



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
PSICOLÓGICAS**

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**“Variables psicosociales vinculadas con
la vasectomía como método anticonceptivo”**

TESIS

Que para obtener el grado de
Doctora en Psicología

Presenta:

Mtra. Rosa Dianeth Hernández Aguilera

Directora:

Dra. Ma. Luisa Marván Garduño

Xalapa, Ver., Diciembre 2015

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Dra. Sara Ladrón de Guevara
Rectora

Dra. Leticia Rodríguez Audirac
Secretaria Académica

Dra. Carmen G. Blázquez Domínguez
Directora General de Investigaciones

Mtra. Ma. Concepción Sánchez Rovelo
Directora General de Área de Ciencias de la Salud

Dr. José Rigoberto Gabriel Argüelles
Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado

Dra. María Luz Márquez Barradas
Directora del Instituto de Investigaciones Psicológicas

Dra. Erika Cortés Flores
Coordinadora Académica del Doctorado en Psicología

RECONOCIMIENTOS

La perseverancia es un gran elemento del éxito, si tocas el tiempo suficiente con la fuerza necesaria la puerta, estarás seguro de despertar a alguien.

Henry Wadsworth Longfellow

A mi madre

Sra. Rosa Ma. Aguilera Hernández

Por su amor, cariño, comprensión y apoyo incondicional, porque en cada proyecto siempre estas presente y me impulsas a seguir hasta terminarlo, ¡gracias!

A mi directora

Dra. Ma. Luisa Marván Garduño

Por su tiempo, dedicación, apoyo y enseñanzas a lo largo de la construcción de este trabajo.

A mi novio

LEFD. Genaro A. Ortiz Arroyo

Por su comprensión, apoyo y porque siempre estás ahí, en las buenas y en las malas, vamos por más...

A mi jurado

Dra. Yamilet Ehrenzweig Sánchez

Dra. Ana Delia López Suárez

Dr. Francisco Morales Carmona

Dr. Roberto Lagunes Córdoba

Dr. Benno de Keijzer Fokker

Por sus valiosos comentarios que enriquecieron este trabajo.

A mi hermano y sobrinos
Alfonso, Miroslava y Vladimir
Por su cariño, apoyo y amor.

A mis abuelitos
Sr. Eusebio Jesús Aguilera Morales †
Sra. Guadalupe Hernández Pozos †
Sin ustedes no estaría aquí, gracias
por estar siempre ahí con su apoyo
y enseñanzas...
Chebio y Lupita, donde estén pueden seguir
sintiéndose orgullosos.

A dos grandes maestras
Mtra. Dora D. González Aguilar
Dra. Tina Herrera Hernández
Por su apoyo y enseñanzas en mi formación
profesional y su apoyo personal.

A mis primos y tíos
Por su cariño y grandes horas de conversación
que nos hacen afianzar nuestros lazos.

A mis amigos
Que siempre están al pendiente de mis
proyectos y logros personales, gracias
por su apoyo y su amistad

A mis colegas
Por su amistad y por los momentos
que hemos vivido juntos y que nos han permitido
crecer como profesionales y como personas

A todos los participantes que permitieron realizar este estudio
Ya que sin su apoyo no hubiera sido posible esta tesis,
muchas gracias por su cooperación y enseñanzas.

Índice

| | |
|---|----|
| Resumen | 8 |
| Introducción..... | 10 |
| Marco teórico..... | 13 |
| Fundamentación epistemológica | 13 |
| 1. Creencias y actitudes..... | 15 |
| 1.1 Las creencias..... | 15 |
| 1.2 Las actitudes..... | 16 |
| 1.3 Formación y cambio de actitudes..... | 18 |
| 2. Rol de género y sexismo | 21 |
| 2.1 Sexo y género..... | 21 |
| 2.2 Masculinidad..... | 22 |
| 2.3 Machismo y marianismo..... | 25 |
| 2.4 Rol de género..... | 28 |
| 2.5 Ideología del rol de género en el matrimonio..... | 34 |
| 2.6 Sexismo ambivalente (SA)..... | 37 |
| 3. Salud reproductiva y planificación familiar..... | 43 |
| 3.1 Definición de salud reproductiva..... | 43 |
| 3.2 Salud reproductiva y género..... | 43 |
| 3.3 Planificación familiar..... | 45 |
| 3.4 Anticoncepción..... | 45 |
| 3.4.1 <i>Justificación del uso de métodos anticonceptivos</i> | 45 |
| 3.4.2 <i>Tipos de métodos anticonceptivos</i> | 49 |
| 3.4.2.1 <i>Naturales</i> | 49 |
| 3.4.2.2 <i>Hormonales</i> | 50 |
| 3.4.2.3 <i>De barrera</i> | 52 |
| 3.4.2.4 <i>Quirúrgicos o definitivos</i> | 54 |
| 3.4.3 <i>Actitudes hacia los anticonceptivos</i> | 55 |
| 4. Vasectomía | 57 |
| 4.1 Prevalencia..... | 59 |
| 4.1.1 <i>Datos en el mundo</i> | 59 |
| 4.1.2 <i>Datos en México</i> | 60 |
| 4.1.3 <i>Comparación con la OTB</i> | 62 |
| 4.2 Factores psicosociales en torno a la vasectomía..... | 63 |

| | |
|--|-----|
| 4.2.1 <i>Creencias y actitudes hacia la vasectomía</i> | 67 |
| 4.2.2 <i>La decisión de hacerse la vasectomía</i> | 73 |
| Justificación y planteamiento del problema | 78 |
| Objetivos..... | 81 |
| General | 81 |
| Específicos | 81 |
| Hipótesis..... | 81 |
| Método..... | 83 |
| Participantes..... | 83 |
| Tipo de estudio..... | 84 |
| Instrumentos..... | 84 |
| Situación o ámbito | 87 |
| Procedimiento | 88 |
| Consideraciones éticas del estudio | 91 |
| Resultados..... | 92 |
| Características generales de la muestra | 92 |
| Confiabilidad de los instrumentos | 95 |
| Creencias y actitudes hacia la vasectomía, Ideología del rol de género en el matrimonio y sexismo ambivalente | 97 |
| Creencias y actitudes hacia la vasectomía. | 97 |
| Ideología del rol de género en el matrimonio..... | 100 |
| Sexismo ambivalente..... | 102 |
| Relaciones entre las creencias y actitudes hacia la vasectomía, ideología del rol de género en el matrimonio y sexismo ambivalente..... | 104 |
| Discusión | 110 |
| Conclusiones..... | 121 |
| Referencias | 122 |
| Apéndices..... | 135 |
| Apéndice A..... | 136 |
| Apéndice B..... | 160 |
| Apéndice C..... | 161 |
| Apéndice D..... | 163 |
| Apéndice E | 166 |

Lista de tablas y figuras

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Distribución de la muestra..... | 83 |
| Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes..... | 93 |
| Tabla 3. Medias (desviación estándar) de disminución de la virilidad..... | 98 |
| Tabla 4. Medias (desviación estándar) de beneficios..... | 98 |
| Tabla 5. Medias (desviación estándar) de valoración negativa a la cirugía..... | 99 |
| Tabla 6. Medias (desviación estándar) de percepción negativa..... | 99 |
| Tabla 7. Medias (desviación estándar) de sumisión de la mujer..... | 101 |
| Tabla 8. Medias (desviación estándar) del libertad sexual masculina..... | 101 |
| Tabla 9. Medias (desviación estándar) de sexismo hostil..... | 103 |
| Tabla 10. Medias (desviación estándar) de sexismo benevolente..... | 103 |
| Tabla 11. Correlaciones entre las variables psicológicas del estudio..... | 106 |
| Tabla 12. Análisis de regresión lineal para la variable creencias y actitudes hacia la vasectomía..... | 109 |
| Tabla 13. Reactivos y dimensiones modificadas después del jueceo..... | 144 |
| Tabla 14. Versión final del instrumento..... | 148 |
| Tabla 15. Prueba t para los grupos extremos con puntajes altos y bajos del Cuestionario de creencias y actitudes hacia la vasectomía..... | 152 |
| Tabla 16. Varianza explicada con 4 factores del Cuestionario de creencias y actitudes hacia la vasectomía..... | 155 |
| Tabla 17. Matriz de componentes rotada del Cuestionario de creencias y actitudes hacia la vasectomía..... | 156 |
| Tabla 18. Índices de Confiabilidad para cada uno de los factores del cuestionario de creencias y actitudes hacia la vasectomía..... | 159 |
| Figura 1. Distribución de autovalores para el Cuestionario de creencias y actitudes hacia la vasectomía..... | 154 |

Resumen

Datos de las Naciones Unidas revelan que mientras en los países desarrollados la vasectomía es dos tercios menos común que la esterilización femenina, en los países en desarrollo es diez veces menos utilizada. Para este trabajo se estudiaron las actitudes hacia la vasectomía en mexicanos y sus relaciones con la ideología de rol de género en el matrimonio, sexismo ambivalente, nivel educativo y sexo. La muestra estuvo compuesta por 389 adultos con educación básica y superior los cuales completaron los cuestionarios de creencias y actitudes hacia la vasectomía (CAV), el cuestionario de Ideología del rol de género en el matrimonio (IRGEM) y el inventario de sexismo ambivalente (ISA). Para el análisis de los datos se emplearon MANOVAs y regresiones lineales. En cuanto a los resultados, los hombres y las participantes con educación básica fueron quienes mostraron las actitudes más negativas hacia la vasectomía. Quienes manifestaron la creencia de que la vasectomía disminuye la virilidad, también evidenciaron valoración negativa a la cirugía, percibieron ésta como negativa y estuvieron en acuerdo con la subordinación de la mujer en el matrimonio. Mujeres y los participantes con educación superior no estuvieron de acuerdo con la infidelidad masculina en el matrimonio. Los participantes que reportaron mayor sexismo benevolente fueron más propensos a reconocer los beneficios de la vasectomía. Los profesionales de la salud, los investigadores, educadores y comunicadores en este ramo deben tener en cuenta los factores psicosocioculturales relativos a la vasectomía, con el fin de comprender mejor su aceptación o rechazo donde puedan brindar una

consejería anticonceptiva precisa, actualizada y focalizada que fomente la elección de este método.

Palabras clave: Creencias, Actitudes, Vasectomía, Nivel educativo, Rol de género, Sexismo Ambivalente.

Introducción

Sin duda alguna, la salud reproductiva es una preocupación importante de los gobiernos del mundo. Su interés se centra en lo relacionado a la planificación familiar por toda la implicación que conlleva, ejemplo de ello es el veinte por ciento del gasto en salud reproductiva es destinado a la planificación familiar en México. La planificación es un tema que abarca no solo rubros médicos, sino sociales y, por supuesto, psicológicos, pues de ésta se desprende la anticoncepción.

De lo anterior han derivado varios estudios en México y el mundo, con la finalidad de entender qué factores están afectando o propiciando que ciertos métodos anticonceptivos se usen más que otros. Algunos estudios se han enfocado en comprender las actitudes que tienen los usuarios sobre estos métodos y lo que determina su decisión de utilizarlos. En el caso particular de los métodos permanentes, llama la atención que el personal sanitario suele recomendar más la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) que la vasectomía, a pesar de que esta última es más sencilla, económica y con un tiempo de recuperación menor (Shih, Turok & Parker, 2011).

Una posible explicación de este hecho es que el personal de salud considera que las mujeres tienen interiorizada su responsabilidad en la planificación familiar, asumiéndola totalmente y dejando poca o nula participación al hombre (Vega-Briones & Jaramillo-Carmona, 2010). Esto incluso se refleja en las farmacéuticas y las políticas de salud, quienes brindan más atención y recursos en generar más y mejores métodos anticonceptivos femeninos.

Los factores psicosociales en torno a la decisión de planificación familiar están inmersos además en una cultura machista, con roles estereotipados apoyados por cuestiones religiosas, políticas y sociales, que dan al hombre un papel pasivo en lo referente al hogar y a la crianza de los hijos, siendo esto conveniente para él, por la poca responsabilidad que se le otorga (Vega-Briones et al., 2010).

Es por lo anterior que, teniendo por objeto comprender las actitudes que puedan tener los hombres y mujeres hacia la vasectomía y que por supuesto son producto de la sociedad, el objetivo del presente proyecto fue estudiar la relación entre las creencias y las actitudes hacia la vasectomía y variables como la ideología del rol de género y el sexismo ambivalente, el cual es un constructo relativamente reciente que retoma al sexismo como punto de partida en sociedades donde existe machismo/marianismo.

El documento que se presenta, permite tener un primer acercamiento con la temática abordada. Por ello se dedican cuatro apartados al desarrollo del marco teórico donde en el primero se analizan las creencias y actitudes; se define lo que es una creencia, una actitud y cómo se forman y cambian las actitudes. El segundo apartado está destinado al rol de género y sexismo, se abordan conceptos como sexo, género, machismo, marianismo, rol de género, sexismo ambivalente y lo que es la ideología del rol de género en el matrimonio. El tercer apartado da cuenta de la salud reproductiva y planificación familiar, se describen conceptos como salud reproductiva, planificación familiar, anticoncepción, la razón del uso de anticonceptivos, tipos de anticonceptivos y las actitudes hacia los anticonceptivos. El cuarto apartado describe lo que es la vasectomía, así como su prevalencia en el mundo y en México, se brinda además una comparación con la Obstrucción Tubaria Bilateral (OTB), se mencionan factores

psicosociales entorno a la vasectomía, las creencias entorno a esta y, las actitudes y la decisión de hacerse la vasectomía.

Posteriormente puede encontrarse la justificación, planteamiento del problema, los objetivos y las hipótesis de este trabajo. A continuación se da cuenta del Método donde es posible encontrar a los participantes del estudio, tipo de estudio, se describen los instrumentos empleados así como, la situación o ámbito y el procedimiento empleado.

El siguiente apartado concentra los resultados obtenidos donde se muestran las características generales de la muestra, la confiabilidad de los instrumentos usados y las relaciones encontradas entre las variables.

Finalmente se discuten los resultados, se dan conclusiones con respecto a los hallazgos encontrados y se presentan los apéndices donde se describe el procedimiento empleado en la construcción de uno de los instrumentos y se presentan los instrumentos utilizados.

Marco teórico

Fundamentación epistemológica

La investigación que aquí se presenta se sustenta en el paradigma teórico positivista y en el metodológico cuantitativo, el cual requiere de la recolección de datos para poder probar una hipótesis previamente planteada por el investigador y, donde dichos datos tendrán una medición y serán sometidos a un análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento que permitan probar teorías (Hernández Sampieri, Fernández-Collado & Baptista Lucio, 2008). Dicho paradigma encuentra sus orígenes en el positivismo, que surge entre el siglo XIX y el XX con Auguste Comte, quien enuncia que el conocimiento científico sólo puede ser aquél que procede de la experiencia, rechazando así toda noción *a priori* y todo concepto total y absoluto. Por lo que el hecho es la única realidad científica, y así, la experiencia y la inducción son los métodos exclusivos de la ciencia.

De igual forma, los temas contenidos en esta investigación forman parte del abanico de tópicos que son menester de la psicología de la salud, donde ésta integra distintas teorías y explicaciones cognitivas, de desarrollo y sociales relacionadas a la salud, enfermedad y cuidados de la salud (Morrison & Bennett, 2008).

Finalmente, es importante mencionar que en este caso en particular, el tema central es conocer las creencias y actitudes hacia la vasectomía, así como encontrar la relación de éstas con variables psicosociales que permitan comprender de una manera distinta dicho fenómeno. A partir de los resultados encontrados se pueden generar mayores políticas y programas que permitan dar soluciones a los problemas identificados, o explicaciones que permitan generar propuestas de estudio y solución al fenómeno descrito.

1. Creencias y actitudes

1.1 Las creencias.

Green, Marshall, Sigrid y Kay, en 1980, sostenían que una creencia es una certeza de que algo es real o verdadero. En este sentido, palabras como la fe, la confianza y la verdad siempre acompañan a la creencia (como se citó en Oblitas Guadalupe, 2010).

Greene y Simons-Morton en 1988, referían que las creencias tienen tres características que las definen (como se citó en Oblitas Guadalupe, 2010):

1. Otras personas refieren que son falsas o verdaderas, tomando en cuenta la convicción de la persona que las profesa.
2. Las creencias tienen un elemento cognitivo, esto es lo que la persona sabe o cree con respecto a determinado tema.
3. Tienen un componente afectivo que es notorio en cuanto al valor o importancia de una creencia para la persona que la posee.

Ahora bien, en ciertas ocasiones suele confundirse una creencia y una actitud, por lo cual Guerin (1994) establece algunas puntualizaciones:

- Una creencia no refiere particularmente un agrado o desagrado, en tanto que una actitud sí lo hace. Por lo tanto, una creencia no especifica una preferencia.
- Una creencia puede reforzar una actitud.

- Las creencias pueden coincidir con las actitudes que tiene una persona ante algo determinado; no obstante, en tanto socialmente se refuercen, pueden ser contrarias.

1.2 Las actitudes.

Muchas de las conductas o acciones que lleva a cabo un individuo están dirigidas por las actitudes que se tienen hacia las personas, eventos y objetos; pero ¿qué es una actitud?

La palabra actitud deriva del latín *actitudo* y tiene relación con la palabra latina *aptus*, que significa apto o preparado para la acción. Las actitudes no pueden ser observables, pero preceden a la conducta y guían las decisiones y acciones (Hogg, Hogg, Vaughan & Haro, 2010). Una actitud puede ser definida de formas distintas, todas ellas basadas en la característica que se quiera resaltar. En consecuencia, a continuación se presentan algunas definiciones.

En 1918, Thomas y Znaniecki referían que las actitudes eran procesos y tenían relación con la conciencia del individuo y, por lo tanto determinaban su comportamiento. Thurstone, en 1929, sostuvo que las actitudes eran la conjunción de sentimientos, creencias, ideas, experiencias, miedos y demás cuestiones relacionadas con una situación (como se citó en Pallí Monguilod & Martínez Martínez, 2004).

En 1935, Allport definió una actitud como un estado mental, el cual se basa en la experiencia del individuo y, por lo tanto, permea su comportamiento y su percepción de los objetos o situaciones en donde esté inmerso (como se citó en Worcher, Cooper, Goethals & Olson, 2002).

En 1960, Rosenberg y Hovland especificaron a las actitudes como aquellas predisposiciones que tiene un individuo para reaccionar a ciertos estímulos y por las cuales existen respuestas específicas ante éstos. Años más tarde, en 1981, Petty y Cacioppo describieron una actitud como un sentimiento general, que puede ser permanente, que está orientado a los extremos positivo o negativo y no solo surge hacia una situación, sino también frente a una persona u objeto (como se citó en Pallí Monguilod et al., 2004).

Una definición más reciente es la que ofrecen Hogg et al. (2010) al señalar que una actitud es una organización de creencias, opiniones, conductas y sentimientos que tienen una duración relativa que puede ser además positiva o negativa hacia objetos, grupos, personas y eventos.

Lo antes descrito permite tener una idea general en cuanto a la forma en cómo es concebida una actitud. Además de lo anterior, es preciso resaltar que existen distintos enfoques y modelos para poder entender las actitudes, mismos que se describirán posteriormente.

1.3 Formación y cambio de actitudes.

McGuire, en 1986, mencionaba que existen tres enfoques históricos para entender el estudio de las actitudes (como se citó en Hogg et al., 2010):

- La actitud se polariza hacia aspectos estáticos y se relaciona más con la conducta (década de los veinte y treinta).
- Las actitudes son dinámicas (década de los cincuenta y sesenta).
- Se intenta comprender la estructura y función de la actitud (década de los ochenta y noventa).

Zanna y Rempel, en 1988, describieron cuatro características importantes del concepto actitud. En primer lugar, sostienen que la actitud es un estímulo, puesto que siempre está dirigida a un objetivo, sea éste una persona, objeto o situación; en segundo lugar, afirman que las actitudes son evaluaciones que hacen los individuos, por las cuales se da un juicio de valor que puede ser positivo o negativo; en tercer lugar, destacan el papel de la experiencia misma que está inscrita en la memoria; finalmente, resaltan el aspecto cognitivo (basado en el conocimiento y experiencia), afectivo (reacciones emocionales) y conductual (respuestas) (como se citó en Worcher et al., 2002).

Por otro lado, la actitud se ha entendido con base en modelos que consideran sus componentes, por ejemplo (Hogg et al., 2010):

- Componente uno, propuesto por Thurstone en 1931, en el que la actitud se entiende como el efecto que hay hacia un objeto psicológico.

- Componente dos, derivado de la teoría de Allport, donde la actitud es una preparación o predisposición que se tiene para realizar un juicio y, por lo tanto, ésta influye sobre las decisiones que se tomen.
- Componente tres, donde la actitud es relativamente permanente y está influida por creencias, sentimientos y conductas dirigidas hacia objetos, personas o eventos.

Como se ha resaltado en los párrafos anteriores, las actitudes pueden ser definidas y estudiadas de distintas formas. De acuerdo a lo expresado por Devine, en 1989, las actitudes tienen un peso importante en los juicios que se realizan de forma automática y que no son conscientes, por lo que las actitudes tendrán menos sesgos de lo que los demás pensarían en cuanto a lo que se dice o hace. De igual forma, Schwartz en el 2000, señaló que un modelo de actitud ayuda a comprender la relación entre las actitudes de las personas y la conducta que se lleva a cabo (como se citó en Hogg et al., 2010).

Es preciso considerar que las actitudes son muy útiles, pues permiten hasta cierto punto predecir la conducta de las personas. De esta manera, si las actitudes cambian, de igual forma lo hará la conducta. Una actitud debe entonces estar disponible en cualquier momento, ya que esto genera precisamente que exista mayor fuerza sobre la conducta (Hogg et al., 2010).

Existen distintos enfoques que se refieren a la formación de las actitudes. Por ejemplo, el enfoque conductista se centra en los efectos de la experiencia indirecta, que incluye el condicionamiento clásico y el operante; además este enfoque retoma conceptos de la teoría del aprendizaje social y de la autopercepción. Otro enfoque no

menos importante es el cognitivo, según el cual las actitudes surgen cuando se establecen conexiones entre varios elementos (Hogg et al., 2010).

Al conocer cómo se forman las actitudes, se genera un cuestionamiento relacionado a la permanencia y fuerza de las mismas, pensando en si las actitudes que se tienen en un determinado momento pueden cambiar o serán invariables.

El cambio de una actitud puede estar influido por el papel que representa en la sociedad, pues el cambiar puede implicar para la persona censura, asilamiento, valoración o expulsión. En otro sentido, la modificación de una actitud constituye para el individuo un cambio intencional y programado basado en algunas técnicas para lograr este objetivo (Campos Santelices, 2006).

En otro orden de ideas, Hollander, en 1978, definió también las actitudes, sosteniendo que son atributos potencialmente cambiantes que posee un individuo, atributos que además influyen sobre las percepciones que se tienen sobre un objeto, suceso o persona, por lo cual dirigen la conducta. En este sentido es necesario resaltar que existen diferencias importantes tanto en hombres como en mujeres, pues mientras en los hombres las actitudes pueden definir papeles de control y poder social, en las mujeres pueden representar lo contrario (como se citó en Aragón & Silva, 2002). Esta situación se ampliará en el apartado siguiente.

2. Rol de género y sexismo

2.1 Sexo y género.

Sin duda alguna, en la actualidad sexo y género son empleados de forma indistinta, pero se diferencian uno del otro.

El sexo se identifica más en el plano biológico, llega incluso a reducirse a una entidad anatómica, cromosómica, hormonal y natural del hombre y de la mujer. No obstante, el sexo debe ser considerado como una realidad prediscursiva previa a la cultura, donde al tomar en cuenta ésta, no existiría una diferencia clara entre sexo y género, pues este último sería considerado como una interpretación cultural del sexo. Sin embargo, pareciera más útil centrar al sexo como una categoría del género (Tubert, 2003).

Burin y Meler (2000) hacen una distinción muy clara entre el sexo y el género, conceptualizando al primero como la diferencia inscrita en el cuerpo, en contraste con el género, que se relaciona con los significados que la sociedad atribuye a lo que es ser hombre o mujer.

Lamas (2007) ofrece una idea más completa, refiere que el género es la simbolización de la diferenciación sexual, y que incluso en otros idiomas se emplea de forma indistinta con el sexo, situación que ha generado confusión. El género se relaciona más con la cultura, con un estatus social, con un papel sexual y estereotipos sociales que guardan correspondencia con la dominación y subordinación. En este

sentido, el género será el producto de la socialización, de la cultura, del lenguaje y del poder.

La construcción social del género va a estar integrada por creencias, rasgos de personalidad, conductas, valores, actitudes y actividades que van a marcar diferencias entre hombres y mujeres. Por lo tanto, el género además será producto de un largo proceso histórico que marca y mantiene incluso diferencias jerárquicas entre los hombres y las mujeres (Burin & Meler, 2000; Lamas, 2007).

2.2 Masculinidad.

Ahora bien, al hablar de género se tienen que considerar todos aquellos factores que lo componen. Para este estudio, la atención se centrará en la masculinidad.

Gilmore en 1990, refiere que la masculinidad es la forma en que una sociedad aprueba lo que es ser hombre. La masculinidad estará determinada por lo que la sociedad dicte, y los hombres deberán adecuarse a esta masculinidad (como se citó en Meler, 2000). En la misma línea, Badinter en 1993, consideró que la masculinidad es una ideología social que da legitimidad a la dominación masculina (como se citó en Meler, 2000).

Pareciera que la forma de concebir la masculinidad tiene que ver únicamente con lo que se espera que sea un hombre en una sociedad determinada. Las concepciones portadoras de esta simplicidad pasan por alto muchos factores, y tienen en común el de la dominación masculina.

Amorín (2007), por su parte, considera que la masculinidad es un componente complejo que se encuentra inmerso en un proceso social, además de estar en una transformación constante. Lo masculino se relaciona por lo regular con un dominio sobre la mujer, y no tanto por una distinción biológica; más bien tiene que ver con una construcción y apropiación que lleva a cabo el hombre de cómo se percibe y actúa en la sociedad.

De igual manera, Urresti (2003) y Amorín (2007) mencionan que un modelo tradicional de la masculinidad es conocido de diversas formas como *machista* (más adelante se hablará de lo que es el machismo), *patriarcal*, *sexista*, *androcéntrico* y *falócrata*, donde las características predominantes tienen que ver con la dominación, el hombre tiene una posición importante y la mujer asume un lugar subordinado. El hombre tradicional es representado como un ser superior, sólido, fuerte, posesivo en la sexualidad, competitivo, que transmite la ley, con autoridad y proveedor del hogar. Con base en estas características, el hombre será en la sexualidad el que tomará la iniciativa, y la sexualidad será reducida al coito, a su placer, a una sexualidad viril, al tener a la mujer como un objeto que debe poseer y que, a su vez, debe ser pasivo y brindar satisfacción.

