCIMIENTO Y ACEPTABILIDAD DE LA VASECTOMÍA EN VARONES DE 18 A 60 AÑOS EN EL HOSPITAL II HUAMANGA ESSALUD ENERO- ABRIL 2018.”

Ante todo tengan nuestros cordiales saludos, te invitamos a responder la siguiente encuesta voluntaria solicitándole que responda con sinceridad cada pregunta ya que serán confidenciales y completamente anónimo.

Desea participar. SI () NO ()

FICHA DE ENCUESTA

FECHA.....

ENCUESTA N°.....

A CONTINUACIÓN TENDRÁ QUE MARCAR CON UNA X LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE.

I. DATOS GENERALES:

a.-Edad (años)

- 1. 18 a 28 ()
- 2. 29 a 38 ()
- 3. 39 a 48 ()
- 4. 49 a 60 ()

b.-Estado Civil:

- 1. Soltero ()
- 2. Conviviente ()
- 3. Casado ()

c.-Nivel de instrucción:

- 1. Primaria ()
- 2. Secundaria ()
- 3. Superior ()

d.-¿Cuántos hijos tiene?:

- 1. Ninguno ()
- 2. 1 a 2 ()
- 3. 3 a 4 ()
- 4. ≥ 5 ()

e.- Ocupación:

- 1. Estudiante ()
- 2. Profesional ()
- 3. Comerciante ()
- 4. Obrero ()

f.-Procedencia:

- 1. Urbano ()
- 2. Rural ()
- 3. Urbano Marginal ()



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Marque con "X" las preguntas que usted crea correcto, los datos obtenidos se manejarán con absoluta reserva.

II. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA VASECTOMIA.

a.- ¿Cuál es el método definitivo e irreversible para los varones?

1. Preservativo.
2. Coitus interruptus (coito interrumpido).
3. Ligadura de trompas.
4. Vasectomía.

b.- ¿Para usted que es la vasectomía?

1. Es un método de planificación familiar masculino quirúrgico.
2. Es un método de planificación familiar masculino no quirúrgico.
- 3.- Es un método de planificación familiar femenino.
4. Ninguna de las anteriores.

c.- ¿En qué consiste la vasectomía?

1. Operación en la que se corta o liga una o las dos trompas de Falopio.
2. Consiste en ligar y seccionar los conductos deferentes a nivel escrotal
3. Consiste en ligar y seccionar el epidídimo que es el tubo conductivo a nivel escrotal
- 4.- Es una cirugía, consiste en la ligadura del pene.

d.- ¿Qué finalidad tiene la vasectomía?

1. Impide la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo.
2. Impide la salida del ovulo hacia las trompas de Falopio
3. Favorece la salida de los espermatozoides, durante el acto sexual
4. Ninguna de las anteriores.

e.- ¿Cuáles son los requisitos para una vasectomía?

1. Tener más de dos hijos.
2. Ser casado.

3. Tener una sola pareja.

4. Tener el deseo de realizarse la vasectomía.

f.- ¿Cuáles son las ventajas de la vasectomía?

1. Es un método que previene las enfermedades de transmisión sexual.

2. No tiene ventajas

3.-Permite disfrutar las relaciones coitales.

4.-Ninguna de las anteriores.

g.- ¿Cuáles son las desventajas de la vasectomía?

1. Es un método no efectivo.

2.- No previene las enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

3.-Disminuye el placer sexual.

4.- Ninguna de las anteriores.

h.- ¿Cuál considera usted que es un efecto adverso luego del procedimiento de la vasectomía?

1. Dolor.

2. La posibilidad de complicación es mínima.

2. Infección.

3. Cáncer de próstata.

4. Ninguna de las anteriores.

i.- ¿Después de realizarse la vasectomía que cambios se presentan?

1. Altera la producción hormonal por parte de los testículos.

2. Disminuye la masculinidad e impotencia sexual

3. No interfiere con el deseo y la potencia sexual (relaciones coitales)

4 Ninguna de las anteriores.

j.- ¿Qué es la planificación familiar?

1. La mujer, planifica su familia usando eficazmente los métodos anticonceptivos.

2. La pareja, planifica su familia usando eficazmente los métodos anticonceptivos.

3. El varón, planifica su familia usando eficazmente la anticoncepción.

4. Ninguna de las anteriores.

III. ACEPTABILIDAD DE LA VASECTOMÍA.

k. ¿Usted aceptaría realizarse a futuro la vasectomía como método de planificación familiar?

a. SI () ¿Por qué?

b. NO () ¿Por qué?.....

Gracias!!