En relación con lo anterior, el rol en el que se desarrollan los hombres sufrió modificaciones, primordialmente en las décadas de los ochenta y noventa; características como la de proveedor económico comenzaron a perder su efecto de dominio y poder, pues las mujeres comenzaron a cambiar su rol tradicional y en las familias se han dado transformaciones (Burin, 2000).

Burin (2000) refiere que los estudios feministas revelan que la cultura patriarcal da a los hombres lugares privilegiados al considerarlos como más fuertes, inteligentes, valientes, responsables socialmente, creativos y racionales.

Esta idea está apoyada también por lo que describía Bordieu (2000) de la dominación masculina, donde el valor asignado a los órganos sexuales es muy importante, y el poder del hombre se asigna por el falo, lo que ha sido explicado por varios autores y teorías. Por ejemplo, en la historia de los primeros seres humanos, surge la dominación y la asignación para que los hombres establezcan un gobierno que legitima la posesión sexual del hombre sobre la mujer. En este sentido, si bien el hombre es quien domina, la mujer está más preparada para vivir su sexualidad, pues ella asigna una gran carga afectiva a ésta y los hombres son más instrumentales. Es la mujer la dominada y la que tiene además que servir a su dominador cuándo y cómo lo quiera.

Por otro lado, Bandinter, en 1992, destacó varios criterios con respecto a la masculinidad (como se citó en Burin, 2000):

- No existe una sola masculinidad, por lo que no hay un modelo de masculinidad universal, existen masculinidades.
- La masculinidad es una ideología que tiende a justificar la dominación masculina (con sus respectivas variaciones).
- La masculinidad se aprende y construye; por ende, se puede cambiar.

En línea con lo anterior, de Keijzer (2003b) refiere que las masculinidades varían dependiendo además de las clases, la etnia, nacionalidad, clase, edad, migración y orientación sexual, de modo que la socialización puede ser diferente para los hombres considerando las variables antes expuestas, incluso ir cambiando en el ciclo de la vida.

Por su parte, Núñez Noriega (2006) sostiene que dentro de lo masculino, los niños hombres son influidos por la sociedad para probar su independencia, suprimir sus emociones y no mostrar algún tipo de comportamiento enseñado por la madre donde lo importante es demostrar la implicación de lo masculino. Lo anterior se formaliza en distintos rituales que dependen de la cultura.

Como pudo apreciarse, no es posible hablar de una sola masculinidad, sino de masculinidades que se aprenden y construyen conforme a los preceptos dados por la sociedad y transmitidos por medio de la familia.

2.3 Machismo y marianismo.

México es un país en desarrollo con una ideología tradicional de género (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2011; Orozco, Nievar & Middlemiss, 2012) y con una cultura machista (Díaz-Guerrero, 2008; Orozco et al., 2012).

El machismo y el marianismo se refieren a un conjunto de actitudes e identidades asociadas a los conceptos de la masculinidad y la feminidad, respectivamente. Ellos reflejan una idolatría de la capacidad reproductiva y de crianza que tienen las mujeres, pero también implican que las mujeres estén subordinadas a sus maridos, que deban

esperar e incluso tolerar ciertos comportamientos de los hombres como la agresividad, la infidelidad sexual, la arrogancia, la terquedad y la insensibilidad. También se espera que un hombre machista exagere su virilidad, su coraje físico y que además sea la figura de autoridad incuestionable de la familia (Gil & Vázquez, 2014; Sobralske, 2006; Sternberg, 2000).

En términos generales, el machismo es un código cultural muy evidente en Latinoamérica, donde el hombre es el que se encarga de brindar los medios necesarios para la manutención de su hogar. Esta situación le otorga poder y autoridad, le brinda tolerancia a ser infiel y le proporciona dominación sobre las mujeres (Hyde, 1995). Una semejanza de esta ideología tiene que ver con el conquistador español y más tarde es muy parecido a los caciques, los señores feudales, hacendados, políticos y dictadores, todos ellos con una figura de macho. Así, puede apreciarse que el machismo tuvo su origen en Mesoamérica con la llegada de los españoles y la mezcla con los indígenas nativos lo que dio origen a los mestizos, pues en un inicio estas mezclas estuvieron inmersas en violencia (Moisés, 2012).

En esta cultura machista, la masculinidad está fuertemente asociada con la potencia sexual (Díaz-Guerrero, 2008). Los hombres son más propensos que las mujeres a mostrar actitudes machistas-marianistas que van en línea con una ideología de género tradicional, lo que favorece al poder masculino en la esfera pública y a la reducción de las mujeres a la esfera privada, cuidando de su familia e hijos (Moral de la Rubia & Fuentesanta-López, 2013).

Adicional a lo anterior, Evelyn Stevens (como se citó en Ruiz & Sánchez Korrol, 2006) quien acuñó el término marianismo, sostiene que el machismo es un culto a la virilidad; el machismo es además una expresión universal de la autoridad y la dominación masculinas que puede ser aplicada a todos los hombres que expresan este comportamiento. Un hombre machista expresará su potencia sexual, poder en todos los aspectos y agresividad hacia otros hombres o bien hacia mujeres, esperará sumisión por parte de estas últimas y tendrá la creencia de ser superior a ellas. El machismo denota entonces valores patriarcales que pueden ser tomados como negativos y que no deben ser considerados masculinidad, aunque sí como un rasgo de ella (Ruiz & Sánchez Korrol, 2006).

Complementando lo anterior, Gilmore refiere que el machismo es una exageración de la actitud masculina, que puede darse como una defensa en algunos contextos que pudieran poner en peligro la idea de superioridad de los hombres (como se citó en Meler, 2000).

Ahora bien, Comas-Díaz, en 1987, indicó que el *marianismo* es el complemento femenino del machismo, complemento que hace alusión a la Virgen María, quien es virgen y madre; por ello, este término exalta dicho papel en la mujer, misma que será superior espiritualmente y, por lo tanto, podrá soportar el dolor que el hombre pudiera causarle (como se citó en Hyde, 1995).

Ruiz et al. (2006) refieren que el término marianismo fue propuesto, como se mencionó anteriormente, por la politóloga Evelyn Stevens en 1973, en su trabajo *Marianismo: la otra cara del machismo en América Latina*. Stevens afirma que el

marianismo surge de la adoración a la Virgen María, la cual se ha cimentado en el transcurso de la historia. En este sentido, el marianismo es una construcción que afecta el comportamiento de la mujer exaltando cualidades como la semidivinidad, la superioridad moral y la fuerza espiritual con la que se identifica a la Virgen María.

El marianismo enaltece el papel de la maternidad; por ende, la mujer debe sacrificarse por sus hijos y su familia. Pareciera que esta concepción denigrara el rol de la mujer; pero, a la vez, le otorga poder al mantener unida a su familia por la función que desempeña al ser el centro de ésta (Hyde, 1995).

En relación a lo anterior, el marianismo dota entonces a las mujeres con cualidades como la abnegación, humildad y voluntad de disposición para sacrificarse por sus maridos e hijos, por lo cual será una mujer sumisa. Estas características que refería Stevens no se quedan ahí, sino que se trasladan de igual forma al ámbito sexual, en lo que se refiere al cuidado de la virginidad y la castidad antes del matrimonio, dejando al hombre con más libertades sexuales. Estas cualidades les han permitido a las mujeres tener autoridad moral y respeto, ejerciendo liderazgo espiritual en sus hogares y, por supuesto, en la sociedad (Ruiz et al., 2006).

2.4 Rol de género.

Señalado lo anterior, el género se va construyendo en relación a la cultura y los aprendizajes, tanto los que se asumen en la familia como los marcados por la sociedad,

por lo que ésta será la que podrá determinar el estilo de crianza empleado dentro del hogar, conocido como rol de género.

El concepto de rol se deriva de la sociología y de la psicología social, así, este consiste en un conjunto de acciones que se espera realice una persona en una posición social particular, por lo que las normas, las expectativas, la sociedad y la cultura (Marín Sánchez & Martínez-Pecino, 2012; Myers, 2006; Rocha-Sánchez & Díaz Loving, 2011). Así, un rol puede regular los comportamientos humanos en un marco estructural y este es internalizado desde pequeño por medio de la cultura y el grupo primario al que pertenece. Dentro de un grupo, un individuo desempeña una tarea determinada necesaria para ese grupo, misma que puede ser cuestionada por el individuo o por el grupo cambiando esquemas y roles (Marín Sánchez & Martínez-Pecino, 2012).

Ahora bien, un rol de género es la forma en cómo se comportan las mujeres y los hombres en un sistema social determinado (Myers, 2006; Rocha-Sánchez et al., 2011). Mead (1935 como se citó en Rocha-Sánchez et al., 2011) refiere que desde un punto de vista sociocultural, en los roles se aprenden primordialmente las reglas tanto implícitas como explícitas que acompañan a estos. Parsons y Bales (1955 como se citó en Rocha-Sánchez et al., 2011) explican que existe una correspondencia entre las diferencias biológicas entre los sexos y el desempeño del rol en la familia, de modo que el juego que cada uno desempeñe estará influido por lo biológico. Rocha-Sánchez et al. (2011) señalan que no fue sino hasta la década de los 80 cuando trabajos de diversos autores enfatizaron que los roles de género estaban relacionados con una categoría social y no a un aspecto biológico como se había descrito anteriormente, de modo que las actividades y características de los roles para los hombres y las mujeres estaban

más asignadas según la cultura de estos. Bem (1981 como se citó en Rocha-Sánchez et al., 2011) propone la teoría del esquema de género donde habla de la predisposición de las personas para responder a información estereotipada, esto es, existe una diferenciación sexual y sobre esta hay una serie de ideas de cada sexo que puede variar de cultura a cultura las cuales, son asimiladas y forman parte de la persona. Finalmente, otras propuestas según lo descrito en Rocha-Sánchez et al. (2011) tienen que ver con la tendencia de compartir actividades que antes correspondían al otro género, lo que llevaría a una transformación sociocultural de los roles sociales estereotipados, lo que implicaría un proceso complejo de transformación que cada género ha llevado a cabo. En los párrafos siguientes se enfatizará más en lo descrito en este párrafo.

Así, ser hombre o mujer es el resultado de un proceso que incluye aspectos psicológicos, sociales y culturales al formar parte de un género. El proceso de socialización es de suma importancia en la internalización del género, pues a través de éste se apropian reglas, expectativas, normas y cosmovisiones (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).

Un rol de género, reflejará entonces tanto la forma de comportarse de un hombre como la de una mujer, mismas que serán esperadas socialmente, esto es, lo apropiado para cada uno. Por supuesto, reflejará además diversos estereotipos (Shaffer & Kipp, 2007).

La cultura, al conjuntar ideas, creencias y valoraciones, permite comprender las diferencias del significado que se tendrá de ser hombre o mujer. Hablando

particularmente de aspectos instrumentales y expresivos para cada género, las mujeres incorporan características relacionadas con la inteligencia, la sensibilidad y la ternura; pero entremezcladas con una propuesta más andrógina, podrían agregarse rasgos como independencia, fortaleza y capacidad. Para el caso de los hombres, las características que los acompañan tienen que ver con responsabilidad y fortaleza; y al agregar un patrón andrógino, se pueden sumar algunos rasgos expresivos tales como honestidad e integridad (Rocha Sánchez & Díaz Loving, 2011).

Una cuestión no menos importante relacionada con el género y la cultura son los llamados estereotipos de género, que están relacionados con la masculinidad y la feminidad. De acuerdo con estos estereotipos, por lo menos en México, el hombre se encuentra ligado a un rol productivo y, por lo tanto, se ubicará en el trabajo y en la manutención de una familia; además, estará ligado a la autonomía, al logro, a ser fuerte, exitoso y proveedor. En cuanto a la forma de ver a la mujer, ésta se asociará con actividades como el cuidado de los hijos, hogar y pareja, además de ser sumisa, abnegada y dependiente, por lo tanto está relacionado con roles reproductivos (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005; Rocha Sánchez, 2008).

En la misma línea, el ámbito familiar y el hogar son espacios para diferenciar los papeles que poseen y desempeñan tanto las mujeres como los hombres. Se ha considerado que esta distinción de papeles podría tener un fundamento biológico, según el cual la mujer cuenta con habilidades innatas para las tareas del hogar. Un dato importante en este sentido es que la idea del orden en el hogar debe ser establecida por el padre, y el papel de la madre es ser amorosa y educar; esta situación se da

primordialmente en personas con escolaridad media (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).

A pesar de lo anterior, la mujer ha logrado realizar algo más que labores domésticas, pero teniendo que combinar estas actividades extras con las del hogar. El hombre que participa en dichas actividades es visto como acomedido pues da ayuda y colaboración, pero estas acciones no serán visualizadas como una obligación que él debiera desempeñar. Sin duda alguna, la implicación de la mujer para ser considerada más allá del ámbito del hogar le ha permitido tener una evolución en su concepto de ser mujer; lo contrario ocurre con los hombres, que cuando se alejan del ámbito productivo donde han sido ubicados, se pone en duda su virilidad e identidad (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).

Por otro lado, en cuanto a la visión cultural relacionada con el aspecto sexual, Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2005) señalan que el hombre tradicional sigue ligado a la idea de necesitar varias parejas sexuales y ser infiel; siguiendo esta línea, un “verdadero hombre” debería ser aquel que sea productivo y exitoso, tanto en el trabajo como con las mujeres.

Las actitudes y el género han permitido comprender mucho del comportamiento de hombres y mujeres. Al considerar el elemento afectivo, se manifiesta el denominado *sexismo*, mismo que hace referencia a un prejuicio sexista hacia personas del otro sexo. Cuando se considera el elemento cognitivo, se ponen de manifiesto los estereotipos de género que se han conformado por creencias; al centrar la atención en

el elemento conductual, se hace presente la discriminación sexual en el trato diferenciado hacia los sexos (Rocha Sánchez, 2008).

Por su parte, Moia en 1981, Sau en 1990 y Bourdieu en 1996, enmarcan al sexismo como un mecanismo por medio del cual un sexo es privilegiado sobre el otro, considerándolo como inferior, subordinado, llegando incluso a la explotación. Esta particularidad se da primordialmente hacia las mujeres, teniendo una explicación sociohistórica que marca incluso una naturaleza biológica (como se citó en Fernández Poncela, 2002).

Con el paso de los años, el cambio de ideas, el progreso y la posmodernidad han ido cambiando la concepción de los roles tanto de hombres como de mujeres. Por el cambio de esta concepción, los hombres incluso participan cada vez más en las tareas del hogar, en la emancipación de la mujer y en una concepción del mundo diferente a la de años atrás. No obstante, la educación que se sigue brindando ha cambiado de forma importante, lenta, insuficiente e incluso desigual. Por ejemplo, a muchos hombres se les sigue educando en una forma tradicional como en décadas anteriores para que estudie y trabaje, pues él será el proveedor de su familia; para las féminas, la educación se ha centrado en ser fieles, amorosas, sinceras, sensibles y prudentes (Valdez Medina, 2008).

En suma, la ideología del rol de género se refiere a las actitudes con respecto a los correspondientes roles, derechos y responsabilidades de mujeres y hombres en la sociedad. La mayoría de las construcciones de la ideología del rol de género van desde

lo tradicional, que hace hincapié en el valor de los roles distintivos para mujeres y hombres, hasta la ideología igualitaria (Kroska, 2007).

2.5 Ideología del rol de género en el matrimonio.

Sin duda alguna, la cultura es un factor importante que influye sobre muchas de las acciones y pensamientos de los individuos, pues muchos de sus preceptos llegan a ser considerados y asumidos como una ideología. En este sentido, y siguiendo la misma línea, al hablar de una relación de pareja, la educación, la cultura y la individualidad, permiten observar estilos de comunicación, convivencia y toma de decisiones que predominan en esa cultura.

Según lo descrito por Alberoni en 1997, una pareja es una unidad dinámica ubicada en un tiempo determinado y unida por un componente muy importante: el amor. Por lo tanto, los miembros de la pareja están fuertemente vinculados, situación que les permite resistir los diversos conflictos por los que atraviesen (como se citó en Valdez Medina, 2008).

Los valores tradicionales en el matrimonio se relacionan con lo prescriptivo del rol de género, las normas acerca de lo que los hombres y las mujeres "deben ser" o "deben hacer" y "no deben hacer" o "no deben ser." La norma en el matrimonio tradicionalmente aceptada es que el esposo debe ser independiente, el que tome las decisiones y, por lo tanto, el que provea protección. Por el contrario, la mujer sigue teniendo un papel sumiso y dependiente (Chen, Fiske & Lee, 2009).

En un estudio realizado por Valdez Medina (2008) con participantes de la ciudad de Toluca, se resalta que los hombres sitúan la permanencia con su pareja en cuestiones como el apoyo moral, el sexo, apoyo para los gastos y atención del hogar, por la familia o por necesidad, a diferencia de las mujeres, quienes mencionaron que se debía a una dependencia económica, cuidado, crianza de los hijos y respeto a la pareja, por lo tanto la ideología del matrimonio que se reflejó en esta muestra es tradicional.

Lo anterior puede complementarse con la idea de Kaufmann, quien refirió en 1994 que la masculinidad está asociada con la cercanía física más que con la intimidad, por lo cual existe una demanda de poder y control, que en el matrimonio se manifiesta como una distancia emocional entre los esposos, habiendo jerarquías y relaciones de poder (como se citó en Rivera Aragón et al., 2008).

Por otro lado, Hochschild en 1989, resalta que la *economía de la gratitud*¹ se relaciona con un balance entre dar y el recelo en una relación de amor, lo que se puede reflejar dentro de un vínculo matrimonial. Poco después, en 1991, Jónasdóttir afirma que el amor es una dimensión patriarcal; por lo tanto, el amor de una mujer es utilizado por los hombres para dominar y mostrar su poder (como se citó en Rivera Aragón et al., 2008).

Ahora bien, en cuanto a los roles de género que se manifiestan en el matrimonio y que además tienen que ver con la dominación, pueden mencionarse cuatro aspectos importantes: el primero tiene que ver con la dominación o sumisión en la familia; el

¹ Término sociológico que remite a significados sociales acerca de lo que es una mujer, un hombre, una esposa o un marido contribuyen a que cada cónyuge considere algunas acciones como regalos, esto es, por aquello que no se da por supuesto concebido como una obligación y que al brindarlo es una forma expresa de amor (Hochschild, 2008).

segundo, con la competencia profesional o sacrificio; el tercero, se da la consolidación con la llegada de los niños y la distribución de las tareas domésticas; y el último, cuando existen actitudes hacia la violencia intrafamiliar hacia las mujeres (Chen et al., 2009).

Existe una relación entre sexismo e ideología del rol de género en el matrimonio. Chen et al. (2009) señalan que en un matrimonio heterosexual se tienen valores tradicionales con roles de género normativos que pautan lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer, como ser y no ser, tanto para hombres como para mujeres, siguiendo una regla en la cual los primeros son los dominantes y, por lo tanto, los que tienen el poder al ser los proveedores y los que brindan protección, mientras que las segundas deben ser obedientes, dependientes y cumplir un rol reproductivo.

Chen et al. (2009) se ocupan en su estudio de la relación entre el rol de género en el matrimonio y el sexismo ambivalente, en el cual opera tanto el sexismo hostil como el benevolente. El sexismo benevolente asigna a las mujeres un estatus bajo no solo en el matrimonio, sino también en la sociedad. Estos autores refieren, además, que el principal mecanismo del sexismo ambivalente en el matrimonio circunscribe la dominación masculina desde que el sexismo influye en la selección de la pareja, y la dominación se mantiene con las normas que están establecidas en el rol de género. Estas conductas sexistas no son sólo respaldadas por los hombres, sino también por las mujeres, aunque los hombres están más encaminados a conductas hostiles. El sexismo benevolente también opera tanto en hombres como en mujeres; en ellas se refleja en la selección de la pareja.

2.6 Sexismo ambivalente (SA).

En los párrafos anteriores se ha desarrollado el concepto sexismo, Expósito et al. (1998) sostienen que el sexismo es una actitud negativa hacia las mujeres, no es común escuchar de este en sociedades occidentales. Aunque no exista una valoración negativa hacia las mujeres como tal, y se piense que actualmente el sexismo es menor, este sigue estando presente. Moya Morales (2004) refiere que la Teoría de la Dominancia Social permitiría entender mejor el sexismo en tanto que en todas las sociedades humanas están estructuradas como sistemas jerárquicos basados en la pertenencia a grupos sociales, donde algunos acaparan el poder y el estatus y otros carecerán de este, de modo que, el género que acapararía el poder hablando desde el sexismo, sería el masculino.

Ahora bien, Tougas, Brown, Beaton y Joly (1995 citado en Moya Morales, 2004) propusieron un término novedoso al sexismo, este es el neosexismo, el cual permite comprender que los discursos políticos que hablan de igualdad de género, ven a su vez como amenazadoras las demandas de los grupos feministas a los valores tradicionales, lo que suena ambivalente, así, si bien el sexismo no es correcto, las demandas de las mujeres son excesivas. Por otro lado, ahora se habla de un nuevo término que adiciona otro tipo de sexismo, conocido como sexismo ambivalente. El mismo que, en párrafos precedentes solo había sido mencionado y ahora se desarrollará. Una nota importante de mencionar es que si bien el sexismo ambivalente es una teoría bien aceptada en el ámbito psicológico, no es la única y existen teorías que enmarcan la igualdad y equidad de género, por lo que existen personas que han interiorizado estas ideologías, por lo

que existe un abanico de posibilidades que pueden estar presentes en tanto existan vestigios del patriarcado.

Así, el sexismo ambivalente surge a partir de la idea del patriarcado², misma que es frecuente en todas las culturas. Además, considera el factor biológico que dotaría al hombre de mayor tamaño y fuerza, por lo que le estaría permitida una mayor dominación en la sociedad y, por supuesto, sobre las mujeres (Glick & Fiske, 1996).

El sexismo ambivalente que proponen Glick y Fiske (1996) tiene su base en las estructuras biológicas y sociales que colocan a la mujer en una relación de inferioridad en comparación con el hombre, desplazándola al lugar del hogar, criando a los hijos y satisfaciendo las necesidades sexuales de su pareja. Por otro lado, estas mismas estructuras y situación de inferioridad harían que los hombres proporcionen a las mujeres actitudes protectoras y reverencia por su rol como esposas y madres, y que incluso las idealicen como objetos de amor (Expósito et al., 1998).

El sexismo se ha conceptualizado entonces como aquella hostilidad hacia las mujeres. Glick y Fiske (1996; 1997) consideran al sexismo ambivalente de forma multidimensional; por lo tanto, abarcan el sexismo hostil y el sexismo benevolente. En cuanto al sexismo hostil, estos autores resaltan que es un reflejo de hostilidad, a menudo una actitud de antipatía contra las mujeres. El sexismo benevolente hace referencia a aquellas actitudes hacia las mujeres que tienen un tono subjetivamente positivo e implican comportamientos como ayuda y consideración. No obstante, en el

² Definido como la relación de poder directa entre los hombres y las mujeres en las que los hombres, que tienen intereses concretos y fundamentales en el control, uso, sumisión y opresión de las mujeres, llevan a cabo efectivamente sus intereses (Cagigas Arriazu, 2000).

fondo, este sexismo involucra el dominio masculino, por lo cual su resultado suele ser perjudicial.

El sexismo benevolente, dentro de esta visión subjetivamente positiva de la mujer, comparte con el sexismo hostil supuestos comunes de creencias sexistas donde las mujeres siguen jugando roles tradicionales como los domésticos y siguen siendo vistas como el sexo débil. El sexismo hostil incluye las creencias de que la mujer es incompetente para tareas donde se ejerce el poder (Glick & Fiske, 1996).

Si bien el sexismo ambivalente se basa en la ambivalencia de las actitudes del hombre hacia la mujer, las mujeres también pueden ser sexistas, esto es, pueden tener actitudes hostiles hacia otras mujeres. Esto se debe a una transmisión cultural de estas creencias que también han sido adoptadas por ellas (Glick & Fiske, 1996).

Tanto el sexismo hostil como el benevolente comparten tres componentes: el paternalismo, la diferenciación de género competitiva y la intimidad heterosexual; éstos reflejan un conjunto de creencias que son ambivalentes hacia las mujeres y, además, son el núcleo del sexismo ambivalente (Glick & Fiske, 1996; Expósito, Moya & Glick, 1998).

- El primer componente hace referencia a una forma de ambivalencia, pues incluye la dominación (paternalismo dominador) y efecto y protección (paternalismo protector).
- El segundo componente refiere no sólo a las diferencias físicas entre los sexos, sino además a las diferencias sociales manifestadas como identidad de género.

Este componente se basa en las premisas que recaen en que el poder solo puede ser dado a los hombres, así como en la diferenciación de los espacios que cada uno ocupa: el hombre al ámbito público; y la mujer, al privado.

- El último componente es afín con las relaciones de pareja e intimidad. En este sentido, el sexo forma una parte importante de este componente, pues se considera a las mujeres como guardianas del sexo, y éste crea en el hombre una condición de vulnerabilidad. Por ello, algunas veces las mujeres pueden ser vistas como manipuladoras y tentadoras, y esto se tiene que ver desde el sexismo hostil.

Para medir el sexismo ambivalente, Glick y Fiske en 1996 construyeron un inventario denominado ASI (por sus siglas en inglés, Ambivalent Sexism Inventory), mismo que fue traducido al español por Expósito et al. (1998), con una confiabilidad de 0.90 *alfa de Cronbach*.

Por otro lado, Glick, Fiske, Mladinic, Saiz, Abrams, Masser et al. (2000) llevaron a cabo un estudio en 19 países (Australia, Bélgica, Botswana, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Inglaterra, Alemania, Italia, Japón, Países Bajos, Nigeria, Portugal, España, Sudáfrica, Corea del Sur, Turquía y Reino Unido) para validar el ASI. Una forma de calificar este inventario es teniendo un puntaje global o bien obtener puntajes por cada dimensión, así, los individuos más sexistas exhibieron correlaciones entre sexismo hostil y sexismo benevolente más débiles.

Aunque en los resultados obtenidos a nivel intercultural se muestran actitudes sexistas benevolentes y hostiles hacia las mujeres, los autores mencionan que es

prematureo afirmar que el sexismo hostil y el sexismo benevolente son universales, pero que sí pueden ser identificados como ideologías más evidentes en algunos países. Además, el sexismo hostil (SH) y el sexismo benevolente (SB) pueden predecir la desigualdad de género en los países, por lo menos en aquellos que estudiaron estos autores. Las mujeres, por su parte, evidenciaron SH en promedio menor que los hombres; el SB es más adoptado por ellas, ya que puede ser tomado como una forma de defensa cuando el sexismo es muy alto. Una afirmación que hacen los investigadores a este respecto es que cuando los hombres tienen niveles altos de SH, las mujeres aceptan el SB para obtener protección, admiración y afecto de los hombres, evitando así la hostilidad de ellos (Glick et al., 2000).

Glick y Fiske (2001) refieren que el ASI que ellos diseñaron ha sido administrado a más de 15 mil hombres y mujeres en 19 países. Uno de los hallazgos de sus investigaciones es que las mujeres, en comparación con los hombres, rechazan el sexismo hostil pero aprueban el benevolente, primordialmente en culturas machistas. En relación a lo anterior, y considerando que tiene una mayor aceptación social, el sexismo benevolente no es más que un complemento del hostil que pacifica a las mujeres en medio de la desigualdad de género social.

Por su parte, Barreto y Ellemers (2005) coinciden con las aseveraciones referentes al sexismo benevolente, pues contrario a lo que representaría lo benevolente, un tipo de sexismo como éste tendría más una implicación negativa, a pesar de ser derivado de un sentimiento positivo hacia las mujeres. En su estudio encontraron, sin hacer una distinción entre hombres y mujeres, que las personas con una inclinación a este tipo de

sexismo son vistas como menos sexistas que las que se inclinan más hacia el SH. De ahí que el SB, por lo menos en este estudio, no se reconoce como sexista.

Garaigordobil y Aliri (2011) señalan que en la conexión intergeneracional del sexismo, la madre es más una figura importante para las hijas; mientras que el padre lo es en la transmisión del sexismo hacia los hijos hombres. De igual forma, a mayor nivel socioeconómico cultural de la familia, es menor el nivel de sexismo en los padres e hijos.

Sin duda alguna, este recorrido por la cultura permite tener un abanico de posibilidades para poder comprender mucho de lo que hacen, piensan y llevan a cabo los individuos; la cultura es un factor esencial que no puede quedar fuera. Ahora bien, y considerando el objetivo de este proyecto, es de interés conocer cómo influyen estos factores psicosociales en un hombre para tomar la decisión de realizarse o no la vasectomía. Por ello, el siguiente apartado está destinado a la salud reproductiva.

3. Salud reproductiva y planificación familiar

3.1 Definición de salud reproductiva.

La salud reproductiva es un término que comprende parte de la obstetricia, ginecología y neonatología, y además tiene un carácter legal (comprendido en la Ley General de Salud del país, en el capítulo VI correspondiente a Servicios de Planificación familiar en los artículos 67-71). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud reproductiva es la condición de bienestar físico, mental y social vinculada al sistema reproductivo. Se refiere a la capacidad de reproducirse a voluntad, el derecho de procrear hijos, la seguridad en el embarazo y que el parto no represente un riesgo. Además incluye el derecho a decidir el uso de algún método anticonceptivo, a interrumpir el embarazo y poder tener acceso a tratamientos contra la infertilidad (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2015; Vonrell Díaz, 2005; OMS, 2011).

3.2 Salud reproductiva y género.

Las campañas que permean a la salud desde las acciones que proponen, así como sus metas y la forma en que reportan los resultados alcanzados tienen un claro corte enfocado hacia las mujeres.

En relación a lo anterior, Vega-Briones y Jaramillo-Cardona (2010) refieren que casi todas las campañas de control de la natalidad están destinadas a las mujeres, y que las pocas que involucran a los hombres ofrecen información muy pobre de la forma de

participación de éstos. Con ello, se les ha otorgado a las mujeres poder de decisión en cuanto a la procreación y anticoncepción, relegando al hombre. En contraste, Sternberg (2000) refiere que algunos hombres opinan que en una relación estable, el hombre es el que debe decidir cuándo la mujer debe tener hijos.

La participación del hombre en la anticoncepción se limita debido a posturas machistas, al miedo a una disminución de su hombría, virilidad y potencia sexual, además del desconocimiento de las ventajas de los métodos anticonceptivos para ellos como la vasectomía (Vega-Briones et al., 2010).

Mundingo (2000) sostiene que el involucramiento del hombre en las prácticas reproductivas y anticonceptivas apareció por primera ocasión en la Conferencia Internacional de 1994 sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo. Esta conferencia tenía por objeto un control de la natalidad equitativo para hombres y mujeres, a fin de tratar de disminuir la desigualdad de la carga anticonceptiva. Con este control de la natalidad, la participación del hombre no sólo incluiría uso de métodos anticonceptivos, sino paternidad y comportamiento sexual responsable. Un año posterior a la conferencia antes mencionada, esto es, en 1995 en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing donde el objetivo era la promoción de objetivos de igualdad, desarrollo y paz para todas las mujeres del mundo, se resalta la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en todos los aspectos y se enmarca la distribución equitativa entre estos sobre la responsabilidad con respecto a la familia y por supuesto, en lo relativo a la salud reproductiva dejando implícito el derecho del hombre y la mujer para obtener información y la elección de métodos de planificación familiar (ONU, 1996).

3.3 Planificación familiar.

Ahora bien, al hablar de salud reproductiva, es necesario considerar a la planificación familiar, que permite a las personas decidir el número de hijos que desean y en qué momento tenerlos, con el uso de métodos anticonceptivos. De tal manera que la planificación familiar hace posible la disminución de los riesgos para la salud asociados a un embarazo a corta edad, abortos, contagio de VIH e infecciones de transmisión sexual. Asimismo, con ella se tiene un control sobre el crecimiento poblacional, para evitar efectos negativos sobre la economía y el medio ambiente, y alcanzar mejores niveles de desarrollo (OMS, 2011).

La planificación familiar incluye el uso de métodos anticonceptivos, resaltando los beneficios que éstos tienen para las mujeres. Además de lo antes descrito, permite a las mujeres contar con más herramientas para disminuir la mortalidad materna. Por ello, la planificación familiar está destinada a la atención de adolescentes y mujeres en edad reproductiva. En el siguiente apartado se hace una referencia más desglosada de lo que es la anticoncepción.

3.4 Anticoncepción.

3.4.1 *Justificación del uso de métodos anticonceptivos.*

Considerando los sucesos importantes donde se resalta el papel de los anticonceptivos, en la década de los sesenta se gesta la denominada *revolución sexual*. Este movimiento se relaciona con un cambio en los modelos poblacionales tradicionales,

centrando especial atención en el control de la fecundidad; por ello, se brinda a la población un gran número de técnicas anticonceptivas. Además, esta revolución se apoya en la demanda de la fuerza de trabajo femenino en el campo laboral, dando a la mujer una percepción diferente de su papel en la sociedad y, por ende, una posibilidad para decidir y espaciar sus embarazos. Entonces, las familias se reducen bajo la concepción de que una familia pequeña es mejor, exaltando además la relación con la pareja y, por consiguiente, una realización personal (Margulis, Rodríguez Blanco & Wang, 2003).

Por lo anterior, la anticoncepción era una opción bastante viable que ya había sido puesta en marcha en países europeos. Las pocas opciones de métodos anticonceptivos disponibles en tiempos pasados, como el coito interrumpido o el condón, eran poco seguras y, su eficacia tenía que ver con el hombre; en cuanto a la mujer, el control de los días fértiles del ciclo menstrual también representaba una opción poco eficaz. Las nuevas opciones de anticonceptivos estaban destinadas primordialmente a las mujeres, dándoles un rol más activo en cuanto a su uso, y comprometiendo muy poco al hombre (Margulis et al., 2003).

Figuroa Perea (2006) afirma que no existe claridad en cuanto a los derechos reproductivos de los hombres, pues se ha legitimado la reproducción como algo femenino, dando por lo tanto a los hombres y a las mujeres distintas responsabilidades reproductivas que ya son asumidas como algo que les corresponde. En 1998, Díaz y Gómez refirieron que es necesario el involucramiento de los hombres en la vida familiar y doméstica, así como dar una nueva concepción a la libertad sexual del hombre, para

que pueda participar y tomar decisiones reproductivas y, por consiguiente, participe en la crianza de sus hijos.

La planificación familiar permite a las personas tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, además de reforzar sus derechos para determinar el número y el espaciamiento entre sus hijos. Es clave para la desaceleración del crecimiento insostenible de la población y los impactos negativos derivados de los esfuerzos de economía, medio ambiente y desarrollo.

En cuanto a números, la OMS (2013) refiere que el uso de anticonceptivos se ha incrementado desde un 54%, en 1990, al 57%, en 2012, primordialmente en Asia y América Latina, no así en África subsahariana. Sin duda alguna, el uso de métodos es mayor en las mujeres que en los hombres. Esto ocurre en parte por la limitada opción que ellos tienen, pues solo cuentan con la vasectomía, condón y coito interrumpido.

Se estima que a 222 millones de mujeres de países en desarrollo les gustaría detener o retrasar la maternidad, pero no están utilizando ningún método anticonceptivo (OMS, 2013). Una de las razones tiene que ver con que algunos hombres no están a favor de la anticoncepción debido a una variedad de motivos, tales como creer que puede alentar a sus esposas a ser infieles, motivos religiosos, o temor a los efectos secundarios dañinos de los anticonceptivos (Mistik, Nacar, Mazicioğlu & Çetinkaya, 2003).

Sin duda alguna, los gobiernos de los distintos países tienen intereses bien definidos en cuanto al control de la natalidad de su población. En este sentido, Levine, Langer, Birdsall, Matheny, Wright y Bayer (2006) mencionan tres perspectivas políticas y

culturales que apoyan el control de la natalidad que estaba puesto en marcha desde la década de los sesenta:

- Lógica demográfica, que pretendía bajar la tasa de crecimiento de la población con la finalidad de lograr objetivos económicos, sociales y ambientales. Predominó entre 1960 y 1970.
- Justificación de la fertilidad, que se evidencia en que las familias pequeñas vivían mejor en todos los sentidos. Tuvo su auge en la década de 1980.
- Justificación de los derechos humanos, que en la década de 1990 dio especial atención a los derechos de la mujer, con especial atención sobre la salud reproductiva tanto de hombres como de mujeres, en la cual se incluyeron cuestiones de género.

Levine et al. (2006) enmarcan que las políticas para el control de la natalidad han sido muy importantes, pues han logrado disminuir las tasas de fecundidad en países en desarrollo, primordialmente en los últimos 50 años. Es así como el promedio que se tenía de 6 hijos por mujer, en 1950, para la década del 2000 disminuyó a 2.8 hijos por mujer. No obstante, según datos reportados por la Naciones Unidas (ONU) en el 2003, en al menos 49 países la tasa de fecundidad era de 5.46 hijos por mujer. Estas tasas varían según las distintas regiones. Por ejemplo, en Asia oriental y el Pacífico, la tasa era de 2.1; en Asia Central, América Latina y el Caribe, la tasa iba de 2.5 a 2.6; en el Medio Oriente, Norte de África y Asia meridional, la tasa en el 2001 era de 3.3 a 3.4; para África subsahariana, la tasa era de 5.2. Para el caso de México la tasa de

fecundidad del trienio 2011 a 2013 reportada por la ENADID 2014 fue de 2.21 hijos por mujer (INEGI & CONAPO, 2015).

3.4.2 Tipos de métodos anticonceptivos.

Para tener un panorama más amplio de los anticonceptivos, en los párrafos siguientes se brindará una breve descripción de los más usados.

3.4.2.1 Naturales.

Dentro de los métodos anticonceptivos usados desde hace mucho tiempo, se encuentran los métodos naturales que engloban a todos aquéllos en los que se considera la variación del ciclo menstrual de la mujer y que, además, no emplean ningún producto o fármaco; por lo tanto, se trata de programar el coito o interrumpirlo, pero a pesar de ello la probabilidad de embarazo es elevada. Las ventajas de estos métodos son que permiten un mayor conocimiento del cuerpo y brindan autonomía a terceros, pueden emplearse en cualquier momento y no es necesario un control médico. Algunas de las desventajas son la exigencia de una disciplina, la necesidad de ser diestro en su aplicación, la baja eficacia en su uso y el no ofrecer protección de infecciones de transmisión sexual (Calaf Alsina, 2005). Algunos de los más usados y conocidos son (Sánchez Raja, Honrubia Pérez & Chacón Sánchez, 2005):

- Método del ritmo: se basa en la abstinencia en los días fértiles, evitando el coito 48 horas antes de la ovulación y 24 horas después de ella. Para utilizar este método, el

ciclo menstrual debe ser regular; pero a pesar de que éste sea regular, la proporción de fallos oscila entre 15-47%.

- Lactancia materna o mela: consistente en el amamantamiento del bebé con leche materna cada 4 horas, con lo cual se garantiza la no ovulación. A pesar de ello tiene un alto índice de fallos si no se sigue adecuadamente, pues debe ser llevado a cabo de una forma muy escrupulosa, y por eso no se garantiza el no embarazo (en caso de seguir al pie de la letra las instrucciones la efectividad de este es de 98%).
- Coito interrumpido: es uno de los métodos más antiguos y consiste en la interrupción del coito eyaculando fuera de la vagina. Algunas de sus desventajas son que puede generar tensiones en el hombre y que no se da un coito completo, la efectividad de este es de 73%.

3.4.2.2 *Hormonales.*

Otros métodos que se han popularizado son los hormonales que impiden la ovulación, aumentan la consistencia del moco cervical y dificultan el paso de los espermatozoides. Dentro de sus ventajas, se presenta el hecho de que son seguros y brindan una alta efectividad si se emplean correctamente, además de regular el ciclo menstrual. Respecto a las desventajas, se presenta la necesidad de que el médico sea el que recomiende el método más conveniente para que no genere conflicto al consumir otro tipo de medicamentos; además, no ofrece protección de infecciones de transmisión sexual (Ruiz Salguero, Cabré Pla, Castro Martín & Solsona Pairo, 2005). Los métodos hormonales más usados y conocidos son (Gleicher, 2000; Matorras Weining,

Hernández Hernández & Molero Bayarri, 2008; Sánchez Raja et al., 2005; Uriza Gutiérrez, 2007):

- Píldora: es una pastilla que contiene estrógeno y progestágeno solo o combinado. Su consumo es mensual, por ciclos de 28 días. Entre sus ventajas se encuentra que mejora la dismenorrea, corrige los ciclos menstruales, mejora los ovarios poliquísticos y protege de cáncer endometrial y de tumores benignos mamarios; sus desventajas, que su utilización se ha asociado al riesgo de padecer tromboembolia venosa y arterial, accidentes cerebrovasculares, infartos, trastornos visuales y anomalías fetales cuando se emplean durante el embarazo.
- Inyectables: consiste en la aplicación intramuscular de una combinación de estrógeno y progestágeno. Su aplicación es mensual o trimestral. En cuanto a las ventajas y desventajas, se debe mencionar que si bien puede regularizar el ciclo menstrual, también es posible que lo altere, provocando manchados intermenstruales o amenorrea.
- Implantes subdérmicos: consiste en un pequeño palillo del tamaño de un cerillo que se inserta bajo la piel en el brazo de la mujer. El palillo contiene progestágeno, mismo que se libera lentamente. Ofrece una protección de hasta cinco años y es reversible. Su efectividad comienza 24 horas después de su inserción. Algunas de las son: cambios en el sangrado menstrual, dolor de cabeza, mareos, náuseas y la necesidad de supervisión médica para insertarlo.
- Anticoncepción de emergencia: conocida también como la píldora del día siguiente o poscoital. Consiste en una o dos dosis de levonorgestrel. Debe ingerirse antes de que hayan transcurrido 72 horas tras el coito sin protección. Algunas de sus

ventajas son que no altera el resultado de una prueba de embarazo y que puede consumirse en la lactancia. Por otro lado, se recomienda que su uso no sea repetido, pues se convierte en menos eficaz, altera los ciclos menstruales y puede ocasionar: náuseas, dolor abdominal, cansancio, dolor de cabeza, vómitos y sangrados.

- **Parche anticonceptivo:** consiste en un parche de 4.5 centímetros, con menos de un 1 mm de grosor. Libera diariamente hormonas que se absorben en la piel. La principal ventaja es que se aplica una vez a la semana. Sin embargo, puede provocar problemas gastrointestinales.
- **Anillo vaginal:** es un anillo flexible y transparente que se inserta en la vagina y contiene hormonas, las cuales se liberan poco a poco durante tres semanas; después de esto se retira. Es fácil de poner y quitar, y su contenido hormonal es menor al de una píldora. Sin embargo, este método no puede usarse en caso de que la mujer tenga problemas de circulación, sea diabética, tenga o haya tenido cáncer de mamá o cáncer cervico-uterino.

3.4.2.3 *De barrera.*

Los métodos de barrera son aquellos que implican un obstáculo para que el semen se ponga en contacto con la vagina o el cérvix. Algunas de las ventajas que ofrecen son que brindan una alta efectividad y son seguros cuando son empleados correctamente, y además son temporales. En cuanto a las desventajas, algunas están más inmersas en cuestiones de mitos, como el de considerar que disminuyen el placer; otra desventaja

es que no todos estos tipos de métodos ofrecen protección de infecciones de transmisión sexual. Los métodos de barrera más usados y conocidos son (Uriza Gutiérrez, 2007):

- Condón: es una funda de látex que cubre al pene erecto y que impide el paso de los espermatozoides a la vagina. Las principales ventajas de este método son que además de impedir la concepción, brinda protección contra infecciones venéreas; la mayor desventaja es que el mal uso del condón (el no colocarlo adecuadamente) puede provocar que se rompa durante el coito.
- Diafragma: es de un material parecido al caucho y tiene una forma de copa ancha. Es semirrígido, y su tamaño varía entre 50 y 150 mm. Las ventajas que ofrece son: no interfiere con el coito, pues puede ponerse antes de este; al usarse con jalea, provee de una lubricación adicional. Por otro lado, para que el diafragma funcione se requiere de un entrenamiento previo para su uso correcto, lo que puede disminuir su efectividad, además de aumentar las infecciones urinarias. Este método ya no está disponible en México.
- DIU: Es un dispositivo en forma de T que se inserta en el útero para evitar el embarazo. Algunos de estos dispositivos tienen una lámina de cobre que acidifica y crea un ambiente hostil para los espermatozoides y para los óvulos fecundados. Su ventaja es que con solo aplicarse una vez bajo supervisión médica, puede ofrecer protección contra el embarazo por tiempo prolongado. En cuanto a las desventajas, cabe mencionar que la aplicación incorrecta o la falta de revisión de este y, por consiguiente, no detectar que el dispositivo se ha movido es causa de pérdida de su eficacia; además, este dispositivo no protege contra infecciones venéreas.

3.4.2.4 *Quirúrgicos o definitivos.*

Respecto a la clasificación de los métodos anticonceptivos, falta mencionar los métodos definitivos, también conocidos como quirúrgicos permanentes o esterilización voluntaria. Éstos son los métodos preferidos en los países desarrollados, pues entre otras cosas tienen la ventaja de ser eficaces y representan la alternativa más viable para las parejas que ya no quieren más hijos, implicando una decisión única para no volver a concebir de forma natural. Se llevan a cabo en un solo momento, no requieren de un control posterior y su eficacia es muy alta; además, presentan complicaciones relativamente bajas (Lertxundi & Yañez, 2009; Urbadt & Bostiancic, 2007). Los métodos de este tipo son los siguientes:

- **Obstrucción tubaria bilateral (OTB):** es un método anticonceptivo permanente para el control de la natalidad, empleado en la mujer. Consiste en una oclusión bilateral de las trompas de Falopio. Es económico, fácil de realizar y con pocas molestias postoperatorias; tiene un alto grado de efectividad y posteriormente no requiere cuidados médicos adicionales. Por otro lado, pueden existir complicaciones en la operación; además, si bien es un proceso que puede ser reversible, su reversibilidad presenta muchas dificultades (Monroy, 2002; Urbadt et al., 2007).
- **Vasectomía:** es un procedimiento quirúrgico donde se bloquean los conductos deferentes. Es el método definitivo más eficaz, y sus ventajas son que brinda al hombre una anticoncepción permanente y no disminuye el placer ni el desempeño sexual. Sus desventajas son los efectos que podrían darse por complicaciones

quirúrgicas o por no seguir las indicaciones médicas (Bajo Arenas, 2009; Urbadt et al., 2007).

3.4.3 Actitudes hacia los anticonceptivos.

Las actitudes hacia el uso de los anticonceptivos son muy diversas, van desde una cuestión cultural, una religiosa (religiones como la católica, el islam, entre otras) y una de valores, hasta una cuestión económica. Ehsanpour, Mohammadifard, Shahidi y Nekouyi (2010) trabajaron con mujeres en relación a la deseabilidad del uso de algunos métodos anticonceptivos y encontraron que la mayoría de ellas tenían una actitud semideseable hacia el uso de la OTB y hacia la vasectomía, aunque esta última en mayor porcentaje. Es importante resaltar que en cuanto a las actitudes que estos autores investigaron, encontraron que las mujeres desearían mayormente usar la vasectomía que otros anticonceptivos como la píldora, condón, coito interrumpido, DIU y la OTB. Por lo anterior, los autores concluyeron que la actitud es un factor importante en la elección de un método anticonceptivo, por lo que debería ser un tema de gran importancia en la consultoría anticonceptiva.

Akin y Ozaydin (2005) encontraron en su estudio que casi la mitad de los hombres tienen una opinión desfavorable con respecto al papel de su esposa en el hogar y en la familia, así como hacia la aceptación del uso de métodos anticonceptivos. Lo anterior es un reflejo de la inequidad en la elección y uso de la anticoncepción. Así como el hombre tiene una opinión dominante en las decisiones familiares, esto puede extrapolarse a la

decisión de planificar la familia, donde ellos pueden asumir que usar métodos anticonceptivos restaría su autoridad como cabeza de la familia.

Como pudo apreciarse en este apartado, los métodos anticonceptivos van más allá de un simple método de planificación familiar, pues están permeados por intereses políticos, culturales, religiosos y sociales, que son de gran importancia tanto al elegir un anticonceptivo como al decidir si se usa o no alguno. En el último apartado se hace una revisión más amplia en cuanto a la vasectomía, que es el tema central de este trabajo, poniendo de manifiesto su historia, sus estadísticas, los mitos y creencias en torno a ella, así como las actitudes que están alrededor de la decisión de usar este método anticonceptivo permanente.

4. Vasectomía

Entre 1920 y 1940, la vasectomía fue denominada como *operación Steinach* como medio de rejuvenecimiento quirúrgico masculino. Es en el siglo XX cuando la vasectomía se emplea como medio de planificación familiar; en la década de 1950, se promueve primordialmente en países en desarrollo de Asia, donde tan sólo en la ciudad Kochi de la India, se llevaron a cabo 60 mil vasectomías en un mes (Krischel & Moll, 2011).

Con el tiempo, la técnica de la vasectomía ha evolucionado, pues en un principio, era necesario hacer un procedimiento quirúrgico. Posteriormente se recurrió a un método creado en China por el Dr. Li Shuguang, denominado vasectomía sin bisturí, que pretendía reducir el temor de los hombres ante este procedimiento; gracias a este método, tan solo en China, desde 1974, 10 millones de hombres se han realizado la vasectomía sin bisturí. Esta técnica estuvo disponible hasta el 2007 en más de 40 países (Xiaozhang, 2008; 2009).

Otra cuestión importante es que en la década de los cincuenta y sesenta, la vasectomía fue muy popular en Estados Unidos y Europa puesto que se difundió una campaña en la cual era difundida la responsabilidad masculina en la planificación familiar, para entonces y al ser exitosa, en 1970 se estableció el primer programa de vasectomías en Colombia y Estados Unidos (Córdoba & Sapién, 2013).

La vasectomía no ha sido el método anticonceptivo preferido de los mexicanos, en tanto de 1980 a 1988, el IMSS llevó a cabo menos de 5 000 vasectomías por año,

situación que generó que para 1989 esta institución lanzara un programa para abrir un centro que capacitara en la realización de vasectomías sin bisturí en cada estado del país, por medio de lo anterior, para el año 1994 se contaba ya con 44 centros y 116 médicos capacitados en esta técnica así como 93 clínicas ambulatorias que ofrecían esta opción, lo que permitió aumentar un poco el número de vasectomías. Para el año 1993, la relación de esterilizaciones femeninas con respecto a las vasectomías fue de 10:1, cuestión muy diferente en 1989 donde era de 21:1 (Vernon, 1996).

Sin duda la complejidad de la promoción de la vasectomía ha generado que los prestadores de servicios de salud promuevan este método anticonceptivo de formas curiosas donde se reforzaban desigualdades entre los género. Ejemplo de ello fue un antiguo programa de planificación familiar en México donde se mencionaba que si era tan macho, planificara su familia o en Zimbabwe donde se mencionaba que el hombre tenía el control. Estos ejemplos invitan a la participación del hombre en la anticoncepción pero reforzando valores masculinos tradicionales y la inequidad de poder con su pareja (de Keijzer, 2003c).

Por otra parte, algunos autores sostienen que la esterilización masculina es más segura, menos invasiva, menos costosa y más efectiva en comparación con la femenina. Sin embargo, la segunda es más común que la primera en todo el mundo (Crooks & Baur, 2000; Shih, Turok & Parker, 2011; Shih, Dubé & Dehlendorf, 2013). Haciendo una comparación entre ambas, los cuidados postoperatorios son menores en los hombres e implican menores riesgos en la cirugía. El mecanismo de acción de la vasectomía consiste en que el esperma generado en los testículos no se mezcle con el

semen; esta acción se logra después de algunos meses posteriores a la operación, por lo cual en este tiempo se requiere de un método anticonceptivo adicional.

Rajmil (2005) refiere una serie de respuestas ante el cuestionamiento de por qué los métodos anticonceptivos masculinos no son populares. Menciona que tiene que ver con el conocimiento de los problemas sexuales que han aquejado a los hombres hasta hace poco tiempo, cuestiones culturales que exaltan la virilidad del hombre y su capacidad reproductiva, dificultades para la experimentación clínica para probar nuevos anticonceptivos, la facilidad para frenar la ovulación y la dificultad para frenar la producción de millones de gametos que produce el hombre diariamente. En concordancia con esto, existen estudios en fase preclínica sobre anticoncepción masculina que han enfrentado como principal dificultad la actitud del hombre para asumir su responsabilidad en la planificación familiar, actitud por la cual él deja este papel a su pareja.

4.1 Prevalencia.

4.1.1 *Datos en el mundo.*

La esterilización en general constituye un tercio de toda la práctica anticonceptiva. Datos que ofrece la OMS reportados en el 2002, 187 millones de mujeres en el mundo se habían realizado la OTB. Para el caso de la vasectomía, es un método que fue elegido por entre 40 y 50 millones de hombres en el mundo, lo cual representa el 8% de las parejas en el mundo en edad reproductiva. La vasectomía ocupa el cuarto lugar en

popularidad, después de la OTB, el DIU, los anticonceptivos orales y el condón (Levine et al., 2006). Datos de las Naciones Unidas (ONU) revelan que en las regiones desarrolladas, la esterilización femenina es 2/3 más común que la vasectomía, mientras que en las regiones en desarrollo, la OTB es diez veces más usada (ONU, 2013). En México, OTB es 15 veces más empleada que la vasectomía (ONU, 2014), y en Veracruz, solo hay 3.5 vasectomías por cada 100 OTB (SESVER, 2012).

Según los datos de la ONU del 2005, 262 millones de mujeres en edad fértil han decidido usar la esterilización como método anticonceptivo, de los cuales, 225 millones prefirieron la OTB (94.4%), y 37 millones, la vasectomía (5.6%) (Xiaozhang, 2008; 2009). Lertxundi y Yañez (2009), por su parte, refieren que la vasectomía es un método utilizado por más de 60 millones de personas en el mundo, muy popular en países desarrollados, primordialmente en China. En algunos países desarrollados las cifras de la vasectomía sobrepasan a la OTB (Ashford, 2009).

4.1.2 Datos en México.

Ahora bien, en cuanto las estadísticas en México, según los datos contenidos en la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009*, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), los métodos anticonceptivos definitivos representan el 53.2% de los métodos empleados (50.1% y 3.1%, OTB y vasectomía, respectivamente, reportados en mujeres de entre 15-49 años). El 13.6% de las personas encuestadas usan los métodos hormonales; el 26.1%, no hormonales; y el 7%, métodos tradicionales. Los métodos definitivos son

usados en mayor proporción (más del 55%) en estados como Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Tabasco y Campeche, en comparación con el DF, región Centro Occidente y la región Centro Norte, donde el porcentaje de uso se ubica entre 37 a 43.2% (INEGI & CONAPO, 2011).

La información que ofrece el IMSS (2015), en cuanto a la OTB y la vasectomía según el régimen ordinario e IMSS-Oportunidades, en datos para el año 2013, reporta que a nivel nacional los aceptantes de métodos definitivos fueron 168 810 usuarios, y para el estado de Veracruz, 9 272. Respecto a los aceptantes de vasectomía a nivel nacional, se reportaron 18 484, contra 150 326 aceptantes de OTB; para el caso del estado de Veracruz, 565 usuarios se practicaron la vasectomía contra 8 707 que optaron por la OTB. Es importante destacar que en el historial de usuarios que se han esterilizado, hay fluctuaciones en los años, tendiendo más hacia la baja para el caso de la vasectomía.

En cuanto a los datos que ofrece el ISSSTE (2015), sobre el año 2013 los aceptantes de métodos anticonceptivos definitivos fueron 10 135 usuarios y para el estado de Veracruz 504. Referente a la elección de método definitivo, a nivel nacional 1 707 optaron por la vasectomía contra 8 428 que eligieron la OTB; para el caso del estado de Veracruz, 41 se decidieron por la vasectomía, contra 463 que prefirieron la OTB. Al igual que los datos del IMSS, el historial de usuarios que se esterilizaron es fluctuante y tendiendo más hacia la baja para la vasectomía en comparación con la OTB.

Para el caso de la entidad veracruzana, los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) ofrecen datos relevantes del 2009. La participación del hombre (para realizarse la vasectomía) a nivel nacional es de 42.5%, y a nivel estatal dicha participación se ubica en un 20.7%, valorado como precario, considerando que para construir este indicador se debe tomar en cuenta que por cada 100 OTB debieran realizarse 12 vasectomías (R. Barradas Viveros, comunicación personal, noviembre 2012). Por lo anterior, puede comprenderse que tan solo en el estado, para el 2011 se habían realizado 12 689 OTB y 450 vasectomías, ocupando este estado el primer lugar en cuanto al uso de OTB. Para el trimestre de enero-marzo de 2012, el indicador de la participación del hombre en el estado de Veracruz fue de 6.4%, considerando que se habían realizado 194 vasectomías y 3 020 OTB (SESVER, 2012).

Sin duda alguna, los datos a nivel nacional y estatal evidencian números mayores para la OTB en comparación con la vasectomía, a pesar de las campañas que se llevan a cabo promoviendo esta última y enfatizando que es un medio más económico, confiable, seguro y rápido en cuanto a la planificación familiar permanente.

4.1.3 Comparación con la OTB.

Pile y Barone (2009) refieren que según datos de Naciones Unidas, existe una brecha importante, con respecto a cifras de hombres que se realizan la vasectomía, entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados. Por ejemplo, la vasectomía es un método más común que la OTB en Bhután (8 veces más común), Canadá (2 veces más común), Países Bajos (2 veces más común), Nueva Zelanda (un tercio de veces más

común) e Inglaterra (3 veces más común). Los datos anteriores pudieran reflejar que en los países menos desarrollados se tiene una idea arraigada de que la anticoncepción es una cuestión exclusiva de las mujeres.

Por el hecho de que en la OTB el efecto de esterilización es inmediato (a diferencia de la vasectomía), no es de extrañar que se siga haciendo con mayor frecuencia la OTB, a pesar de que el procedimiento de la vasectomía es menos invasivo y con menor riesgo quirúrgico (Shih, Turok & Parker, 2011).

4.2 Factores psicosociales en torno a la vasectomía.

El poco o nulo involucramiento de los hombres dentro de la anticoncepción está influido por diversas creencias y actitudes negativas hacia los anticonceptivos, primordialmente hacia la vasectomía. Lo anterior puede tener un sustento cultural como el machismo y la influencia religiosa.

Según lo descrito por Liskin, Beoit y Blackburn en 1992, la vasectomía es uno de los métodos menos conocidos y por lo tanto menos utilizado, pero es importante en países desarrollados como Estados Unidos, Nueva Zelanda, Australia, Gran Bretaña, Canadá y los Países Bajos, así como en países en desarrollo como China, India y Corea del Sur. En América Latina y Medio Oriente, a pesar de la gran influencia cultural y el temor a perder su masculinidad, con información adecuada, los hombres eligen la vasectomía como método anticonceptivo, aunque en menor proporción (como se citó en García Moreno & Solano Sainos, 2005).

García Moreno et al. (2005), en su investigación de corte cualitativo realizada con hombres rurales, encontraron que los que rechazaron la vasectomía eran aquéllos que consideraban que la anticoncepción era cosa de mujeres. Una preocupación importante en torno a la vasectomía va de la mano con el desempeño sexual posterior al procedimiento, puesto que los hombres que rechazaron las vasectomía destacaron que existiría una baja en la libido, disfunción eréctil y baja en la potencia; estos temores se alimentaban al desconocer las características de la operación, pues ésta se equiparaba a mutilación o castración. En cuanto a las características de los hombres que aceptaron la vasectomía, éstas fueron que la mayoría tenía los hijos que deseaba, en promedio de 4.7 hijos; el 85% contaba con escolaridad de secundaria o menos; la fuente principal de información provino del sector salud, pero ellos no contaban con información completa o suficiente; el tiempo de decisión fue de un año; dos terceras partes participaba en acciones de planificación familiar, entre las cuales el 15% empleaba métodos naturales; el desempeño sexual posterior a la vasectomía se reportó como igual o mejor, por lo que nueve de cada diez recomendarían este método, y si no lo hicieran, sería por una cuestión que afecte su imagen social.

Por otro lado, en un estudio realizado en Nigeria con ginecólogos residentes que brindan asesoría sobre la planificación familiar, se encontró que la mayoría de los médicos tenían un buen conocimiento respecto a la vasectomía; no obstante, la quinta parte de ellos consideraban que los hombres nigerianos no aceptarían la vasectomía como un método viable, pues pensaban que la OTB era la opción más adecuada como método permanente. El 41.3% de los médicos recomendaría la vasectomía como un método definitivo, pero el porcentaje de los médicos que no recomendaría esta opción

daban como razones la cultura, la religión (13.1%), cuestiones psicológicas (41%) y otras más que no especificaron (24.6%). Los autores resaltan que un médico que esté sesgado contra el uso de la vasectomía a nivel personal puede transferir consciente o inconscientemente sus prejuicios a los usuarios (Ebeigbe, Igberase & Eigbefoh, 2011).

El estudio anterior destaca la importancia que tiene el personal sanitario en la decisión que tomen las parejas con respecto a la mejor opción anticonceptiva, así como la influencia que ellos mismos tienen para recomendar una opción más que otra; esto, por supuesto, tiene que ver con sus propias creencias, mitos y cultura.

Ahora bien, la decisión de hacerse la vasectomía puede deberse a múltiples factores; por ejemplo, Untiveros Mayorga y Mauricio Pachas (2004) refieren que en un 86% de los casos, la decisión se tomó en conjunto con su pareja, mientras que en un 14%, la decisión fue personal; el 30% que decidieron practicarse este procedimiento tenían un nivel aceptable de conocimientos con respecto a la vasectomía; el 68%, un nivel bueno; y el 2%, un nivel regular. Una cuestión importante en este estudio es que indica que el 84% de los usuarios reportaron no haber tenido algún temor, mientras que los que sí mencionaron haber tenido algún temor aludieron a una disminución de la función sexual, dolor y posible infección.

Otro factor importante a considerar es el nivel socioeconómico. La mayoría de los investigadores que han estudiado esta variable relacionada con la vasectomía han encontrado que los hombres con educación superior y mayores ingresos tienen una mayor prevalencia en el uso de este método anticonceptivo que los menos educados (Anderson, Jamieson, Warner, Kissin, Nangia & Macaluso, 2012; Anderson, Warner,

Jamieson, Kissin, Nangia & Macaluso, 2010; Pile & Barone, 2009). Sin embargo, otros estudios no han encontrado una clara relación entre el nivel educativo y la aceptación de la vasectomía (Ezegwui & Enwereji, 2009; Vega-Briones & Jaramillo-Carmona, 2010).

Anderson, Jamieson, Warner, Kissin, Nangia y Macaluso (2012) encontraron en su investigación en Estados Unidos, que es más probable que la esterilización (vasectomía y la OTB) se de en parejas mayores y con más de dos hijos; la vasectomía está más asociada con hombres con ingresos altos, no hispanos y de raza blanca.

En México, así como en otros países de América Latina, el perfil del hombre que se vasectomiza es: tener un nivel educativo más alto que el promedio nacional, estar en la década de los 30 años o más, tener tres hijos o menos, vivir en una zona urbana, y haber utilizado otros métodos anticonceptivos antes de elegir la vasectomía (Pile et al., 2009).

Ahora bien, la opinión de las mujeres que son pareja de un hombre vasectomizado permite conocer la vivencia que se tiene con respecto a este procedimiento que está inmerso en vastos factores socioculturales. En este sentido, Córdoba Basurto, Mercado Sánchez y Sapién López (2010) resaltan que las principales quejas por la vasectomía reportadas por sus parejas tienen que ver con: dolor durante la intervención y recuperación en casa; inflamación; molestia por ser intervenido por una mujer y no un hombre; arrepentimiento de la intervención debido a limitaciones temporales por el dolor como no poder caminar, manejar y cargar cosas pesadas. Los hombres emplearon

estrategias para ocultar la intervención como ocupar periodos vacacionales o días de descanso, para no exhibir un justificante médico, o bien no comentarlo.

Las mujeres mencionaron que el que sus parejas se practicasen este método las hacía sentirse queridas y contentas, pues ellos ya no tendrán la posibilidad de tener más hijos en caso de separación. Las opiniones que ellas reportan de este procedimiento son que existe mayor placer para ambas partes y se mejora la frecuencia de las relaciones porque ya no existe el temor del embarazo, que ellas no tienen que consumir anticonceptivos y, por lo tanto, es un apoyo en el control de la natalidad, un apoyo que es una muestra de la valentía y responsabilidad de sus parejas, además de una forma de demostrar que no son machistas, idea que ha sido identificada en otros estudios con hombres vasectomizados (Terry & Braun, 2011a); sin embargo, además reportan que la vasectomía también favorece las relaciones extramaritales.

4.2.1 Creencias y actitudes hacia la vasectomía.

En torno a la vasectomía giran una serie de malentendidos que se han conservado a pesar de los esfuerzos de las campañas de salud para promover el uso de este anticonceptivo. Estos malentendidos se han preservado e incluso cimentado gracias a que se transmiten de persona a persona, y se basan en suposiciones de lo que puede ocurrirles a quienes se han sometido a este procedimiento.

A pesar de los aspectos positivos de la vasectomía mencionados en el apartado anterior, otros hombres piensan que una razón para aceptar la vasectomía es que

facilita aventuras pasajeras, lo que revela mucho acerca de los patrones de las relaciones de género y las desigualdades subyacentes (Gutmann, 2005).

La falta de información, los malentendidos y rumores acerca de la vasectomía también contribuyen a la renuencia de muchas personas para seleccionarla. Algunos hombres han declarado tener miedo de las posibles consecuencias negativas en la salud de las que han oído hablar, como el cáncer, la debilidad física, incapacidad para orinar, la acumulación de semen en el cuerpo con efectos negativos, pérdida o aumento de peso, vida sexual insatisfactoria, dolor abdominal y pérdida de vello corporal (Bunce, Huésped, Devastación, Frajzyngier, Riwa, Kanama & Achwal, 2007; Ezegwui et al., 2009). Otro efecto negativo de la vasectomía, según algunas personas, es que produce cambios en la personalidad (Ezegwui et al., 2009).

En México, los hombres y las mujeres han asociado la vasectomía con pérdida de la virilidad y la potencia sexual (Vega-Briones et al., 2010), y varios hombres han expresado que al realizarse la vasectomía nunca más volverían a tener relaciones sexuales con una mujer (Gutmann, 2005). Incluso en los países desarrollados como Inglaterra y EE.UU., también hay hombres que relacionan la vasectomía con disminución de la libido, la potencia sexual y la virilidad (Amor, Rogstad, Tindall, Moore, Giles & Harvey, 2008; Young et al., 2010).

A pesar de lo anterior, Oliva Malagón, Hernández Garduño, Garduño Areizaga y Calzada Sánchez (2011) señalan que con la vasectomía no se dan alteraciones ni en la fisiología testicular ni en la función endocrina. En términos generales, no existen variaciones y, por ende, no existen riesgos de enfermedad cardiovascular, problemas

con la próstata ni cáncer. Desde el punto de vista de los hombres que se han practicado este procedimiento, éste no disminuye la potencia y apetito sexual, sino todo lo contrario; y esta situación está muy relacionada con la disminución de la ansiedad de un embarazo.

Arratia-Maqueo, Cortés-González, Garza-Cortés y Gómez-Guerra (2010) refieren dentro de sus hallazgos que si bien la ansiedad hacia la vasectomía es menor, algunos pacientes la experimentan. Esta ansiedad tiene que ver con la idea de que cualquier procedimiento relacionado con los genitales es una amenaza para la función sexual y puede ser similar a la castración.

Por otro lado, Sandlow, Westefeld, Maple y Scheel (2001) indican que por lo regular las investigaciones realizadas respecto a la vasectomía se basan en su pertinencia y resultados, dejando de lado las implicaciones psicológicas de este procedimiento. Si bien, la gran mayoría de los hombres reporta buenos resultados de la vasectomía, algunos experimentan dificultades para adaptarse a su nueva situación.

Por lo anterior, algunas de las cuestiones que pueden dificultar en los hombres la adaptación a la vasectomía son referentes al remordimiento por ya no tener hijos, el sentirse menos hombres y las complicaciones postcirugía además del dolor. Otras cuestiones que podrían entorpecer este acomodo son la comunicación entre la pareja, preocupación por la disminución de la libido y factores religiosos y culturales (Sandlow et al., 2001).

Algunos hombres no aceptan la vasectomía debido al temor de que socave su autoridad como cabeza de la familia (Mistik, Naçar, Mazicioğlu & Çetinkaya, 2003).

También, hay personas que no están de acuerdo con la vasectomía porque piensan que la anticoncepción es responsabilidad exclusiva de las mujeres (Ezegwui et al., 2009; Vega-Briones et al., 2010; Young, Nguyen, Weiss-Laxer, Sigman & Nolan, 2010). En Turquía, por ejemplo, la gente considera que el uso de anticonceptivos es un deber propio de la mujer, a menos que el marido decida utilizar uno de estos métodos (Akin & Ozaydin, 2005).

Por otro lado, en un estudio realizado en Nicaragua, algunos hombres afirmaron que la vasectomía afecta su carácter, haciéndolos "como una mujer", y además reportaron el temor de que la vasectomía afecte su masculinidad (Sternberg, 2000). En otro estudio reciente, realizado en Ghana, se encontró que la gente cree que un hombre que se somete a la vasectomía es una "mujer" o está "bajo el control" de su esposa; por lo tanto, los hombres rechazan la vasectomía, ya que no están dispuestos a perder su autoridad ante las mujeres ni de sus pares masculinos. Así pues, se piensa que el procedimiento es una forma de castración y que afecta negativamente la función sexual de los hombres. Estas creencias han llevado a una estigmatización de la vasectomía, y a los hombres que se la han practicado, a mantenerla en secreto. En el mismo estudio, se encontró que las mujeres también desapruaban la vasectomía, porque se percibe como algo que puede hacer a un hombre débil e incapaz de ofrecer una gratificación sexual a una mujer (Adongo, Tapsoba, Phillips, Teg-Nefaah, Piedra, Kuffour, et al., 2014).

En su investigación en Irán, Keramat, Zarei y Arabi (2011) encontraron que las mujeres que utilizaban métodos no permanentes no estaban de acuerdo en usar uno permanente como la vasectomía, pues un 88.44% eligieron la OTB, al suponer que sus

parejas preferían que ellas fueran las que eligieran un método definitivo. Dentro de los resultados, las parejas que habían optado por la vasectomía tenían un nivel de escolaridad mayor, eran más jóvenes, tenían menos hijos y contaban con mayores ingresos que los que optaron por la OTB. Una cuestión importante que señalan estos autores es que el 35% de las mujeres que dijeron que su pareja se realizó la vasectomía preferían que se ocultara que su esposo se había practicado este método.

Vega-Briones y Jaramillo-Cardona (2010) reportan en su investigación realizada en la ciudad de Tijuana que los hombres consideran que los métodos anticonceptivos son asunto de mujeres. En esta línea, los hombres consideran que es más fácil realizar la OTB que la vasectomía, siendo que la primera no tiene consecuencias para ellas como las tendría la vasectomía para ellos, pues a nivel sexual perderían potencia. Algunos hombres de la investigación mencionaron que estarían dispuestos a realizarse la vasectomía para que sus parejas no pusieran en riesgo su vida.

En cuanto a las opiniones de quienes deben usar métodos anticonceptivos, primordialmente los definitivos, las mujeres señalaron que era poco justo que los hombres tuvieran que optar por la vasectomía, y los hombres complementaron esta idea señalando que la OTB es más sencilla que la vasectomía (Vega-Briones et al., 2010).

Terry y Braun (2011b), en su estudio cualitativo realizado en Nueva Zelanda, reportan que todos los hombres entrevistados hablan de asumir su responsabilidad al decidir practicarse la vasectomía; no obstante, fuera de ver este acto como igualitario, en muchas ocasiones fue citado como un acto heroico. La vasectomía es vista por

algunos de los participantes como un acto de valor masculino, que se hace para proteger a su pareja de la pérdida de bienestar y es la oportunidad real de ser responsables de la planificación familiar. Los hombres que se practicaron la vasectomía bajo las premisas anteriores se vieron como igualitarios, responsables y solidarios con su pareja.

Terry y Braun (2011b) citan a Hochschild en su estudio, pues esta autora denomina *la economía de la gratitud* (término referido anteriormente), que no es más que el agradecimiento que se espera al realizar actividades que están fuera de los límites del género, considerando al hogar como referencia; por lo que para guardar un equilibrio, se esperaría una recompensa al sobrepasar dichos límites. En esta situación a pesar del igualitarismo, pueden existir ciertos arreglos tradicionales explícitos.

En el trabajo llevado a cabo por Terry y Braun (2011b), se halló que el acto de practicarse una vasectomía era visto como un acto fuera de la norma, muy diferente, por ejemplo, al uso de las pastillas anticonceptivas; por ello, la vasectomía es una forma de protección masculina a sus frágiles parejas, lo que recuerda a la citada economía de la gratitud.

Como pudo apreciarse, existen diversos comentarios, conductas y sentimientos con respecto a la vasectomía que pueden influir sobre la decisión de practicarla o no practicarla. De ahí que el último apartado está destinado a abordar lo que los autores señalan con referencia a la decisión de hacerse la vasectomía.

4.2.2 La decisión de hacerse la vasectomía.

Amor, Rogstad, Tindall, Moore, Giles y Harvey (2008) destacan en su investigación en Estados Unidos que la decisión de los hombres de practicarse la vasectomía está influida por su rol masculino, la expectativa de esta operación, su virilidad y la opinión de sus compañeros. De este modo, dichos hombres tuvieron que evitar los tabús alrededor de esta operación tales como los problemas sexuales y emocionales de los que se enteraron por rumores.

En los hombres, la elección de practicarse una vasectomía está acompañada por ansiedad y temor a la cirugía, así como a que su libido disminuya o que manifiesten impotencia. Sin embargo, la ansiedad y el temor pueden disminuir si ellos cuentan con apoyo social. En este caso, el hombre incluso podría visualizar el hecho de practicársela como un acto de valentía (Amor et al., 2008).

Otro de los factores que influyeron en los hombres para decidir practicarse la vasectomía tiene que ver con el compromiso con su pareja, así como la presión que ejerce ésta y la forma de cómo el hombre la percibe al verla como un ser frágil y con necesidad de protección que él le puede dar, además de que con este acto él es responsable con su familia. Otras cuestiones que se relacionan con la elección de la vasectomía tienen que ver con la economía, aversión a otros métodos anticonceptivos y la satisfacción de paridad (Amor et al., 2008).

Algunos de los que rechazaban la vasectomía lo hacían al pensar que la esterilización o los métodos permanentes son solo para mujeres, y que la vasectomía, al no ser reversible puede perder su popularidad. En el caso de los aceptantes de este

procedimiento, la aceptación del mismo se relacionó más con la insatisfacción de los métodos anticonceptivos que usaban, la influencia de la pareja y la de los hombres que ya se la habían practicado y las dificultades económicas (Ezegwui et al., 2009).

En países en desarrollo como Nigeria, la aceptación de la vasectomía debe estar acompañada de comunicación interpersonal y consejería, pues la educación por sí sola no aumenta su aceptación. De igual forma, por lo menos de acuerdo a este estudio, es necesaria su disponibilidad en los proveedores de servicios sanitarios y como opción en cuanto a los programas de planificación familiar (Ezegwui et al., 2009).

Otra de las situaciones que Ezegwui et al. (2009) encontraron, es que más de la mitad de los encuestados hacían alusión a que los hombres que se practican la vasectomía lo lamentarían en un futuro, pues podrían sufrir una vida sexualidad insatisfactoria, promiscuidad de su pareja, y podrían desear un nuevo matrimonio y más hijos en caso de separación o muerte de su esposa. De igual forma, al borrar este escenario, más de la mitad de los hombres indicaron que no se realizarían este procedimiento; de los pocos que dijeron que sí se lo practicarían, casi tres cuartas partes refirieron que se la practicarían solo si la decisión era tomada en conjunto con su pareja.

Por otro lado, los hombres que se practican la vasectomía tienen un perfil específico, por lo menos en América Latina (Brasil, Colombia y México). Este perfil es el de una persona en la mitad de sus 30 años, con un nivel educativo superior que la media nacional, con un promedio de tres hijos o menos, habitante de la zona urbana y con historial de haber usado algún otro tipo de métodos anticonceptivos (Pile & Barone,

2009). En contraste a lo anterior, Ezegwui et al. (2009) encontraron en su estudio realizado en Nigeria que el aumento en la escolaridad no significaba una mayor aceptación de la vasectomía.

Chankapa, Pal y Tsering (2010), realizaron un estudio en India y encontraron que el método más usado fue el de los anticonceptivos orales, seguidos de la OTB, DIU, condones y, en un porcentaje muy bajo, la vasectomía. En cuanto a la aceptación de la vasectomía, los autores refieren que tanto en hombres como en mujeres existen malentendidos con respecto a este procedimiento, incluyendo temor a afectaciones a nivel sexual al practicarla.

Lara-Ricalde, Velázquez-Ramírez y Reyes-Muñoz (2010) refieren algunas características de los usuarios que acuden al Instituto Nacional de Perinatología (INPer) en México: estos hombres tenían alrededor de cuarenta años; tenían un nivel educativo mayor al bachillerato; eran casados; trabajaban por su cuenta; uno de cada tres eran profesionistas; el nivel socioeconómico predominante fue de medio alto a muy alto; todos los hombres reportaron un hijo, y el 61% dijo tener dos. En un 91 %, el método anticonceptivo antecedente a la vasectomía fue el condón.

Dentro de las características sociodemográficas de los hombres que optan por la vasectomía en México según Oliva Malagón et al. (2011) son la edad del hombre, tiempo de vida marital, número de hijos, edad de los hijos, edad del hijo menor, paternidad satisfecha, economía familiar y la utilización de métodos anticonceptivos. Por lo anterior, estos autores manifiestan en su estudio que aquellos que optaron por la vasectomía sin bisturí son jóvenes que deseaban una familia pequeña, tenían un nivel

de instrucción igual al de su pareja (escolaridad media y profesional) y contaban con un ingreso medio.

Terry y Braun en su estudio en Nueva Zelanda encontraron que, la decisión de practicarse la vasectomía fue vista como una opción de hacerse responsables a pesar de no existir muchos métodos anticonceptivos para ellos. Una vez que los participantes de su estudio hablaron de que había una satisfacción de paridad, ellos tardaron de 1 a 2 años en decidir realizarse la vasectomía; es decir, la práctica de este procedimiento no ocurrió de inmediato. Esta tardía decisión tendría que ver con más factores, por ejemplo, en caso de nuevo matrimonio, ya no podrían tener hijos biológicos. Y esta idea de pérdida de fertilidad en caso de un nuevo enlace dejaba entrever en algunos participantes un acto de sacrificio (Terry & Braun, 2011b).

Siguiendo a Terry y Braun (2011a) en su estudio centrado en conocer las experiencias que tuvieron los hombres vasectomizados, hay que resaltar que los participantes relacionaban la vasectomía como una expresión positiva de asumir la responsabilidad, así, esta sería una característica que podría verse como una masculinidad idealizada de estos hombres. Otra forma de ver la vasectomía es como un signo de compromiso con la pareja al demostrar que es una relación para toda la vida; no obstante, también encontraron esta acción en algunos hombres como un sacrificio. Otro aspecto mencionado por los participantes de ese estudio, es que, para compartir la carga anticonceptiva y reproductiva, lo justo es que ellos se practiquen la vasectomía, por lo que ésta acción no solo refleja una oportunidad de hacerse participe de estas decisiones, sino es también un reflejo de las cualidades de los hombres que se las realizan, al evidenciar que este procedimiento debiera ser una inversión natural, donde

después que decidieron ya no tener más hijos, ellos tomen las riendas de la responsabilidad reproductiva.

Los hombres de este estudio ven su acción (hacerse la vasectomía) como algo único y valioso en relación con su estilo de vida, como algo que no es tan común en comparación con lo que les rodea, como una forma diferente de masculinidad. Otra cuestión que resaltan estos investigadores con respecto a la decisión de practicarse la vasectomía es que por medio de la protección y el control de la natalidad, los hombres pueden tener la certeza de no ser sorprendidos por la idea de un embarazo no planeado (Terry & Braun, 2011a).

Justificación y planteamiento del problema

Dentro de la variedad de métodos anticonceptivos, los quirúrgicos o definitivos (OTB y vasectomía) se destacan por ser eficaces cuando ya no se desean más hijos, y por los beneficios para el gasto público. Estos métodos representan un tercio de toda la práctica anticonceptiva (Levine, Langer, Birdsall, Matheny, Wright & Bayer, 2006); datos de las Naciones Unidas (ONU) revelan que en las regiones desarrolladas la esterilización femenina es dos tercios más común que la vasectomía, mientras que en las regiones en desarrollo la OTB es diez veces más usada (ONU, 2013). En México, la OTB es 15 veces más empleada que la vasectomía (ONU, 2014).

En la misma línea, las cifras del uso de anticonceptivos definitivos sitúan al estado de Veracruz con 12 689 OTB y 450 vasectomías en el 2011 (3.5 vasectomías por cada 100 OTBs). En una evaluación de estos datos realizada por la dependencia Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), se indica que el uso de la vasectomía es precario con respecto al indicador nacional (SESVER, 2012).

La evidente casi nula participación del hombre en la planificación familiar puede estar relacionada a las creencias y actitudes que tienen las personas ante los métodos anticonceptivos y, primordialmente, ante la vasectomía como método definitivo; pues las creencias y actitudes dirigidas a ésta están permeadas además por toda una cultura, misma que es importante conocer para poder entender y generar propuestas funcionales que en verdad apoyen y promuevan la equidad de género en la salud reproductiva.

Lo antes descrito ocupa la atención de políticas públicas dedicadas a la planificación familiar. No obstante, la atención no debe prestarse únicamente a números, sino a la forma de conducción de estas políticas, pues se deja solo a las mujeres la responsabilidad de la planificación familiar.

Socialmente, los hombres son representados de diversas formas, tales como: sexo fuerte, proveedor de la familia, ubicado en lo público, que no está subordinado, dominante y poderoso. Estas representaciones también han contribuido con lo que se conoce como *machismo*, que otorga al género masculino la posibilidad de decidir sobre y por las mujeres, mismas que están subordinadas, desprotegidas e incluso ubicadas en lo privado (Rocha Sánchez, 2008).

La cultura influye de forma importante sobre las actitudes que los hombres muestran hacia las mujeres, de ahí que estas actitudes puedan ser positivas o negativas. En este sentido, Glick y Fiske, en 1996, propusieron el constructo *sexismo ambivalente*, al observar actitudes del hombre hacia la mujer ubicadas en los extremos. De acuerdo a este constructo, el sexismo puede ir desde la hostilidad, y estar de la mano con un prejuicio sexista, hasta ser benévolo, exaltando a la mujer pero sin dejar de verla como ser débil, por lo tanto el hombre será superior y necesario en la vida de una mujer (Cruz, Zempoaltecatl & Correa, 2005).

Este tipo de actitudes que toma el hombre pueden estar inmersas en varias áreas, desde su trato cotidiano hasta cuestiones sutiles como lo relacionado a la intimidad de la pareja, donde el hombre podría tornarse hostil en su trato, o complaciente al pensar que su pareja es tan débil que necesita de su protección. Esta situación también está

relacionada con otro constructo no menos importante, la *ideología del rol del género*, la cual está permeada por estereotipos delimitados por creencias y significados sobre lo que es ser hombre (dominante) y mujer (sumisa), y lo relacionado al género (masculino/femenino) (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).

Por lo anterior, se rescatan las variables de sexismo ambivalente, ideología de rol de género en el matrimonio, sexo y escolaridad, ya que podrían tener una implicación importante en las actitudes hacia vasectomía primordialmente en los que podrían ser los potenciales usuarios de este método, ya que los que decidieron realizársela, podrían estar influidos por otras variables, tales como satisfacción de la paridad, radicar en un país desarrollado, autoconcepto, relaciones de pareja, entre otras.

Con base en lo anterior, se plantea la siguiente pregunta: ¿Las actitudes que tienen los hombres y las mujeres de diferentes escolaridades hacia la vasectomía guardan una relación con la ideología de rol de género en el matrimonio y el sexismo ambivalente? Para contestar esta pregunta se plantearon los siguientes objetivos.

Objetivos

General

- Analizar las actitudes hacia la vasectomía, así como la relación que guardan éstas con la ideología de rol de género en el matrimonio y el sexismo ambivalente.

Específicos

- Conocer las actitudes hacia la vasectomía en personas adultas.
- Explorar la ideología de rol de género en el matrimonio en personas adultas.
- Explorar el nivel de sexismo ambivalente en personas adultas.
- Identificar la relación que hay entre las actitudes hacia la vasectomía con las otras dos variables descritas.
- Comparar los resultados de los hombres y las mujeres con diferentes escolaridades.

Hipótesis

H₁: Las mujeres presentan actitudes más positivas hacia la vasectomía que los hombres.

H₂: Las personas con educación superior presentan actitudes más positivas hacia la vasectomía que aquéllas con educación básica.

H₃: Los hombres presentan más ideas de machismo/marianismo en el matrimonio en comparación con las mujeres.

H₄: Las personas con escolaridad básica tienen más ideas de machismo/marianismo en el matrimonio que aquéllos con educación superior.

H₅: Las personas que presentan más ideas de machismo/marianismo en el matrimonio tienen actitudes más negativas hacia la vasectomía, en comparación con las personas que presentan menos ideas de machismo/marianismo.

H₆: Las mujeres presentan más sexismo benevolente que los hombres.

H₇: Los hombres presentan más sexismo hostil que las mujeres.

H₈: Las personas con escolaridad básica presentan más sexismo, tanto benevolente como hostil, que los que cuentan con escolaridad superior.

H₉: Las personas que presentan más sexismo hostil son las que tienen actitudes más negativas hacia la vasectomía.

H₁₀: Las personas con más sexismo benevolente son las que manifiestan actitudes más positivas hacia la vasectomía.

Método

Participantes

La muestra estuvo comprendida por 389 participantes y fue de tipo no probabilística. Participaron tanto hombres como mujeres de 35 a 55 años que radican en la ciudad de Xalapa, Veracruz. Se hizo un muestreo por cuotas (100 hombres de escolaridad básica, 100 hombres de escolaridad superior, 100 mujeres de escolaridad básica y 100 mujeres de escolaridad superior), hasta alcanzar un mínimo de sujetos en cada uno de los grupos, con base en el sexo y en la escolaridad, algunos sujetos se eliminaron porque no cumplieron con los criterios de inclusión o porque no completaron la totalidad de los instrumentos (ver Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra

| | Hombres | Mujeres |
|--|---------|---------|
| Escolaridad básica (primaria) | 98 | 99 |
| Escolaridad superior (licenciatura y más) | 97 | 95 |

En cuanto a las edades de los participantes, la media de edad para las mujeres con educación básica fue de 39.85 (4.24) años, para las mujeres con educación superior fue de 38.88 (4.81) años, para los hombres con educación básica fue de 38.21 (2.99) años y, para los hombres con educación superior fue de 38.58 (4.40) años.

Criterios de inclusión:

- Que cuenten con la edad prevista para el estudio (35-55 años).
- No tener vasectomía para el caso de los hombres, y en cuanto a las mujeres, que su pareja no la tuviese.
- Que no hayan participado o estén participando en algún programa del Sector Salud relacionado con la salud reproductiva.
- Que sepan leer y escribir.

Criterios de Exclusión:

- Que no entiendan bien las instrucciones de llenado de los cuestionarios.
- Que dejen respuestas incompletas.

Tipo de estudio

Es no experimental, transversal y cuantitativo.

Instrumentos

- *Cuestionario de datos generales*, creado *ex profeso* para esta investigación, en el cual se recabó información sobre aspectos sociodemográficos como: edad, sexo, estado civil, número de hijos en caso de tenerlos, ocupación, nivel de estudios,

colonia de residencia, método anticonceptivo empleado y quién lo usa (ver *apéndice 1*).

- *Cuestionario de Creencias y Actitudes hacia la Vasectomía (CAV)* creado *ex profeso* para esta investigación, el cual cuenta con 27 reactivos y es una escala tipo Likert de 5 puntos que va desde “En desacuerdo total” (1) a “En acuerdo total” (5); obteniéndose un mínimo de 27 y un máximo de 135; puntajes altos en el factor disminución de la virilidad, valoración negativa a la cirugía y percepción negativa indicarían actitudes negativas hacia la vasectomía y, puntuaciones altas en el factor beneficios significarían actitudes positivas hacia la vasectomía. Consta de 4 factores: a) disminución de la virilidad, que implica la percepción de que la vasectomía disminuye la virilidad en el hombre, b) beneficios, que se relaciona con los beneficios relacionados con la vasectomía, c) valoración negativa a la cirugía, que implica el miedo que se tiene a la vasectomía como procedimiento quirúrgico y d) percepción negativa, que tienen que ver con una percepción negativa de la vasectomía, por lo que ésta debe de evitarse. El instrumento cuenta con una confiabilidad general de 0.85 utilizando el *alfa de Cronbach* (ver *apéndice 2*).
- *Cuestionario de Ideología del Rol de Género en el Matrimonio (IRGEM)* diseñado por Marván, Quiros, López-Vázquez y Ehrenzweig (2012), el cual está conformado por 45 reactivos y es una escala tipo *Likert* de 5 puntos que va desde “En desacuerdo total” (1) a “En acuerdo total” (5); obteniéndose un mínimo de 45 y un máximo de 225; puntajes altos en cualquiera de los tres factores indicarían actitudes machistas/marianistas o que tienen una ideología más

tradicional. Consta de 3 factores: a) sumisión de la mujer, que implica la dominación masculina y la subordinación femenina en el matrimonio, b) decisiones unilaterales, en el cual las mujeres y los hombres no deben decidir juntos sobre cuestiones familiares y c) libertad sexual masculina, la que supone la aceptación social de la infidelidad masculina. El instrumento cuenta con una confiabilidad general de 0.94 utilizando el *alfa de Cronbach* (ver apéndice 3).

- *Inventario de Sexismo Ambivalente (ISA)* en su versión al español por Expósito, Moya y Glick (1998), el cual cuenta con 22 reactivos y es una escala tipo *Likert* de 6 puntos que va de “En desacuerdo total” (0) a “En acuerdo total” (5); obteniéndose un mínimo de 0 y un máximo de 110; puntajes altos en cualquiera de los dos factores indicarían actitudes sexistas inclinadas hacia el polo hostil o benevolente. Consta de dos factores: a) sexismo hostil, que es el conjunto de actitudes de discriminación donde las mujeres son vistas como seres inferiores e inmaduras, por lo que la figura que domina es la del hombre, el cual debe estar inserto en las instituciones sociales importantes a diferencia de las mujeres, que deben permanecer en el ámbito privado (cuidado de la familia y el hogar) y b) sexismo benévolo, que es el conjunto de actitudes y conductas que se relacionan con una forma estereotipada de la mujer, la cual solo está limitada a ciertos roles que tienen un tono afectivo positivo donde las mujeres al ser vistas como seres débiles, frágiles y dependientes demandan el rol protector del hombre, se exaltan estándares como la pureza, resignación y entrega. El inventario cuenta con una confiabilidad general de 0.90 utilizando el *alfa de Cronbach* (ver apéndice 4).

Situación o ámbito

Se realizaron visitas a distintos lugares públicos de la ciudad de Xalapa, para llevar a cabo la aplicación de instrumentos como parques, grupos cautivos (formados con algún fin particular), colonias, centros comerciales.

También se realizaron visitas a instituciones que otorgaron los permisos correspondientes, así, se captaron participantes en salas de espera de Centros de Salud Urbanos, los cuales pertenecen a la Jurisdicción Sanitaria No. V de SESVER, tales como: Centros de Salud Urbano Dr. Gastón Melo, Col. Revolución, Miguel Alemán, Col. Emiliano Zapata, Arroyo Blanco, Dr. Maraboto y Sebastián Lerdo de Tejada.

De igual forma se captaron participantes en la sala de espera de la UMF 11 del IMSS, así como asistentes del programa Huertos demostrativos del DIF Municipal de Xalapa.

Otra forma que se empleó para la obtención de información, fue usar el programa de encuestas *on line* *Surveymonkey* para recabar datos vía internet, previa invitación por correo electrónico.

Procedimiento

Fase 1. Diseño del cuestionario para medir actitudes y creencias hacia la vasectomía.

Al revisar la literatura con respecto al tema pudo notarse que no existían instrumentos que midieran las creencias y actitudes hacia la vasectomía en español y los pocos que trataban de cubrir este requisito eran muy vagos, por ello, la primera fase se dedicó a construir y validar un instrumento que midiera esta característica para que posteriormente pudiera emplearse este cuestionario en conjunción con otros instrumentos (*ver apéndice 2*). Por lo anterior, se llevó a cabo lo siguiente:

- Con base en la bibliografía revisada y en los resultados de un estudio cualitativo donde se empleó la técnica de redes semánticas naturales, se construyeron reactivos relacionados con las creencias y actitudes hacia la vasectomía.
- Los reactivos se sometieron a una validez de contenido (jueceo) y se sometieron a un análisis de grupos extremos para descartar aquéllos que no cumplieron los criterios estadísticos.
- Se realizó una prueba piloto con 32 mujeres y hombres con escolaridad básica (primaria y secundaria) y superior (licenciatura y más) para ver si se entendían los reactivos.
- Se llevaron a cabo los ajustes necesarios para poder aplicar a una muestra de hombres y mujeres de entre 35 a 55 años. Se aplicaron a un mínimo de 10 sujetos por reactivo (un total fue de 405 instrumentos aplicados).

- Se realizó un análisis factorial (validez de constructo) para determinar los factores que constituyen el cuestionario.
- Se calculó la confiabilidad.

Fase 2. Preparación administrativa

Se estableció contacto con instituciones que permitieron acceder a las personas con las características que se requerían para el estudio, estas instituciones fueron la Secretaría de Salud de Veracruz (Centros de Salud Urbanos antes mencionados), UMF No. 11 del IMSS y DIF Municipal Xalapa.

Fase 3. Aplicación de los instrumentos

Para la aplicación se consideraron tres casos: individual, grupal y virtual. Para llevar los dos primeros casos se entrenaron tres encuestadores que tomaron en cuenta lo siguiente:

1. Se les preguntó a las personas si querían participar en un estudio que pretende conocer sus creencias y actitudes hacia la vasectomía, aclarando que la información que ellos proporcionarían sería anónima y confidencial.
2. Se verificó por medio de algunas preguntas que los sujetos que aceptaron participar cumplieran con los criterios de inclusión antes descritos.

3. Se concertó una cita con los participantes para que contestaran los cuestionarios.
4. El día de la aplicación, se les instruyó para contestar los cuestionarios y se despejaron dudas. De igual forma, se les indicó que no existen respuestas correctas o incorrectas.
5. En el caso de participantes con baja escolaridad, el encuestador leyó los reactivos así como las posibles respuestas para que el participante pudiera indicar su respuesta.
6. Al concluir la aplicación tanto grupal como individual, se revisaron los instrumentos para que estuvieran completos y se guardaron en un sobre para que los participantes pudieran ver cómo los cuestionarios se combinaban.

Para el caso de la aplicación virtual, se recurrió al programa para encuestar *on line* *SurveyMonkey* donde se capturaron cada una de las preguntas de los instrumentos, se envió una invitación vía correo electrónico aclarando las características de las personas que podían participar en el estudio.

Fase 4. Tratamiento estadístico

Para el análisis de los datos se obtuvieron porcentajes y medias con su desviación estándar para los datos sociodemográficos. Además, se obtuvo la confiabilidad de los factores de cada instrumento. La normalidad de las variables se determinó mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov donde se comprobó que la

distribución de los datos es normal. Los análisis que se emplearon fueron r de Pearson, MANOVAS y regresiones lineales con el paquete estadístico SPSS versión 15.

Consideraciones éticas del estudio

Tanto el protocolo así como los instrumentos usados fueron aprobados por un comité tutorial. Se solicitó el consentimiento informado verbal de todos los participantes y su participación fue voluntaria. Se cuidó la confidencialidad de los datos en tanto no se pidieron datos de identificación y el participante podía retirarse en el momento que lo deseara.

Cuando la persona solicitó información adicional sobre la temática de la investigación, se le brindó o se canalizó con alguna institución que le diera mayor información.

Resultados

Características generales de la muestra

La muestra original estuvo compuesta de 400 participantes de entre 35 y 55 años. Sin embargo, se eliminaron los datos de 11 participantes por tener inconsistencias en los datos sociodemográficos. De tal manera que los análisis se hicieron con una muestra de 389 participantes, cuya edad promedio fue de 38.88 años (4.19).

Dentro de los datos más sobresalientes en las características sociodemográficas fue que 38.8% de los participantes su actividad tenía que ver con actividades profesionales, 33.2% su ocupación se relacionaba con oficios no profesionales, el 23.9% eran amas de casa, 1.5% eran estudiantes y, el resto eran desempleados o jubilados. El 74.6% vivían en pareja; los métodos anticonceptivos utilizados por los participantes fueron las siguientes: OTB (44%), métodos de barrera (21.1%), anticonceptivos hormonales (6.4%), métodos combinados (4.4%) y, naturales (1.8%); el resto de los participantes no estaban usando ningún método anticonceptivo (ver Tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes.

| | n | % |
|----------------------------------|-------|-------|
| Ocupación | | |
| Ama de casa | 93 | 23.9 |
| Oficios no profesionales | 129 | 33.2 |
| Actividades profesionales | 151 | 38.8 |
| Estudiante | 6 | 1.5 |
| Desempleado | 3 | 0.8 |
| Jubilado | 7 | 1.8 |
| Vive en pareja | | |
| Sí | 290 | 74.6 |
| No | 99 | 25.4 |
| Tiempo de vivir en pareja (años) | | |
| | M | DE |
| | 12.07 | 10.67 |
| Edad de la en pareja | | |
| | 30.93 | 19.60 |
| Tiene hijos | | |
| Sí | 317 | 81.5 |
| No | 72 | 18.5 |
| Número de hijos | | |
| | M | DE |
| | 2.15 | 1.64 |

Continuación...

| | n | % |
|-------------------------------|-----|------|
| Quiere más hijos | | |
| Sí | 86 | 22.1 |
| No | 303 | 77.9 |
| Uso de método anticonceptivo | | |
| Sí | 298 | 76.6 |
| No | 91 | 23.4 |
| Tipo de método anticonceptivo | | |
| Ninguno | 87 | 22.4 |
| Naturales | 7 | 1.8 |
| Barrera | 82 | 21.1 |
| Hormonales | 25 | 6.4 |
| Definitivos (OTB) | 171 | 44 |
| Combinados | 17 | 4.4 |

Nota: n=389; los datos se presentan en forma de porcentajes o se muestran las medias y la desviación estándar.

Confiabilidad de los instrumentos

Una vez conocidas las características generales de la muestra, se obtuvo la confiabilidad de cada factor de cada cuestionario empleado en la investigación, lo cual se enlista a continuación (ver los apéndices para conocer los instrumentos).

Cuestionario CAV

- Factor 1. Disminución de la virilidad, con una confiabilidad *alpha de Cronbach* de 0.91.
- Factor 2. Beneficios, con una confiabilidad *alpha de Cronbach* de 0.77.
- Factor 3. Valoración negativa a la cirugía, con una confiabilidad *alpha de Cronbach* de 0.86.
- Factor 4. Percepción negativa, con una confiabilidad *alpha de Cronbach* de 0.79.

Cuestionario IRGEM

- Factor 1. Sumisión de la mujer, con una confiabilidad *alpha de Cronbach* de 0.95.
- Factor 2. Decisiones unilaterales, con una confiabilidad *alpha de Cronbach* de 0.54.
- Factor 3. Libertad sexual masculina, con una confiabilidad *alpha de Cronbach* de 0.68.

Cuestionario ISA

- Factor 1. Sexismo benevolente, con una confiabilidad *alpha de Cronbach* de 0.83.
- Factor 2. Sexismo hostil, con una confiabilidad *alpha de Cronbach* de 0.87.

Como puede notarse, en el cuestionario de Ideología del Rol de Género en el Matrimonio, el factor 2 no cuenta con una confiabilidad aceptable, por lo cual se decidió eliminar para efectos de esta investigación.

Creencias y actitudes hacia la vasectomía, Ideología del rol de género en el matrimonio y sexismo ambivalente

Creencias y actitudes hacia la vasectomía.

Para probar las hipótesis planteadas se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA) de 2x2 [sexo (mujeres, hombres) x escolaridad (básica, superior)] con los factores del CAV (disminución de la virilidad, beneficios, valoración negativa a la cirugía y percepción negativa) como variables dependientes.

La prueba fue significativa tanto para sexo como para escolaridad. Los hombres mostraron actitudes más negativas hacia la vasectomía que las mujeres, Traza de Pillai $F(4,382)=9.05$, $p < .0001$. En cuanto a la escolaridad, los participantes con nivel básico evidenciaron actitudes más negativas que los de nivel superior, Traza de Pillai $F(4,382)= 44.59$, $p < .0001$. Sin embargo, no hubo efecto de la interacción de sexo por escolaridad.

A continuación se presentan los análisis de los efectos intersujetos para cada factor del CAV.

Para el caso del factor “disminución de la virilidad”, los hombres manifestaron puntuaciones más altas en comparación con las mujeres, $F(1,385)=12.05$, $p < .001$. En cuanto a la escolaridad, los participantes con nivel básico mostraron puntuaciones más altas en comparación con los de nivel superior $F(1,385)=38.83$, $p < .0001$ (ver Tabla 3).

Tabla 3. Medias (desviación estándar) de disminución de la virilidad*

| | | Sexo | |
|-------------|----------|-------------|-------------|
| | | Mujeres | Hombres |
| Escolaridad | Básica | 1.79 (1.14) | 2.21 (1.28) |
| | Superior | 1.26 (0.45) | 1.52 (0.74) |

Nota: *Factor del cuestionario de Creencias y actitudes hacia la vasectomía (CAV).

En cuanto al factor “beneficios”, las mujeres evidenciaron puntuaciones más altas en comparación con los hombres $F(1,385)=17.91, p <.0001$. Por otro lado, los participantes con escolaridad superior mostraron puntuaciones más altas en comparación con los de básica $F(1,385)=35.18, p <.0001$ (ver Tabla 4).

Tabla 4. Medias (desviación estándar) de beneficios*

| | | Sexo | |
|-------------|----------|-------------|------------|
| | | Mujeres | Hombres |
| Escolaridad | Básica | 4.18 (0.80) | 3.90(0.90) |
| | Superior | 4.64 (0.45) | 4.31(0.65) |

Nota: *Factor del cuestionario de Creencias y actitudes hacia la vasectomía (CAV).

En el factor “valoración negativa a la cirugía”, los hombres manifestaron puntuaciones más altas en comparación con las mujeres $F(1,385)=19.29, p <.0001$. De igual forma, los participantes con escolaridad básica evidenciaron puntuaciones más

altas en comparación con los de escolaridad superior $F(1,385)=17.06$, $p < .0001$ (ver Tabla 5).

Tabla 5. Medias (desviación estándar) de valoración negativa a la cirugía*

| | | Sexo | |
|-------------|----------|-------------|-------------|
| | | Mujeres | Hombres |
| Escolaridad | Básica | 1.81 (1.25) | 2.41 (1.47) |
| | Superior | 1.42 (0.80) | 1.84 (0.92) |

Nota: *Factor del cuestionario de Creencias y actitudes hacia la vasectomía (CAV).

Finalmente, para el factor “percepción negativa” no se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de los hombres en comparación con las mujeres $F(1,385)=3.86$, $p > .05$. Por otro lado, los participantes con escolaridad básica mostraron puntuaciones más altas en comparación con los de escolaridad superior, $F(1,385)=150.70$, $p < .0001$ (ver Tabla 6).

Tabla 6. Medias (desviación estándar) de percepción negativa*

| | | Sexo | |
|-------------|----------|-------------|-------------|
| | | Mujeres | Hombres |
| Escolaridad | Básica | 2.70(0.91) | 2.79(1.08) |
| | Superior | 1.59 (0.50) | 1.84 (0.69) |

Nota: *Factor del cuestionario de Creencias y actitudes hacia la vasectomía (CAV).

Ideología del rol de género en el matrimonio.

Se realizó otra MANOVA de 2x2 [sexo (mujeres, hombres) x escolaridad (básica, superior)] con los factores del inventario de ideología del rol de género en el matrimonio (sumisión de la mujer y libertad sexual masculina) como variables dependientes.

La prueba fue significativa tanto para sexo como para escolaridad. Los hombres evidenciaron más alto machismo/marianismo en comparación con las mujeres, Traza de Pillai $F(2,384)=9.48$, $p < .0001$. En cuanto a la escolaridad, los participantes con nivel básico mostraron más alto machismo/marianismo en comparación con los de nivel superior, Traza de Pillai $F(2,384)=95.29$, $p < .0001$. Sin embargo, no hubo efecto de la interacción de sexo por escolaridad.

A continuación se presentan los análisis de los efectos intersujetos para cada factor del IRGEM.

En relación al factor “sumisión de la mujer”, los hombres evidenciaron puntuaciones más altas en comparación con las mujeres, $F(1,385)=15.05$, $p < .0001$. Los participantes con escolaridad básica mostraron puntuaciones más altas en comparación con los de escolaridad superior, $F(1,385)=174.03$, $p < .0001$ (ver Tabla 7).

Tabla 7. Medias (desviación estándar) de sumisión de la mujer*

| | | Sexo | |
|-------------|----------|-------------|-------------|
| | | Mujeres | Hombres |
| Escolaridad | Básica | 2.72 (0.98) | 3.10 (1.65) |
| | Superior | 1.61 (0.68) | 1.90 (0.73) |

Nota: *Factor del cuestionario de Ideología del rol de género en el matrimonio (IRGEM).

Para el caso del factor “libertad sexual masculina”, los hombres manifestaron puntuaciones más altas en comparación con las mujeres, $F(1,385)=7.70$, $p < .05$. En cuanto a la escolaridad, no se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de las personas con escolaridad básica y superior $F(1,385)=1.47$, $p > .05$ (ver Tabla 8).

Tabla 8. Medias (desviación estándar) de libertad sexual masculina*

| | | Sexo | |
|-------------|----------|-------------|-------------|
| | | Mujeres | Hombres |
| Escolaridad | Básica | 1.17 (0.40) | 1.36 (0.70) |
| | Superior | 1.26 (0.62) | 1.42 (0.74) |

Nota: *Factor del cuestionario de Ideología del rol de género en el matrimonio (IRGEM).

Sexismo ambivalente.

Se efectuó otra MANOVA de 2x2 [sexo (mujeres, hombres) x escolaridad (básica, superior)] con los factores del inventario de sexismo ambivalente (sexismo hostil y sexismo benevolente) como variables dependientes.

La prueba fue significativa tanto para sexo como para escolaridad. Los hombres mostraron actitudes más sexistas en comparación con las mujeres, Traza de Pillai $F(2,384)=15.39$, $p <.0001$. En cuanto a la escolaridad, los participantes con nivel básico evidenciaron actitudes más sexistas en comparación con los de nivel superior, Traza de Pillai $F(2,384)=71.60$, $p <.0001$. Sin embargo, no hubo efecto de la interacción de sexo por escolaridad.

A continuación se presentan los análisis de los efectos intersujetos para cada factor del ISA.

Para el caso del factor “sexismo hostil”, los hombres mostraron puntuaciones más altas en comparación con las mujeres, $F(1,385)=24.45$, $p <.0001$. De igual forma, los participantes con escolaridad básica evidenciaron puntuaciones más altas en comparación con los de escolaridad superior, $F(1,385)=81.53$, $p <.0001$ (ver Tabla 9).

Tabla 9. Medias (desviación estándar) de sexismo hostil*

| | | Sexo | |
|-------------|----------|-------------|-------------|
| | | Mujeres | Hombres |
| Escolaridad | Básica | 2.89 (1.17) | 3.56 (1.29) |
| | Superior | 1.84 (1.24) | 2.38 (1.16) |

Nota: *Factor del cuestionario de Sexismo Ambivalente (ISA).

En cuanto al otro factor “sexismo benevolente”, los hombres mostraron puntuaciones más altas en comparación con las mujeres, $F(1,385)=23.39, p < .0001$. Asimismo, los participantes con escolaridad básica evidenciaron puntuaciones más altas en comparación con los de escolaridad superior, $F(1,385)=133.30, p < .0001$ (ver Tabla 10).

Tabla 10. Medias (desviación estándar) de sexismo benevolente*

| | | Sexo | |
|-------------|----------|-------------|-------------|
| | | Mujeres | Hombres |
| Escolaridad | Básica | 3.51 (0.95) | 3.87 (0.94) |
| | Superior | 2.12 (1.25) | 2.79 (1.05) |

Nota: *Factor del cuestionario de Sexismo Ambivalente (ISA).

Relaciones entre las creencias y actitudes hacia la vasectomía, ideología del rol de género en el matrimonio y sexismo ambivalente

Se realizaron una serie de correlaciones de Pearson para conocer la relación entre los factores del CAV y del IRGEM. Posteriormente, se llevaron a cabo otras correlaciones entre los factores del CAV y del ISA (ver Tabla 11).

El factor de “disminución de la virilidad” del CAV mostró una correlación positiva con “sumisión de la mujer” y “libertad sexual masculina” del IRGEM, así como con “sexismo hostil” y “sexismo benevolente” del ISA. Es decir, a mayor creencia de que la vasectomía disminuye la virilidad, mayor será la creencia de que la mujer debe ser sumisa y de que debe existir una libertad sexual masculina. Además, a mayor creencia de que la vasectomía disminuye la virilidad, mayores son las actitudes de antipatía hacia las mujeres y a su vez existirá una mayor creencia de que se deben tener consideraciones y ayuda hacia las mujeres.

El factor “beneficios” correlacionó negativamente con “sumisión de la mujer”, “libertad sexual masculina” del IRGEM, de igual forma con “sexismo hostil” y “sexismo benevolente” del ISA. Por lo anterior, a mayor creencia de que la vasectomía tiene más beneficios, menor será la creencia de que la mujer debe ser sumisa y de que debe existir una libertad sexual masculina. Por otro lado, a mayor creencia de los beneficios de la vasectomía, será menor la actitud de antipatía hacia las mujeres y será menor la creencia de que se deben tener consideraciones y ayuda hacia ellas.

El factor “valoración negativa a la cirugía” correlacionó positivamente con “sumisión de la mujer” del IRGEM, así como con “sexismo hostil” y “sexismo benevolente” del ISA.

Por lo que, a mayor creencia de que la vasectomía produce valoración negativa a la cirugía, mayor será la creencia de que la mujer debe ser sumisa. De igual forma, a mayor creencia de que la vasectomía genera una valoración negativa a la cirugía, mayor será la actitud de antipatía hacia las mujeres y a su vez mayor será la creencia de que se deben tener consideraciones y ayuda hacia las mujeres.

El factor “percepción negativa” mostró una correlación positiva con “sumisión de la mujer” del IRGEM, al igual que con “sexismo hostil” y “sexismo benevolente” del ISA. Por lo tanto, a mayor consideración de que la vasectomía es algo negativo, será también mayor la creencia de que la mujer debe ser sumisa. Además, a mayor consideración de que la vasectomía es algo negativo, mayor será la actitud antipática hacia las mujeres y, también será mayor la creencia de que las mujeres deben contar con ayuda y consideraciones.

Tabla 11. Correlaciones entre las variables psicológicas del estudio

| Cuestionario | Factores | Disminución de la virilidad | CAV | | |
|--------------|----------------------------------|--------------------------------|------------|--|------------------------|
| | | | Beneficios | Valoración negativa a la cirugía | Percepción Negativa |
| | Disminución de la virilidad | | | | |
| CAV | Beneficios | -0.24(**) | | | |
| | Valoración negativa a la cirugía | 0.60(**) | -0.23(**) | | |
| | Percepción Negativa | 0.68(**) | -0.31(**) | 0.58(**) | |
| | Sumisión de la mujer | 0.53(**) | -0.24(**) | 0.41(**) | 0.68(**) |
| IRGEM | Libertad sexual masculina | 0.16(*) | -0.16(*) | 0.07 | 0.05 |
| ISA | Sexismo hostil | 0.32(**) | -0.21(**) | 0.21(**) | 0.43(**) |
| | Sexismo benevolente | 0.30(**) | -0.12(*) | 0.18(**) | 0.43(**) |

Nota: n=389; * $p < .05$; ** $p < .0001$

Variables predictoras del CAV

Con la finalidad de probar si el género, la escolaridad, la ideología del rol de género en el matrimonio y el sexismo ambivalente predicen las actitudes hacia la vasectomía, se realizaron cuatro análisis de regresión lineal. Cada factor del CAV se introdujo como variable dependiente en cada regresión y, en todos los casos, las variables independientes fueron sexo, escolaridad, los factores del IRGEM y del ISA (ver Tabla 12). De acuerdo con la prueba de factor de inflación de la varianza (VIF) no existen problemas de colinealidad en los datos, puesto que los valores VIF fueron menores a 3 (Kennedy, 2003).

Cuando se analizó la variable “disminución de la virilidad” como variable dependiente, la única variable predictora fue el factor “sumisión de la mujer” [$F(6,382)=26.90$, $p < .0001$, $R^2 = 0.30$; $R^2 \text{ corregida} = 0.30$]. De modo que, una mayor creencia de que la mujer debe ser sumisa, predice mayores creencias de que la vasectomía disminuye la virilidad.

En el análisis sobre el efecto hacia la variable dependiente “beneficios”, las variables “libertad sexual masculina”, “sexo”, “sexismo benevolente” y “escolaridad” tuvieron un efecto predictor [$F(6,382)=11.96$, $p < .0001$, $R^2 = 0.16$; $R^2 \text{ corregida} = 0.15$]. Así, a) una menor creencia de que el varón debe tener libertad sexual masculina, fue predictora de la creencia de que la vasectomía tiene beneficios, b) el sexo predice la creencia de que la vasectomía tiene beneficios, siendo las mujeres las que tienen esta consideración, c) actitudes sexistas benevolentes altas fueron predictoras de puntuaciones mayores en la

variable beneficios y, d) la escolaridad predice la creencia de que la vasectomía tiene mayores beneficios, siendo las personas con escolaridad alta las lo consideran así.

Con respecto al análisis del efecto hacia la variable dependiente “valoración negativa a la cirugía”, las variables “sexo” y “sumisión de la mujer” tuvieron un efecto predictor [$F(6,382)=15.64$, $p < .0001$, $R^2 = 0.20$; $R^2 \text{ corregida} = 0.19$]. Por lo tanto, a) el sexo predice en la creencia de que vasectomía genera una valoración negativa a la cirugía, donde los hombres manifestaron esta situación y, b) una mayor creencia de que la mujer debe ser sumisa, predice mayores creencias de que la vasectomía provoca valoración negativa a la cirugía.

Finalmente, el análisis del efecto hacia la variable dependiente “percepción negativa”, las variables “escolaridad” y “sumisión de la mujer” tuvieron un efecto predictor [$F(6,382)= 63.22$, $p < .0001$, $R^2 = 0.50$; $R^2 \text{ corregida} = 0.49$]. Es decir, a) la escolaridad predice en la percepción negativa hacia la vasectomía, siendo las personas con escolaridad básica las que tienen esta consideración y, b) una mayor creencia de que la mujer debe ser sumisa, predice percepciones negativas hacia la vasectomía.

Tabla 12. Análisis de regresión lineal para la variable creencias y actitudes hacia la vasectomía

Creencias y Actitudes hacia la vasectomía

| Variables independientes | Disminución de la virilidad | | | | Beneficios | | | | Valoración negativa a la cirugía | | | | Percepción negativa | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----|---------|-----|------------|-----|---------|-----|----------------------------------|-----|---------|------|---------------------|-----|---------|------|
| | B | ETB | β | CSP | B | ETB | β | CSP | B | ETB | β | CSP | B | ETB | β | CSP |
| Sexo | .17 | .09 | .08 | .03 | .28 | .08 | .18** | .04 | .42 | .12 | .17** | .05 | .01 | .07 | .005 | .01 |
| Escolaridad | .08 | .11 | .04 | .09 | .45 | .09 | .30** | .08 | .03 | .14 | .01 | .04 | .41 | .09 | .21** | .17 |
| IRGEM | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumisión de la mujer | .49 | .06 | .51** | .29 | -.04 | .05 | -.06 | .06 | .51 | .07 | .46** | .16 | .52 | .05 | .57** | .30 |
| Libertad sexual masculina | .11 | .07 | .07 | .03 | -.16 | .06 | -.13* | .03 | -.06 | .09 | -.03 | .004 | -.05 | .06 | -.03 | .03 |
| ISA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexismo hostil | -.01 | .05 | -.01 | .10 | -.06 | .04 | -.11 | .04 | -.02 | .06 | -.03 | .04 | .01 | .04 | .01 | .01 |
| Sexismo benevolente | -.02 | .05 | -.02 | .09 | -.10 | .04 | .16* | .02 | -.11 | .06 | -.11 | .03 | -.002 | .04 | -.003 | .002 |

Notas: CSP: Correlaciones semiparciales
n=389;
* p <.0001, ** p <.05

Discusión

Los resultados de la presente investigación mostraron que existen diferencias importantes en las actitudes hacia la vasectomía con respecto al nivel educativo. Los participantes con educación básica reportaron las actitudes más negativas en comparación con las personas de educación superior. Lo anterior es consistente con estudios previos donde se ha encontrado que la mayoría de los hombres con vasectomía cuentan con estudios de nivel superior (Anderson et al., 2012; Keramat et al., 2011; Pile et al., 2009). Además, las personas de clase socioeconómica baja son menos dados a usar métodos anticonceptivos (Curtis, Tepper, Jamieson & Marchbanks, 2012) y, por lo tanto, no es de extrañar que se sometan a un menor número de vasectomías en comparación con las personas de clase socioeconómica más alta (Oliva et al., 2011). Lo antes descrito puede explicarse considerando que las personas de nivel socioeconómico más bajo tienen menos acceso a la información sobre temas de salud reproductiva y, en general, a servicios sanitarios (determinantes sociales de salud).

Es importante tener presente el papel de la educación que se ha resaltado en diversos estudios y, en particular, la relación que éste tiene con otras variables que serán descritas posteriormente. En México, las personas con educación superior, en comparación con los que cuentan con educación básica, tienen más probabilidades de desarrollar habilidades sociales y cognitivas, mismas que les pueden permitir cuestionar y reevaluar la posición que el hombre y la mujer ocupan en la sociedad; por ello, las personas con educación básica tenderán a mantener las visiones más tradicionales

sobre los roles de género (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005). Esta nota surge de los resultados que se encontraron y que se irán discutiendo en los párrafos posteriores.

Al analizar los factores del CAV, se encontró que los participantes con educación básica son los más propensos a expresar su miedo al procedimiento y a creer que la vasectomía disminuye la virilidad. Una posible explicación de ello es que algunos de los participantes pueden confundir el significado entre pérdida de la virilidad, castración, esterilidad y vasectomía, confusión que ha sido reportada en investigaciones previas (Bunce et al., 2007; García Moreno et al., 2005; Romero, Merenciano, Rafie, Amat & Martínez, 2004; Vega-Briones et al., 2010). Esta confusión puede explicar el miedo manifiesto hacia el procedimiento quirúrgico y sus consecuencias relacionadas con la función sexual. Sin embargo, se necesita más investigación en este rubro para confirmar esta hipótesis.

En una cultura machista como la de México, un hombre puede tener miedo de que la vasectomía disminuya la función sexual, como algunos hombres lo han manifestado (García Moreno et al., 2005; Gutmann, 2005; Vega Briones et al., 2010). De igual forma, ellos podrían pensar que su virilidad puede ser afectada después del procedimiento. Otras ideas del rechazo hacia la vasectomía tendrían que ver con la idea que algunos hombres mexicanos tienen respecto al uso de los servicios de salud, la de que estos servicios solo son usados por adultos mayores, mujeres, niños y enfermos, y que ellos, al ser hombres sanos, no pertenecen a ninguna de estas categorías (de Keijzer, 2003b).

Cuando se analizó la relación entre el rol de género en el matrimonio y las actitudes hacia la vasectomía, se encontró que "la sumisión de la mujer" (del IRGEM) fue el

predictor más fuerte de las actitudes negativas hacia la vasectomía ("disminución la virilidad", "valoración negativa a la cirugía" y "percepción negativa" del CAV). De acuerdo con los elementos que componen el factor de "sumisión de la mujer", se puede inferir que los participantes en este estudio que obtuvieron los puntajes más altos fueron los que más están de acuerdo con el machismo-marianismo y la ideología del rol de género tradicional. Según Aspilcueta-Gho (2013), los procesos sexistas y jerárquicos de la socialización patriarcal han dado lugar a una fuerte internalización de la sumisión de la mujer y a un limitado empoderamiento de ellas en la toma de decisiones. Esto significa que en la negociación entre hombres y mujeres en cuanto a la planificación familiar (que es parte de la función de la mujer, según el machismo/marianismo), las mujeres deben negociar desde una posición de menor poder. Entonces, las personas que se adhieren a machismo/marianismo creerán que las mujeres son las que deben usar anticonceptivos y que, por ende, la vasectomía no es una opción para los hombres. Ahora bien, en el caso de que un hombre machista estuviese de acuerdo en participar en la planificación familiar, él puede creer que la manipulación genital podría dañar su función sexual, como algunos participantes afirmaron.

Por otra parte, este factor de "sumisión de la mujer" (del IRGEM) implica que las mujeres deben obedecer a sus maridos, incluso si ellas creen que sus maridos están equivocados. Por lo tanto, los hombres son los que toman las decisiones en la familia, y las mujeres están limitadas en sus derechos a decidir cuántos hijos y cuándo tenerlos, y qué anticonceptivos usar (Aspilcueta-Gho, 2013). En el caso particular de los métodos anticonceptivos masculinos, si un hombre decide que la vasectomía no es opción, su

esposa debe adherirse; entonces, con el tiempo, ella puede interiorizar esta idea y finalmente estar de acuerdo con las ideas del machismo/marianismo.

No obstante lo anterior, existen otras ideas menos tradicionales y más igualitarias acerca de la masculinidad en las que se acepta más a la vasectomía. Terry et al. han estudiado a los hombres que se han sometido a la vasectomía en Nueva Zelanda, donde la elección de realizársela es un indicativo de que un hombre concibe su responsabilidad reproductiva como un rasgo valioso. Para muchos hombres, decidir tener una vasectomía está relacionado a una identidad igualitaria, responsable y solidaria, que exalta su masculinidad sobre la de los que no se realizan este procedimiento. En este contexto, la vasectomía es vista como un acto de protección masculina a sus "frágiles" parejas femeninas (Terry & Braun, 2011a, b).

Lo antes descrito va de la mano con otro resultado de esta tesis relacionado con el sexismo benevolente, pues éste fue una variable predictora del factor "Beneficios" (del CAV). De acuerdo con la teoría del sexismo ambivalente (Glick & Fiske, 1996; 2001), las mujeres son delicadas y necesitan ser protegidas; por lo tanto, las personas que avalan SB pueden creer que un hombre que acepta someterse a una vasectomía cuida y protege a su mujer, y que, por ende, ella a su vez se vuelve más cariñosa y orgullosa de él. Al tener una vasectomía, un hombre puede cuidar y proteger a su esposa de los posibles riesgos para la salud relacionados con su uso de los anticonceptivos o con un embarazo no deseado que podría llegar a ser un embarazo de alto riesgo. Además, él puede actuar de manera responsable al no tener hijos fuera del matrimonio. De hecho, Córdoba-Basulto et al. (2010) entrevistaron a mujeres mexicanas cuyos maridos se habían sometido a una vasectomía, y encontraron que ellas percibían a sus parejas

como no machistas, valientes y responsables; además, ellas se sentían apoyadas y amadas por sus esposos. Sin embargo, se ha descrito que las mujeres en diferentes países, entre ellos México, a menudo tienen miedo de que la vasectomía pueda incitar a relaciones extramaritales (Bunce et al., 2007; Córdoba et al., 2010).

El significado de ayuda o consideración de un hombre a su pareja no necesariamente implica que la persona sea más igualitaria o equitativa en cuestiones de anticoncepción, pues estudios han puesto en evidencia que las personas tienden a aceptar más el sexismo benevolente y a no concebirlo como una actitud sexista (Barreto et al., 2005). Por ello, una persona que obtenga altos puntajes en el sexismo benevolente y elija realizarse la vasectomía puede hacerlo por cuidar a su pareja, pero esta acción no implica una equidad anticonceptiva. En el estudio de Terry (2014) se encontró algo parecido; este autor trabajó con hombres vasectomizados, y ellos veían esta acción (vasectomizarse) como un acto de sacrificio, cuestión que daría un tono negativo a este procedimiento y, por ende, eliminaría la concepción igualitaria o equitativa.

Otro resultado de esta tesis fue que la baja aceptación de la infidelidad masculina (del IRGEM) predijo el reconocimiento de los beneficios de la vasectomía (del CAV). Cabe señalar que ninguno de los beneficios de la vasectomía que se incluyeron en el cuestionario refería que, como algunos suponen, ésta favorece las relaciones extramaritales (Gutmann, 2005). De acuerdo con los elementos que componen el factor "libertad sexual masculina" (del IRGEM), es posible inferir que los participantes con puntajes más bajos estarían en desacuerdo con actitudes machistas. Entonces, estos participantes pueden asumir que un hombre no "necesita amantes" para demostrar su

virilidad, a diferencia de los hombres machistas, que creen e incluso alardean de ello; así, las personas que apoyen las ideas machistas también rechazarían la vasectomía porque podría disminuir su hombría.

Si bien ya se resaltó con anterioridad que existe una creencia generalizada de que la anticoncepción es cuestión de mujeres, este pensamiento no solo se queda en el ámbito privado (en el hogar), sino que se traslada al sector sanitario, donde tanto los programas como el consejo anticonceptivo se centran casi exclusivamente en la mujer. Lo anterior no deja duda de por qué las mujeres tienen mejores actitudes hacia los métodos definitivos, primordialmente hacia la vasectomía, que sus pares (Bunce et al., 2007; Terry & Braun, 2013; Thorburn, 2006; Vega-Briones et al., 2010).

Ahora bien, en cuanto a los resultados referentes a la ideología del rol de género en el matrimonio, los hombres y los participantes con baja escolaridad evidenciaron más alto machismo/marianismo. Estos resultados van de acuerdo con algunos autores que señalan que en las relaciones de pareja de las personas de clases socioeconómicas bajas, puede identificarse la conducta de dominación-subordinación (Ingoldsby, 1991; Marván et al., 2012; Szasz, 2003).

En cuanto al factor “sumisión de la mujer” (del IRGEM), los hombres y los participantes con escolaridad básica mostraron puntuaciones más altas. México es una sociedad patriarcal, por lo que no es de extrañar que en este país las relaciones de pareja se caractericen por la dominación masculina y la subordinación femenina. Por lo anterior, el poder que ejerce un hombre sobre una mujer domina la voluntad de ésta, así como su capacidad para tomar decisiones independientes sobre su cuerpo y su

sexualidad (De Keijzer, 2003a; Szasz, 2003). Cuando en una sociedad se identifica la dominación masculina, ésta también se refleja en las decisiones de pareja. El control del hombre sobre estas decisiones se mantiene porque es aprendido desde la infancia y se va motivando y reforzando a lo largo de su vida, tomándose finalmente como algo natural (Moral de la Rubia, 2013; Orozco et al., 2012).

En cuanto al factor “libertad sexual masculina” (del IRGEM), los hombres manifestaron puntuaciones más altas que las mujeres. Este resultado no es de sorprender, ya que hoy en día existen aún personas que argumentan que una de las obligaciones de las mujeres cuando se casan es servir a su marido sexualmente, pues piensan que si ellas no son capaces de satisfacer a su pareja, él buscará esa satisfacción con otra mujer, o habrá encontrado una razón para dar por concluida su relación de pareja (Casique, 2006).

Para el caso del sexismo ambivalente, en términos generales, los hombres y los participantes de escolaridad baja evidenciaron actitudes más sexistas.

En cuanto al factor “sexismo hostil”, los hombres y los participantes con escolaridad básica evidenciaron puntuaciones más altas. En este sentido, estos resultados son parecidos a otro estudio donde los hombres obtuvieron puntuaciones más altas en el sexismo hostil en comparación con las mujeres (Glick, Sakallı-Uğurlu, Ferreira & Aguilar de Souza, 2002; Naiper, Thorisdóttir & Jost, 2010). Por otra parte, Overall, Sibley y Tan (2011) encontraron que los hombres con actitudes más hostiles están menos abiertos a la comunicación con su pareja.

En el factor “sexismo benevolente”, los hombres y los participantes con escolaridad básica mostraron puntuaciones más altas. Esta situación contrasta con los resultados obtenidos por Glick et al. (2002) y Becker (2010), que señalan que las mujeres obtienen puntuaciones más altas en este factor y tienden a aceptar más el sexismo benevolente y a rechazar el sexismo hostil. En este sentido, quizás el hecho de que los hombres en este estudio hayan obtenido mayores puntuaciones en el sexismo benevolente que las mujeres tenga que ver con que ellos perciben que deben ser protectores, y esta cuestión es vista culturalmente como un rasgo de valor y cuidado hacia la mujer y no como una actitud sexista. De igual forma, el sexismo benevolente se relaciona con la idea de idealizar el rol tradicional de la mujer (cuidado de su casa y su familia), donde los logros profesionales fuera del ámbito privado son menospreciados o incluso no vistos, y esta visión dista mucho de actitudes equitativas en la sociedad (Barreto et al., 2005).

Es importante mencionar que aunque el sexismo benevolente es más aceptado y asimilado en comparación con el sexismo hostil, ambos representan actitudes sexistas con entendimientos diferentes que apuntan a la misma dirección, por lo cual la adopción o aceptación del sexismo benevolente podría ser explicada porque se racionaliza la situación actual, pues es más agradable sentirse protegido y cuidado aunque el precio sea dar continuidad a la desigualdad de género (Hammond & Sibley, 2011).

Limitaciones y sugerencias

Algunas limitaciones y sugerencias de este estudio deben ser tomadas en consideración. En primer lugar, los participantes eran personas que viven en una zona

urbana, lo que representa un segmento particular de la sociedad mexicana. Además, no es posible asegurar que los resultados presentados puedan generalizarse a las personas que se negaron a participar o que no cumplieron los criterios de inclusión. Por otra parte, este fue un estudio cuantitativo, y se requiere una investigación cualitativa para explorar la cuestión en profundidad; por lo tanto, nuevas investigaciones deberían incluir entrevistas o grupos focales. Así también, en otros estudios se debe preguntar a los participantes hombres si elegirían en el futuro una vasectomía como método de planificación familiar.

Adicional a lo anterior, sería importante explorar más variables que influyan sobre las creencias y actitudes hacia la vasectomía como por ejemplo las mujeres que son usuarias de un método definitivo como la OTB o personas con ideologías más equitativas lo que permitiría generar una línea de investigación más amplia en torno a los factores psicosociales que rodean a la vasectomía, pues en este estudio en particular la inquietud giró alrededor de conocer si la baja prevalencia de la vasectomía tenía alguna relación con cuestiones machistas y sexistas.

En línea con lo anterior, otra limitación que va de la mano con no considerar en este estudio las ideologías equitativas tiene que ver con los instrumentos, donde es posible que se necesite generar un instrumento o tener otro instrumento que permita medir si las personas podrían tener ideologías equitativas y no solo las tradicionales cuestión que podría permitir conocer a su vez los cambios en las ideologías de las personas para así generar estrategias que vayan encaminadas a personas con ideologías tradicionales y personas con ideologías equitativas y que tengan el mismo resultado, en este caso, la aceptación y realización de la vasectomía.

Implicaciones

A pesar de estas limitaciones, también es importante resaltar las implicaciones de este trabajo para investigaciones futuras, donde los profesionales e investigadores del ámbito de la salud podrían considerar estos resultados con la finalidad de comprender la influencia de los factores psicosociales en la elección o rechazo de la vasectomía. Estos resultados también podrían ser útiles en el diseño de programas de planificación familiar eficaces que sean dirigidos a los hombres y sus parejas, donde se tomen en cuenta las diferencias de género y la cultura en la que están inmersos. Estos programas también deben considerar las percepciones de los participantes sobre cuestiones de salud reproductiva, así como sus creencias y actitudes hacia la vasectomía, las cuales influyen en la construcción de la masculinidad. Ahora bien, en el contexto mexicano, es esencial tener en cuenta que el machismo/marianismo está muy generalizado aún; por lo tanto, es importante que se les enseñe a las personas que la vasectomía no reduce la función sexual masculina y que, por ende, no afecta la virilidad (los participantes de este estudio obtuvieron puntuaciones más altas en los factores "Disminución de la virilidad", "valoración negativa a la cirugía" y "Percepción negativa" del CAV).

Estos hallazgos también podrían utilizarse para desarrollar conciencia a través de anuncios de radio y televisión, con el fin de desmitificar la vasectomía; se puede hacer lo mismo por medio de programas populares de televisión (donde las personas pueden reflexionar sobre temas de actualidad), o a través de telenovelas en las que el protagonista tenga una vasectomía y hable de los beneficios de su decisión en varios capítulos.

De igual forma este trabajo no solo puede considerarse para generar programas para los potenciales usuarios y sus parejas, sino también como una forma de sensibilización para los profesionales de salud, de modo que al brindar consejería, esta pueda ser lo más objetiva posible sin que este influida por sus concepciones con respecto a los anticonceptivos y en este caso, a la vasectomía.

También debe considerarse el diseño de programas y políticas de promoción sostenida destinados a jóvenes con la finalidad de disipar mitos y reducir presentes y futuras actitudes negativas acerca de la vasectomía; con estos programas, se esperaría que la prevalencia de la participación masculina en la planificación familiar aumentara en un futuro próximo. Con el fin de desmitificar la vasectomía, los esfuerzos deben dirigirse a proporcionar información precisa y actual, incluyendo aspectos psicosociales de este método anticonceptivo. También es importante proporcionar a las parejas apoyo emocional, con el fin de eliminar sus preocupaciones y evitar que los hombres rechazasen la cirugía debido a sus temores o a actitudes negativas.

Finalmente, es esencial que los hombres participen en temas de salud reproductiva; si pueden entender que la anticoncepción no es responsabilidad de la mujer, ellos podrían empezar a cambiar su visión y comenzar a tener relaciones más equitativas con sus parejas, entendiendo que esta situación debe ser cimentada desde edades tempranas.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio permitieron tener un panorama general con respecto a las actitudes que tienen las personas hacia la vasectomía; además, hicieron visible la relación que estas actitudes guardan con la ideología del rol de género en el matrimonio, el sexismo benevolente, el sexo y la escolaridad. Lo encontrado aquí puede ser considerado no solo para la generación de programas más efectivos en cuanto a la consejería anticonceptiva, sino incluso para la realización de cambios o actualizaciones en las políticas públicas relacionadas a este ámbito. A la luz de los hallazgos del presente estudio, estos programas y estos cambios o actualizaciones tomarían en cuenta la necesidad de soporte informativo y emocional antes, durante y después de la toma de decisión de practicarse una vasectomía, así como el respectivo y necesario seguimiento y, la sensibilización del personal de salud con respecto a la objetividad de la consejería anticonceptiva.

Otra cuestión que quedó al descubierto es la importancia del involucramiento del hombre en la salud reproductiva, en este caso particular, en el uso de métodos anticonceptivos como la vasectomía. Un hombre, después de tener una vasectomía, puede servir como promotor del control natal con otros hombres. Y una vasectomía, considerada como parte del involucramiento del hombre en temas de salud reproductiva (y no solo como un medio de apoyo a su pareja), genera relaciones equitativas.

Referencias

- Adongo, P. A., Tapsoba, P., Phillips, J. F., Teg-Nefaah, T. P., Stone, A., Kuffour, E. et al. (2014). "If you do vasectomy and come back here weak, I will divorce you": a qualitative study of community perceptions about vasectomy in Southern Ghana. *BMC International Health and Human Rights*, 14, 1-16. doi:10.1186/1472-698X-14-16
- Adwoba, A. R. & Sossou, M. A. (2008). Attitudes toward and use of knowledge about family planning among Ghanaian men. *International Journal of Men's Health*, 7(2), 109-120.
- Akin, L., & Ozaydin, N. (2005). The relationship between males' attitudes to partner violence and use of contraceptive methods in Turkey. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10(3), 199–206. doi: 10.1080/13625180500329675
- Amor, C., Rogstad, K. E., Tindall, C., Moore, K. T. H., Giles, D. & Harvey, P. (2008). Men's experiences of vasectomy: a grounded theory study. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(3), 235-245.
- Amorín, D. (2007). *Adulter y Masculinidad. La crisis después de los 40*. Montevideo: Psicolibros Ltda.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos. 7ª*. México: Pearson Educación.
- Anderson, J. E., Jamieson, D. J., Warner, L., Kissin, D. M., Nangia, A. K. & Macaluso, M. (2012). Contraceptive sterilization among married adults: national data on who chooses vasectomy and tubal sterilization. *Contraception*, 85, 552-557.
- Anderson, J. E., Warner, L., Jamieson, D. J., Kissin, D. M., Nangia, A. K., & Macaluso, M. (2010). Contraceptive sterilization use among married men in the United States: results from the male sample of the National Survey of Family Growth. *Contraception*, 82, 230–235
- Aragón, L. E. & Silva, A. (2002). *Evaluación psicológica en el área clínica*. México: Pax México.

- Arratia-Maqueo, J. A., Cortés-González, J. R., Garza-Cortés, R. & Gómez-Guerra, L. S. (2010). Evaluation of male sexual satisfaction after vasectomy. *Actas urológicas españolas*, 34(10), 870-873.
- Ashford, L. (2009). Hay que garantizar una amplia variedad de opciones en la planificación familiar. Recuperado del sitio de internet de Population Reference Bureau: http://www.prb.org/pdf08/familyplanningbrief_sp.pdf
- Aspilcueta-Gho, D. (2013). Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(3), 480-486.
- Bajo Arenas, J. M. (2009). *Fundamentos de reproducción*. Madrid: Medica Panamericana.
- Baldé, A., Légaré, F. & Labrecque, M. (2006). Assessment of needs of men for decision support on male sterilization. *Patient Education and Counseling*, 63, 301-307.
- Barreto, M. & Ellemers, N. (2005). The burden of benevolent sexism: How it contributes to the maintenance of gender inequalities. *European Journal of Social Psychology*, 35, 633-642. doi: 10.1002/ejsp.270
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama
- Brown, R. & Magarick, R. H. (1979). Psychologic voluntarily effects of vasectomy in childless men. *Urology*, XIV(1), 55-58.
- Bunce, A., Guest, G., Searing, H., Frajzyngier, V., Riwa, P., Kanama, J. & Achwal, I. (2007). Factors Affecting Vasectomy Acceptability in Tanzania. *International Family Planning Perspectives*, 33(1), 13-21.
- Burin, M. & Meler, I. (2000). Género: una herramienta teórica para el estudio de la subjetividad masculina. En: M. Burin & I. Meler. *Hombres. Género y subjetividad masculina* (pp. 21-70). México: Paidós.
- Burin, M. (2000). Construcción de la subjetividad masculina. En: M. Burin & I. Meler. *Hombres. Género y subjetividad masculina* (pp. 123-148). México: Paidós.
- Cagigas Arriazu, A. D. (2000). El patriarcado, como origen de la violencia doméstica. *Monte Buciero*, 5, 307-318.
- Calaf Alsina, J. (2005). *Manual básico de anticoncepción*. Barcelona: Masson.

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2015). *Ley General de Salud*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Campos Santelices, A. (2006). *Introducción a la psicología social*. San José: UNUD.
- Casique, I. (2006). ¿Cuándo puedo decir no? Empoderamiento femenino y sexo no deseado en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 21, 49-81.
- Chankapa, Y. D., Pal, R. & Tsering, D. (2010). Male Behavior Toward Reproductive Responsibilities in Sikkim. *Indian Journal Community Medicine*, 35(1), 40–45. doi: 10.4103/0970-0218.62552.
- Chen, Z., Fiske, S. T. & Lee, T. L. (2009). Ambivalent Sexism and Power-Related Gender-role Ideology in Marriage. *Sex Roles*, 60, 765-778. doi: 10.1007/s11199-009-9585-9.
- Cohen, R. J. & Swerdlik, M. E. (2000). *Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición*. 4ª. México: McGraw Hill.
- Córdoba Basulto, D. I., Valdepeña Estrada, R., Sapién López, J. S., Salguero Velázquez, A. & Patiño Osnaya, S. P, (2008). Recomendaciones sobre esterilización voluntaria que hacen los hombres con vasectomía sin bisturí. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 13 (4), 167-172.
- Córdoba Basurto, D. I., Mercado Sánchez. T. & Sapién López, J. S. (2010). Opiniones y experiencias de la vida sexual de mujeres con parejas con vasectomía. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 15(3), 144-155.
- Córdoba Basurto, D. I., Valdepeña Estrada, R., Patiño Osnaya, S. P, Sapién López, J. S. & Rosas, B. J. V. (2007). Temores de varones que recurren a la vasectomía sin bisturí en el Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Qurúrgicas*, 12(3), 27-29.
- Córdoba, D. & Sapién, S. (2013). Prefiero la vasecto-tuya que la vasecto-mía. ¿Quién se cuida? Cómo las mujeres y los hombres pueden entender el dilema. México: Pax.
- Crooks, R. & Baur, K. (2000). *Nuestra sexualidad*. México: Cengage Learning Editores.

- Curtis, K. M., Tepper, N. K., Jamieson, D. J. & Marchbanks, P. A. (2013). Adaptation of the World Health Organization's selected practice recommendations for contraceptive use for the United States. *Contraception*, 87, 513-516.
- de Keijzer, B. (2003a). Los hombres ante la salud sexual reproductiva: Una relación contradictoria. En: M. Bronfman & C. Denman (Eds.). *Salud reproductiva: Temas y debates* (pp. 59-82). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- de Keijzer, B. (2003b). Masculinidades y perspectiva de género en salud, hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. En C. F. Cáceres, M. Cueto, & M. A. Ramos Padilla (Eds.), *La Salud como derecho ciudadano: Perspectivas y propuestas desde América Latina* (pp. 137–152.). Lima, Perú: Lima.
- de Keijzer, B. (2003c). El género y el proceso salud-enfermedad-atención. *Género y salud en cifras*, 1(3), 3-7.
- Díaz-Guerrero, R. (2008). Psicología del mexicano 2. Bajo las garras de la cultura. México: Trillas.
- Ebeigbe, P. N., Igberase, G. O. & Eigbefoh, J. (2011). Vasectomy: A Survey of Attitudes, Counseling Patterns and Acceptance among Nigerian Resident Gynecologists. *Ghana Medical Journal*, 45(3), 101-104.
- Ehsanpour, S., Mohammadifard, M., Shahidi, S. & Nekouyi, N. S. (2010). A comparative study on attitude of contraceptive methods users towards common contraceptive methods. *Iranian Journal of Nursing Midwifery Research*, 15(1), 363–370.
- Expósito, F., Moya, M. C. & Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: Medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 13(2), 159-169.
- Ezegwui, H. U. & Enwereji, J. O. (2009). Attitude of men in Nigeria to vasectomy. *International Health*, 1, 169-172.
- Fernández Poncela, A. M. (2002). *Estereotipos y roles de género en el refranero popular: Charlatanas, mentirosas, malvadas y peligrosas*. Barcelona: Anthropos.

- Fernández, A. S., Ruydiaz, G. K., Baza, M. G., Berrio, A. D. & Rosales, B. Y. (2014). Percepción de los hombres ante la aceptación o rechazo de la vasectomía. *Revista Duazary*, 11(1), 22-29.
- Figuroa Perea, J. G. (2006). ¿Y si hablamos de derechos humanos en la reproducción, podríamos incluir a los hombres? En: G., Careaga Pérez & C. C., Sierra (coord.). *Debate sobre masculinidades: poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía* (pp. 403-428). México: UNAM.
- Garaigordobil, M. & Aliri, J. (2011). Conexión intergeneracional del sexismo: influencia de variables familiares. *Pshicothema*, 23(3), 382-387.
- García Moreno, J. & Solano Sainos L. M. (2005). Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural. *Revista Médica del IMSS*, 43(3), 205-214.
- Gil, R. M., & Vázquez, C. I. (2014). *The Maria Paradox: How Latinas can merge old world traditions with new world self-esteem*. New York: Open Road Media.
- Gleicher, N. (2000). *Tratamiento de las cuestiones clínicas del embarazo*. Madrid: Panamaricana.
- Glick, P. & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating Hostile and Benevolent Sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 491-512.
- Glick, P. & Fiske, S. T. (1997). Hostile and benevolent sexism. Measuring ambivalent sexist attitudes toward women. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 119-135.
- Glick, P. & Fiske, S. T. (2001). An ambivalent alliance. Hostile and benevolent sexism as complementary justifications for gender inequality. *American Psychologist*, 56(2), 109-118. doi: 10.1037//0003-066X.56.2.109
- Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams, D., Masser, B., et al. (2000). Beyond Prejudice as Simple Antipathy: Hostile and Benevolent Sexism Across Cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 763-775. doi: 10.1037//0022-3514.79.5.763.
- Glick, P., Sakallı-Uğurlu, N., Ferreira, M. C. & Aguilar de Souza, M. (2002). Ambivalent sexism and attitudes toward wife abuse in Turkey and Brazil. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 291–296.

- Guerin, B. (1994). Attitudes and beliefs as verbal behavior. *The behavior analyst*, 17(1), 155-163.
- Gutmann, M. C. (2005). Scoring men: vasectomies and the Totemic illusion of male sexuality in Oaxaca. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 29, 79–101. doi: 10.1007/s11013-005-4624-7
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hammond, M. D. & Sibley, C. G. (2011). Why are Benevolent Sexists Happier? *Sex Roles*, 65, 332–343. doi:10.1007/s11199-011-0017-2.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2008). *Metodología de la investigación*. 4ª. México: McGraw Hill.
- Hochschild, A. R. (2008). La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y del trabajo. Buenos Aires: Katz.
- Hogg, M. A., Hogg, G. M., Vaughan, G. & Haro, M. M. (2010). *Psicología social*. 5ª. Madrid: Médica Panamericana.
- Hyde, J. S. (1995). *Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Ediciones Morata.
- IMSS (2015). Memoria estadística 2013. Recuperado del sitio de internet del Instituto Mexicano del Seguro Social: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2013>
- INEGI & CONAPO. (2011). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI & CONAPO. (2015). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Ingoldsby, B. B. (1991). The Latin American family: Familism vs. machismo. *Journal of Comparative Family Studies*, 23, 57-62.
- ISSSTE (2015). Anuarios estadísticos 2013. Recuperado del sitio de internet del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado:

- <http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/mdir-inst-finanzas-anuarios-anos/100-instituto/finanzas/2376-dir-finanzas-anuarios-capitulos19-2013>
- Kennedy, P. (2003). *A guide to econometrics*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Keramat, A., Zarei, A. & Arabi, M. (2011). Barriers and facilitators affecting vasectomy acceptability (a multi stages study in a sample from north eastern of Iran), 2005-2007, *Asia Pacific Family Medicine*, 10(5), 1-6.
- Krischel, M. & Moll, F. (2011). History of vasectomy, with special attention to eugenics. *European Urology Supplements*, 10(2), 60.
- Kroska, A. (2007). Gender Ideology and gender role ideology. En: G., Ritzer. *Blackwell Encyclopedia of Sociology* (Pp.1867-1869). Montreal: Blackwell Publishing.
- Lamas, M. (2007). Complejidad y claridad en torno al concepto de género. En: A. Giglia, C. Garma & A. P. De Teresa (comp.). *¿A dónde va la antropología?* (pp. 1-31) México: División de Ciencias Sociales y Humanidades de la UAM-Iztapalapa.
- Lara-Ricalde, R., Velázquez-Ramírez, N. & Reyes-Muñoz, E. (2010). Vasectomía sin bisturí. Perfil del usuario y resultados. *Ginecología y Obstetricia de México*, 78(4), 226-231.
- Lertxundi, R. & Yañez, E. (2009). *Anticoncepción quirúrgica: vasectomía y oclusión tubaria*. En: A. J. M., *Bajo. Fundamentos de reproducción*. México: Médica Panamericana.
- Levine, R., Langer, A., Birdsall, N., Matheny, G., Wright, M. & Bayer, A. (2006). Contraception. En: D.T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills & P. Musgrove. *Disease Control Priorities in Developing Countries* (pp. 1075-1090). Washington: World Bank.
- Margulis, M. (2003). Factores culturales en las prácticas anticonceptivas. En: M., Margulis (ed). *Juventud, cultura, sexualidad: la dimensión cultura en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires* (pp. 199-214). Buenos Aires: Biblos.
- Marín Sánchez, M. & Martínez-Pecino (2012). *Introducción a la psicología social*. México: Pirámide.

- Marván, M.L., Quiros, V., López-Vázquez, E. & Ehrenzweig, Y. (2012). Mexican beliefs and attitudes toward hysterectomy and gender-role ideology in marriage. *Health Care for Women International*, 33(6), 511-524. doi: 10.1080/07399332.2011.610540
- Matorras Weining, R. Hernández Hernández, J. & Molero Bayarri, D. (2008). *Tratado de reproducción humana para enfermería*. Madrid: Médica Panamericana.
- Meler, I. (2000). Masculinidad. Diversidad y similitudes entre los grupos humanos. En: M. Burin & I. Meler. *Hombres. Género y subjetividad masculina* (pp. 71-122). México: Paidós.
- Mistik, S., Naçar, M., Mazicioğlu, M., & Çetinkaya, F. C. (2003). Married men's opinions and involvement regarding family planning in rural areas. *Contraception*, 67, 133–137. doi:10.1016/S0010-7824(02)00459-6
- Moisés, Al. (2012). Sexualidad en Mesoamérica: machismo y marianismo. *Científica*, 1(1), 45-53.
- Monroy, A. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: guía práctica para padres y educadores*. México: Pax México.
- Moral de la Rubia, J., & Fuensanta-López, R. (2013). Premisas socioculturales y violencia en la pareja: diferencias y semejanzas entre hombres y mujeres. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 19(38), 47-71.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson y Prentice Hall.
- Moya Morales, M. (2004). Actitudes sexistas y nuevas formas de sexismo. En: E. Barberá e I. Martínez Benlloch. *Psicología y género* (pp. 271-294). Madrid: Pearson y Prentice Hall.
- Mundigo, A. (2000). Re-conceptualizing the role of men in the post-Cairo era. *Culture, Health & Sexuality*, 2(3), 323-337.
- Myers, D. (2006). *Psicología*. Madrid: Médica Panamericana.
- Núñez Noriega, G. (2006). Los estudios de las masculinidades y la cultura política en México. En: G. Careaga Pérez & C. C. Sierra (coord.). *Debate sobre masculinidades: poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía* (pp. 377-391). México: UNAM.

- Oblitas Guadalupe, L. (2010). *Psicología de la salud*. México: Cengage Learning Editores.
- Oliva Malagón, L., Hernández Garduño, J. J., Garduño Areizaga, M. M. & Calzada Sánchez, L. (2011). Precedentes y efectos en la anticoncepción masculina sin bisturí. Anticoncepción masculina. *Colegio Mexicano de Urología Nacional*, XXVI, 14-17.
- Organización de la Naciones Unidas [ONU]. (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Nueva York: ONU
- Organización de la Naciones Unidas [ONU]. (2014). World contraceptive use 2014. Disponible:
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2014.shtml>.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2013). World contraceptive use. Disponible:
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). Family planning, Fact sheet N°351. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). Planificación familiar, Nota descriptiva N° 351. Disponible:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- Orozco, A. E., Nievar, M. A. & Middlemiss, W. (2012). Domestic violence in México: perspectives of Mexican counselors. *Journal of Comparative Family Studies*, 43(5), 752-772.
- Overall, N. C., Sibley, C. G. & Tan, R. (2011). The costs and benefits of sexism: resistance to influence during relationship conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 271–290. doi: 10.1037/a0022727.
- Pallí Monguilod, C. & Martínez Martínez, L. M. (2004). Naturaleza y organización. En: T. Ibáñez Gracia (coord.). *Introducción a la Psicología social* (pp. 183-256). Barcelona: UOC.

- Pile, J. M. & Barone, M. A. (2009). Demographics of Vasectomy- USA and International. *The Urologic Clinics of North America*, 36, 295-305. doi:10.1016/j.ucl.2009.05.006
- Rajmil, O. (2005). Anticoncepción masculina. En A. J., Calaf. *Manual básico de anticoncepción*. 3ª. Barcelona: Masson.
- Rivera Aragón, S., Díaz Loving, R. & García Meraz, M. (2008). Etnopsicología del amor y el poder. En: R., Díaz Loving (ed). *Etnopsicología mexicana, siguiendo la huella teórica y empírica de Díaz-Guerrero* (pp. 180- 210). México: Trillas.
- Rocha Sánchez, T. E. & Díaz Loving, R. (2011). *Identidades de género. Más allá de cuerpos y mitos*. México: Trillas.
- Rocha Sánchez, T. E. (2008). Cultura de género y sexismo: de Díaz-Guerrero al posmodernismo. En: R., Díaz Loving (ed). *Etnopsicología mexicana, siguiendo la huella teórica y empírica de Díaz-Guerrero* (pp. 77- 95). México: Trillas.
- Ruiz Salguero, M. T., Cabré Pla, A., Castro Martín, T. & Solsona Pairo, M. (2005). *Anticoncepción y salud reproductiva en España: crónica de una (r) evolución*. Madrid: CSIC-Dpto. de Publicaciones.
- Ruiz, V. L. & Sánchez Korrol, V. (2006). *Latinas in the United States: A Historical Encyclopedia*. Bloomington: Indiana University Press.
- Sánchez Raja, E., Honrubia Pérez, M. & Chacón Sánchez, M. D. G. (2005). *Guía básica de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad visual*. Barcelona: Ediciones de la Universidad de Barcelona.
- Sandlow, J. L., Westefeld, J. S., Maples, M. R. & Scheel, K. R. (2001). Psychological correlates of vasectomy. *Fertility and Sterility*, 75(3), 544-548.
- SESVVER (2012). *Caminando a la excelencia (enero-marzo 2012)*. Xalapa: Secretaria de Salud y Servicios de Salud de Veracruz.
- Shaffer, D. R. & Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México: Thomson Editores.
- Shih, G., Dubé, K. & Dehlendorf, C. (2013). "We never thought of a vasectomy": a qualitative study of men and women's counseling around sterilization. *Contraception*, 88, 376-381. doi:10.1016/j.contraception.2012.10.022

- Shih, G., Turok, D. K. & Parker, W. J. (2011). Vasectomy: the other (better) form of sterilization. *Contraception*, 83, 310-315. doi:10.1016/j.contraception.2010.08.019
- Sobralse, M. (2006). Machismo sustains health and illness beliefs of Mexican American men. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18, 348-350. doi:10.1111/j.1745-7599.2006.00144.x
- Sternberg, P. (2000). Challenging machismo: Promoting sexual and reproductive health with Nicaraguan men. *Gender and Development*, 8, 89-99.
- Szasz, I. (2003). Pensando en la salud reproductiva de hombres y mujeres. En: M. Bronfman & C. Denman (Eds.). *Salud reproductiva: Temas y debate*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Terry, G. & Braun, V. (2011a). 'I'm committed to her and the family': positive accounts of vasectomy among New Zealand men. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 276–291.
- Terry, G. & Braun, V. (2011b). It's kind of men taking responsibility for these things: Men, vasectomy and contraceptive economies. *Feminism & Psychology*, 21(4), 477-495. doi: 10.1177/0959353511419814.
- Terry, G. & Braun, V. (2013). "We Have Friends, For Example, and He Will *Not* Get a Vasectomy": Imagining the Self in Relation to Others When Talking About Sterilization. *Health Psychology*, 32(1), 100–109. doi: 10.1037/a0029081.
- Terry, G. (2014). "Suddenly, bang, one day there's commitment with a woman..." Men, vasectomy and the life course. *Human Fertility, Early Online*, 1–6. doi: 10.3109/14647273.2014.949311.
- Thorburn, S. (2007). Attitudes toward contraceptive methods among African-American men and women: similarities and differences. *Women's Health Issues*, 17, 29–36.
- Tubert, S. (2003). *Del sexo al género: los equívocos de un concepto*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Untiveros Mayorga, C. F. & Mauricio Pachas, J. (2004). Consecuencias a largo plazo de la vasectomía, en hombres operados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista Médica Herediana*, 15(3), 131-135.

- Urbadt, P. & Bostiancic, M. C. (2007). *Esterilización femenina y derechos reproductivos: libertad de acción vs libertad de decisión*. Mar de Plata (Argentina): Universidad de Mar del Plata.
- Uriza Gutiérrez, G. (2007). *Planificación familiar*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Urresti, M. (2003). Masculinidad en la encrucijada. En: M., Margulis (ed). *Juventud, cultura, sexualidad: la dimensión cultura en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires* (pp. 145-154). Buenos Aires: Biblos.
- Valdez Medina, J. L. (2008). Los roles contemporáneos de los hombres y las mujeres de México. En: R., Díaz Loving (ed). *Etnopsicología mexicana, siguiendo la huella teórica y empírica de Díaz-Guerrero* (pp. 96- 122). México: Trillas.
- Vega-Briones, G. & Jaramillo-Cardona, M. C. (2010). Percepciones y actitudes de los hombres de la frontera norte de México en relación con el uso de condones, práctica de la vasectomía y chequeos de próstata. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 50-77.
- Vernon, R. (1996). Investigación operativa sobre la promoción de la vasectomía en tres países de América Latina. *Perspectivas Internacionales de Planificación familiar, Número especial*, 12-17.
- Vonrell Díaz, J. A. (2005) Concepto de Salud reproductiva, derechos reproductivos y salud Sexual. En: J. J., De la Gándara Martín, A., Puigvert Martínez (coord.). *Sexualidad humana: una aproximación integral* (pp. 65-74). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Worcher, E., Cooper, J., Goethals, G. R. & Olson, J. M. (2002). *Psicología social*. México: International Thomson Editores.
- Xiaozhang, L. (2008). Técnicas de oclusión por vasectomía para la esterilización masculina: Comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible: http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/CD003991_xiaozhangl_com/es/
- Xiaozhang, L. (2009). Incisión con bisturí versus sin bisturí para la vasectomía: Comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra:

Organización Mundial de la Salud. Disponible:
<http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/lxhcom/es/>

Young, E. E., Nguyen, B. T., Weiss-Laxer, N. S., Sigman, M. & Nolan, P. (2010). Factors Associated with Family Planning and vasectomy discussions: Results from a health provider survey. *Medicine & Health/Rhode Island*, 93(2), 48-50.

Apéndices

Apéndice A

Construcción de una escala de creencias y actitudes hacia la vasectomía.

Justificación y planteamiento del problema

La planificación familiar permite a las personas decidir el número de hijos que desean y en qué momento tenerlos. Esto no sólo puede evitar riesgos para la salud, sino que permite además, un control sobre el crecimiento poblacional y alcanzar mejores niveles de desarrollo, por lo que la planificación familiar es considerada una política pública (OMS, 2011).

La planificación familiar era concebida como cuestión exclusiva de mujeres, pero a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994, se determinó que el control de la natalidad debe de ser responsabilidad tanto de hombres como de mujeres por igual, por lo que la participación del hombre no sólo incluiría el uso de métodos anticonceptivos, sino paternidad y comportamiento sexual responsable (Mundigo, 2000).

Cuando una pareja tiene satisfecha su paridad, puede optar por el uso de métodos anticonceptivos definitivos como la Obstrucción Tubaria Bilateral (OTB) o la vasectomía. Comparando estos dos métodos de esterilización, el segundo es más seguro, menos invasivo y más sencillo de practicar (Shih et al., 2011; Shih et al.,

2013). Sin embargo, la OTB es más común que la vasectomía a nivel mundial, sobre todo en los países en desarrollo. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas, en los países desarrollados la esterilización femenina es 2/3 más común que la vasectomía, mientras que en los países en desarrollo la vasectomía es diez veces menos usada que la OTB (ONU, 2013). En México, la OTB es 15 veces más común que la vasectomía (ONU, 2014).

Datos de la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009* realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), efectuada en México a personas de entre 15 a 49 años, muestran que el 50.1% de las personas reportaron el uso de OTB como método preferido, mientras que solo el 3.1% prefirieron la vasectomía (INEGI & CONAPO, 2011). Estos datos evidencian que la vasectomía no es muy aceptada en México, a pesar de las campañas que se llevan a cabo promoviéndola y que enfatizan que es un medio económico, confiable y rápido para la planificación familiar permanente.

Los hombres que aceptan la vasectomía reconocen algunos aspectos positivos, como son: el aumento de la actividad sexual debido a que no hay riesgo de un embarazo no deseado, el hecho de que las mujeres no tengan que usar anticonceptivos, y que la vasectomía es una manifestación de compromiso de los hombres que tradicionalmente habían tenido un papel pasivo en la planificación familiar (Córdoba et al., 2010; Terry et al., 2011a).

Por otro lado, muchas personas que no aceptan la vasectomía piensan que los procedimientos de esterilización son cosa de mujeres, pues la anticoncepción es

responsabilidad exclusivamente de ellas (Fernández, Ruydiaz, Baza, Berrio & Rosales, 2014). Por otra parte, la falta de información y los mitos que se han creado en torno a la vasectomía, también contribuyen a la renuencia de muchas personas para aceptarla. A diferencia de lo que ocurre con la OTB, existen diversos mitos sobre la vasectomía que van desde los relacionados con el procedimiento en sí, hasta los referentes a las consecuencias adversas asociadas con la sexualidad y la virilidad (Adwoba & Sossou, 2008; Amor et al., 2008; Vega-Briones et al., 2010; Young et al., 2010).

Algunos hombres han expresado su temor a la cirugía *per se* (Baldé et al., 2006; Córdoba et al., 2007); otros han afirmado tener miedo a las posibles consecuencias negativas de las que han oído hablar, como son: cáncer, debilidad física, incapacidad para orinar, cambios en la personalidad, acumulación de semen en el cuerpo con efectos negativos, pérdida o aumento de peso, pérdida de vello corporal, y pérdida de la libido (Bunce et al., 2007; Ezegwui et al., 2009).

Otra creencia muy común es que la vasectomía produce disminución o pérdida de la libido y de la potencia sexual (Adwoba et al., 2008; Amor et al., 2008; Fernández et al., 2014; Vega-Briones et al., 2010; Young et al., 2010). Inclusive hay hombres que han afirmado que si por alguna razón llegaran a tener vasectomía, nunca más podrían tener relaciones sexuales con una mujer (Gutmann, 2005); y mujeres que afirman que al tener una vasectomía, el hombre puede volverse débil e incapaz de satisfacer sexualmente a una mujer (Adongo et al., 2014). Más aún, hay quienes asocian la vasectomía con términos como mutilación y castración (Adongo et al., 2014; Ezegwui et al., 2009; García Moreno et al., 2005). Otros investigadores

han encontrado que hay quienes creen que la vasectomía puede afectar el carácter de un hombre haciéndolo “como mujer” y puede además, afectar negativamente su hombría (Sternberg, 2000).

Estas creencias pueden dar lugar a actitudes negativas hacia la vasectomía, lo que ayudaría a entender -hasta cierto grado-, el por qué la vasectomía es un método anticonceptivo poco utilizado.

La gran mayoría de los investigadores que han estudiado creencias y actitudes hacia la vasectomía, han utilizado métodos cualitativos. En la revisión de la literatura realizada, únicamente se encontraron tres cuestionarios sobre vasectomía para poder realizar estudios cuantitativos. Uno de ellos mide exclusivamente conocimientos sobre el tema (Baldé et al., 2006). Otro, además de conocimientos mide actitudes, pero está dirigido exclusivamente al personal médico (Ebeigbe, 2011). El tercero mide actitudes y si está dirigido a toda la población, pero solo tiene 11 reactivos que miden la actitud negativa hacia la vasectomía en general (Keramat et al., 2011), sin considerar particularidades como son los aspectos relacionados con la virilidad o con la cirugía *per se*, y tampoco indaga sobre el reconocimiento de los beneficios de la vasectomía.

Objetivo

Diseñar y validar una escala para medir creencias y actitudes hacia la vasectomía, dirigida tanto a hombres sin vasectomía como a mujeres.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 405 participantes y fue de tipo no probabilística. Participaron tanto hombres como mujeres de 35 a 55 años (media =41.26, DE= 6.88), que radican en la ciudad de Xalapa o sus alrededores. Se llevó a cabo un muestreo por cuotas: 100 hombres de escolaridad básica (primaria y secundaria), 100 hombres de escolaridad superior (licenciatura o más), 105 mujeres de escolaridad básica y 100 mujeres de escolaridad superior.

Criterios de inclusión:

- Que cuenten con la edad prevista para el estudio (35-55 años).
- No tener vasectomía para el caso de los hombres, y en cuanto a las mujeres, que su pareja no la tuviese.
- Que no hayan participado o estén participando en algún programa del Sector Salud relacionado con la salud reproductiva.
- Que sepan leer y escribir.

Criterios de Exclusión:

- Que no entiendan bien las instrucciones de llenado de los cuestionarios.
- Que dejen respuestas incompletas.

Tipo de estudio

Es no experimental, transversal y cuantitativo.

Procedimiento

Como se mencionó anteriormente en el Método, se efectuó una revisión de bibliografía para generar reactivos y además, se consideraron los resultados de un estudio cualitativo realizado previamente por el grupo de investigación (mismo que no fue realizado como parte de este trabajo y por lo tanto los resultados de este no se reportarán).

Fase 1. Elaboración de los reactivos.

Se propusieron 80 reactivos divididos en 7 dimensiones.

Fase 2. Depuración de reactivos.

Se revisaron los reactivos eliminando los que no eran pertinentes y modificando la gramática de otros para una mejor comprensión, de igual forma, se modificaron algunos nombres de las dimensiones y el orden de los reactivos, de este trabajo se quedaron 43 reactivos y 5 dimensiones, las cuales se sometieron a jueceo.

Fase 3. Jueceo o validez de contenido.

Para la cuantificación de la validez de contenido, se utilizó un método que fue elaborado por Lawshe, quien propuso una fórmula simple para cuantificar el grado de consenso pidiendo a un grupo de expertos que determinen la validez de contenido de una prueba (Cohen & Swerdelik, 2000).

En el caso de la presente investigación, 26 jueces (16 mujeres y 10 hombres) evaluaron el instrumento, de los cuales 3 eran ginecólogos, 5 enfermeras y 18 psicólogos, todos con conocimientos en salud reproductiva.

En el enfoque de Lawshe, cada miembro del jurado responde a la siguiente afirmación para cada uno de los reactivos “La habilidad o conocimiento medido por ese reactivo es”:

- Esencial
- Útil pero no esencial
- No necesario

Para cada reactivo, se anota el número de miembros del jurado que afirma que el reactivo es esencial. Si más de la mitad de los miembros del jurado indica que un reactivo es esencial, ese reactivo tiene al menos alguna validez de contenido.

Lawshe desarrolló una fórmula denominada *razón de validez de contenido*:

$$\text{CVR} = \frac{ne - N/2}{N/2}$$

donde CVR, significa razón de validez de contenido; ne, significa número de expertos que califican como “esencial” dicho reactivo; y N, que significa número total de expertos que participaron.

Para que no se deba al azar que un reactivo permanezca en el cuestionario, existen valores mínimos de la razón de validez de contenido dependiendo del número de jueces que participen en la calificación del cuestionario.

En esta evaluación, los reactivos tenían que tener un valor mínimo de $CVR = 0.37$ para que el reactivo se conservara. Con base en los comentarios y las calificaciones de los 26 jueces participantes, se eliminaron los reactivos que no alcanzaron la validez necesaria para permanecer en el instrumento, se agregaron dos reactivos y algunos reactivos se modificaron según los comentarios de los jueces, por lo cual, este quedó conformado por 36 reactivos y 5 dimensiones (ver Tabla 13).

Tabla 13. Reactivos y dimensiones modificadas después del jueceo

| Dimensión: Disminución de la virilidad | | |
|---|---|---|
| No. | Reactivo | Autor |
| 1. | Un hombre que se practica la vasectomía pierde su masculinidad | Shih, Turok & Parker (2011) |
| 2. | La vasectomía hace que un hombre pierda la virilidad | Sandlow, Westefeld, Maples & Scheel (2001) |
| 3. | Los hombres que se practican la vasectomía pueden volverse homosexuales | García Moreno & Solano Sainos (2005) |
| 4. | La vasectomía hace que el hombre pierda su poder de dominio sobre la mujer | Vega-Briones Jaramillo-Cardona (2010) |
| 5. | La vasectomía es igual a castración | Arratia-Maqueo, Cortés-González, Garza-Cortés & Gómez-Guerra (2010) |
| 6. | Un hombre que se ha practicado una vasectomía es menos valioso | Amor, Rogstad, Tindall, Moore, Giles & Harvey (2008) |
| 7. | Un hombre que se ha practicado la vasectomía debe mantenerlo en secreto | Amor, Rogstad, Tindall, Moore, Giles & Harvey (2008) |
| 8. | La vasectomía puede hacer que un hombre pierda el deseo sexual | Brown & Magarick (1979) |
| 9. | Los hombres que se practican la vasectomía pueden volverse impotentes | Sugerencia de jueces |
| 10. | La vasectomía puede causar que las relaciones sexuales sean menos placenteras | Sugerencia de jueces |
| Dimensión: Familia y planificación familiar | | |
| No. | Reactivo | Autor |
| 11. | La vasectomía debe evitarse porque promueve la infidelidad* | Bunce, Guest, Searing, Frajzyngier, Riwa, Kanama & Achwal (2007) |
| 12. | En general, la vida en pareja es menos satisfactoria con la vasectomía | Sandlow, Westefeld, Maples & Scheel (2001) |
| 13. | La vasectomía debe evitarse porque es una invitación a la promiscuidad* | Bunce, Guest, Searing, Frajzyngier, Riwa, Kanama & Achwal (2007) |

| | | |
|--|---|--|
| 14. | Sería ofensivo que una mujer le pidiera a su pareja que se hiciera la vasectomía* | Estudio cualitativo (2012) |
| 15. | La planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos es exclusivo de las mujeres* | Terry & Braun (2011) |
| 16. | La vasectomía es una oportunidad para el hombre de ser responsable de la planificación familiar | Terry & Braun (2011) |
| 17. | Un hombre es igualitario con su pareja cuando decide realizarse la vasectomía | Terry & Braun (2011) |
| 18. | Un hombre es responsable con su pareja cuando decide realizarse la vasectomía | Terry & Braun (2011) |
| 19. | Un hombre es solidario con su pareja cuando decide realizarse la vasectomía | Terry & Braun (2011) |
| Dimensión: Miedo al procedimiento quirúrgico | | |
| No. | Reactivo | Autor |
| 20. | La vasectomía puede causar cáncer de próstata | Baldé, Légaré & Labrecque (2006) |
| 21. | La vasectomía puede causar cáncer de testículo | Baldé, Légaré & Labrecque (2006) |
| 22. | La vasectomía implica un procedimiento sumamente doloroso | Córdoba Basulto, Mercado Sánchez & Sapién López (2010) |
| 23. | La vasectomía es una operación complicada | Estudio cualitativo |
| 24. | La vasectomía es una operación que implica riesgos graves | Estudio cualitativo |
| Dimensión: Problemas de la vasectomía como método anticonceptivo | | |
| No. | Reactivo | Autor |
| 25. | La vasectomía es un buen método para prevenir los embarazos no deseados* | García Moreno & Solano Sainos (2005) |

| 26. | La vasectomía es un método eficaz para dejar de gastar en otros métodos anticonceptivos* | Córdoba Basulto et al. (2008) |
|---------------|---|--|
| 27. | Hoy, la vasectomía es un método ideal para la planificación familiar* | Estudio cualitativo |
| 28. | Jamás promovería la vasectomía | Estudio cualitativo |
| 29. | Los médicos deberían evitar recomendar la vasectomía porque es pecado para algunas religiones | Bunce, Guest, Searing, Frajzyngier, Riwa, Kanama & Achwal (2007) |
| 30. | La vasectomía es un método anticonceptivo poco confiable | Bunce, Guest, Searing, Frajzyngier, Riwa, Kanama & Achwal (2007) |
| 31. | La salpingoclasia (salpingo) o ligadura de trompas es un método más efectivo que la vasectomía | Shih, Turok & Parker (2011) |
| 32. | La vasectomía es un método seguro y eficaz de anticoncepción* | Shih, Turok & Parker (2011) |
| 33. | La vasectomía representa estar tranquilo pues no se tendrán más hijos* | Estudio cualitativo |
| 34. | Una pareja que no quiere tener hijos debería pensar en métodos anticonceptivos distintos a la vasectomía | Brown & Magarick (1979) |
| Sin dimensión | | |
| No. | Reactivo | Autor |
| 35. | La vasectomía brinda mayor libertad para ejercer la sexualidad | García Moreno & Solano Sainos (2005) |
| 36. | Cuando una mujer tiene prohibido usar métodos anticonceptivos por cuestiones de salud, lo más conveniente es que su pareja se practique la vasectomía | Lara-Ricalde, Velázquez-Ramírez & Reyes-Muñoz (2010) |

Fase 4. Piloteo.

De los 36 reactivos que quedaron de los comentarios de los jueces, se realizó un piloteo con 11 hombres y 15 mujeres de escolaridad profesional y 3 hombres y 3 mujeres de escolaridad básica (primaria y secundaria) que tuvieran características lo más similares posibles a la muestra. Antes de aplicar la prueba piloto, los reactivos se revolvieron para que no quedaran enlistados por dimensiones.

A la prueba piloto se le asignó una escala tipo Likert que iba del 1 al 5, siendo 1 (en desacuerdo total), 2 (casi en desacuerdo), 3 (ni en acuerdo ni en desacuerdo), 4 (casi de acuerdo) y 5 (en acuerdo total).

De este piloteo, se eliminaron 2 reactivos que no eran comprensibles para las personas que participaron y se modificaron otros dos para su mejor comprensión. Por lo anterior, el instrumento quedó conformado por 34 reactivos como se muestra en la Tabla 14.

Tabla 14. Versión final del instrumento

| Dimensión: Disminución de la virilidad | | |
|---|--|--|
| No. | Reactivo | Autor |
| 1. | Un hombre que se practica la vasectomía pierde su masculinidad | Shih, Turok & Parker (2011) |
| 2. | La vasectomía hace que un hombre pierda la virilidad | Sandlow, Westefeld, Maples & Scheel (2001) |
| 3. | Los hombres que se practican la vasectomía pueden volverse homosexuales | García Moreno & Solano Sainos (2005) |
| 4. | La vasectomía hace que el hombre pierda su poder de dominio sobre la mujer | Vega-Briones Jaramillo-Cardona (2010) |
| 5. | Un hombre que se ha practicado una vasectomía es menos valioso | Amor, Rogstad, Tindall, Moore, Giles & Harvey (2008) |
| 6. | Un hombre que se ha practicado la vasectomía debe mantenerlo en secreto | Amor, Rogstad, Tindall, Moore, Giles & Harvey (2008) |
| 7. | La vasectomía puede hacer que un hombre pierda el deseo sexual | Brown & Magarick (1979) |
| 8. | Los hombres que se practican la vasectomía pueden volverse impotentes | Sugerencia de jueces |
| 9. | La vasectomía puede causar que las relaciones sexuales sean menos placenteras | Sugerencia de jueces |
| Dimensión: Familia y planificación familiar | | |
| No. | Reactivo | Autor |
| 10. | La vasectomía debe evitarse porque promueve la infidelidad* | Bunce, Guest, Searing, Frajzyngier, Riwa, Kanama & Achwal (2007) |
| 11. | En general, la vida en pareja es menos satisfactoria con la vasectomía | Sandlow, Westefeld, Maples & Scheel (2001) |
| 12. | La vasectomía debe evitarse porque es una invitación a la promiscuidad* | Bunce, Guest, Searing, Frajzyngier, Riwa, Kanama & Achwal (2007) |
| 13. | Sería ofensivo que una mujer le pidiera a su pareja que se hiciera la vasectomía* | Estudio cualitativo |
| 14. | La planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos es exclusivo de las mujeres* | Terry & Braun (2011) |

| 15. | La vasectomía es una oportunidad para el hombre de ser responsable de la planificación familiar | Terry & Braun (2011) |
|--|---|---|
| 16. | Un hombre es responsable con su pareja cuando decide realizarse la vasectomía | Terry & Braun (2011) |
| 17. | Un hombre es solidario con su pareja cuando decide realizarse la vasectomía | Terry & Braun (2011) |
| Dimensión: Miedo al procedimiento quirúrgico | | |
| No. | Reactivo | Autor |
| 18. | La vasectomía puede causar cáncer de próstata | Baldé, Légaré & Labrecque (2006) |
| 19. | La vasectomía puede causar cáncer de testículo | Baldé, Légaré & Labrecque (2006) |
| 20. | La vasectomía implica un procedimiento sumamente doloroso | Córdoba Basulto, Mercado Sánchez & Sapién López (2010) |
| 21. | La vasectomía es una operación complicada | Estudio cualitativo |
| 22. | La vasectomía es una operación que implica riesgos graves | Estudio cualitativo |
| Dimensión: Problemas de la vasectomía como método anticonceptivo | | |
| No. | Reactivo | Autor |
| 23. | La vasectomía es un buen método para prevenir los embarazos no deseados* | García Moreno & Solano Sainos (2005) |
| 24. | La vasectomía es un método eficaz para dejar de gastar en otros métodos anticonceptivos* | Córdoba Basulto, Valdepeña Estrada, Sapién López, Salguero Velázquez & Patiño Osnaya (2008) |
| 25. | Hoy, la vasectomía es un método ideal para la planificación familiar* | Estudio cualitativo |
| 26. | Jamás promovería la vasectomía | Estudio cualitativo |

| 27. | Los médicos deberían evitar recomendar la vasectomía porque es pecado para algunas religiones | Bunce, Guest, Searing, Frajzyngier, Riwa, Kanama& Achwal (2007) |
|---------------|---|---|
| 28. | La vasectomía es un método anticonceptivo poco confiable | Bunce, Guest, Searing, Frajzyngier, Riwa, Kanama& Achwal (2007) |
| 29. | La salpingoclasia (salpingo) o ligadura de trompas es un método más efectivo que la vasectomía | Shih, Turok & Parker (2011) |
| 30. | La vasectomía es un método seguro y eficaz de anticoncepción* | Shih, Turok & Parker (2011) |
| 31. | La vasectomía representa estar tranquilo pues no se tendrán más hijos* | Estudio cualitativo |
| 32. | Una pareja que no quiere tener hijos debería pensar en métodos anticonceptivos distintos a la vasectomía | Brown & Magarick (1979) |
| Sin dimensión | | |
| No. | Reactivo | Autor |
| 33. | La vasectomía brinda mayor libertad para ejercer la sexualidad | García Moreno & Solano Sainos (2005) |
| 34. | Cuando una mujer tiene prohibido usar métodos anticonceptivos por cuestiones de salud, lo más conveniente es que su pareja se practique la vasectomía | Lara-Ricalde, Velázquez-Ramírez & Reyes-Muñoz (2010) |

En el apartado siguiente se muestra el tratamiento estadístico que se empleó para la escala de actitudes y creencias hacia la vasectomía.

Tratamiento estadístico de la escala de creencias y actitudes hacia la vasectomía

Una vez aplicado el cuestionario a 405 hombres y mujeres, se capturaron los datos utilizando el *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versión 15.0. Con los datos capturados, se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

1. Análisis de la capacidad discriminatoria de los reactivos.

Se calcularon las medias de todos los reactivos para cada uno de los sujetos. Una vez obtenidas las sumas totales, se dividieron los puntajes correspondientes al 27% más alto (103 sujetos) y al 27% más bajo (106 sujetos), esto con la finalidad de obtener los grupos extremos de la muestra y poder hacer un contraste de medias para cada reactivo de los dos grupos antes mencionados (Cohen & Swerdlik, 2000).

Con el propósito de analizar si los reactivos son capaces de discriminar entre los sujetos con puntajes altos y bajos en la escala, se llevó a cabo una prueba *t de Student* para muestras independientes para contrastar las medias de cada reactivo y notar si los reactivos que simultáneamente diferencian a los mismos participantes están midiendo lo mismo. Dicha prueba permite descartar aquellos reactivos que no son significativos ($p < 0.05$), en este caso, todos los reactivos fueron significativos como puede notarse en la Tabla 15.

Tabla 15. Prueba t para los grupos extremos con puntajes altos y bajos del Cuestionario de creencias y actitudes hacia la vasectomía

| Reactivo | t | GI | Sig (bil) |
|--|--------|--------|-----------|
| R1 vas método seguro y eficaz de anticonc | -8.43 | 122.83 | .0001 |
| R10 hom con vas pierde su masculinidad | -6.18 | 103.00 | .0001 |
| R11 vas método anticonc poco confiable | -11.91 | 129.16 | .0001 |
| R12 vas buen método para embarazos no deseados | -6.74 | 142.71 | .0001 |
| R13 salpingo método más efectivo que vas | -7.56 | 195.83 | .0001 |
| R14 vas perder el deseo sexual | -7.77 | 137.50 | .0001 |
| R15 vas mayor libertad para ejercer sexualidad | -5.73 | 202.61 | .0001 |
| R16 rel íntima con pareja menos satisf con vas | -11.07 | 114.26 | .0001 |
| R17 hom con vas pueden volverse impotentes | -8.91 | 107.04 | .0001 |
| R18 hom solidario con su pareja con la vas | -6.54 | 168.04 | .0001 |
| R19 hom con vas debe mantenerlo en secreto | -8.66 | 127.36 | .0001 |
| R2 vas debe evitarse por infidelidad | -8.13 | 105.71 | .0001 |
| R20 vas método eficaz para no gastar más anticonc | -6.04 | 178.36 | .0001 |
| R21 vas procedimiento sumamente doloroso | -8.84 | 180.16 | .0001 |
| R22 médicos evitar recomendar vas porque es pecado | -8.28 | 121.42 | .0001 |
| R23 pareja no quiere hijos mejor otro anticonc distinto a vas | -8.26 | 205.66 | .0001 |
| R24 plani fam y anticonc es exclusivo de mujeres | -6.15 | 133.20 | .0001 |
| R25 vas hace que hom pierda virilidad | -8.68 | 103.95 | .0001 |
| R26 vas estar tranquilo en el hogar pues no más hijos | -8.10 | 176.79 | .0001 |

| | | | Continuación... |
|--|--------|--------|-----------------|
| R27 hom con vas es menos valioso | -5.00 | 103.00 | .0001 |
| R28 vas y rel sex son menos placenteras | -8.93 | 123.46 | .0001 |
| R29 vas puede causar cáncer de testículo | -11.97 | 118.91 | .0001 |
| R3 vas oportunid para q hombre respons de plani fam | -7.83 | 121.78 | .0001 |
| R30 hom responsable con su pareja con la vas | -8.91 | 107.58 | .0001 |
| R31 con vas hom pierda su poder de dominio sobre la mujer | -6.72 | 123.00 | .0001 |
| R32 si mujer prohibido usar anticonc por salud, pareja usar vas | -9.32 | 119.88 | .0001 |
| R33 ofensivo que mujer pidiera a su pareja hacerse la vas | -8.49 | 103.97 | .0001 |
| R34 vas evitarse invitación a la promiscuidad | -7.18 | 146.69 | .0001 |
| R4 vas puede causar cáncer próstata | -10.00 | 132.42 | .0001 |
| R5 hom con vas pueden volverse homosex | -6.05 | 103.00 | .0001 |
| R6 vas operación complicada | -8.84 | 122.86 | .0001 |
| R7 vas operación implica riesgos graves | -9.77 | 110.01 | .0001 |
| R8 Jamás promovería vas | -9.80 | 173.12 | .0001 |
| R9 vas método ideal para plani fam | -9.08 | 118.73 | .0001 |

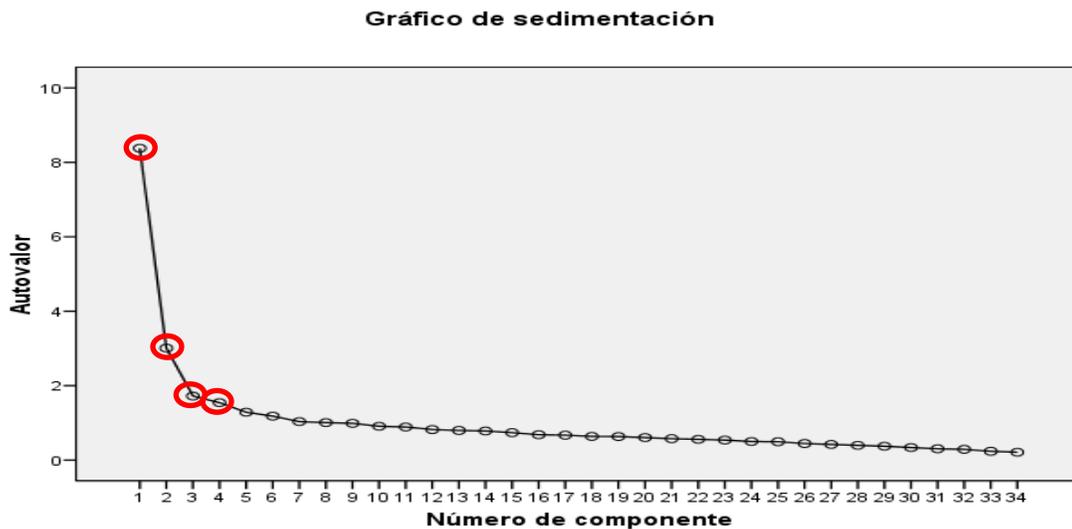
2. Análisis factorial.

Para la extracción de factores no fue viable utilizar el criterio de autovalor mayor a 1, ya que mediante este criterio se extraerían ocho factores con valores propios mayores a uno, lo cual podría deberse a que el número de variables es muy grande;

es decir, el uso del autovalor para establecer un corte es más fiable cuando el número de variables está entre 20 y 50 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999).

Por lo tanto, se optó por extraer cuatro factores de acuerdo a lo que mostró el gráfico de sedimentación (ver Figura 1).

Figura 1. Distribución de autovalores para el Cuestionario de creencias y actitudes hacia la vasectomía



Los 4 factores identificados explican el 43.10% de la varianza acumulada como puede notarse en la Tabla 16.

Tabla 16. Varianza explicada con 4 factores del Cuestionario de creencias y actitudes hacia la vasectomía

| Componente | Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación | | |
|------------|---|------------------|-------------|
| | Total | % de la varianza | % acumulado |
| 1 | 4.75 | 13.98 | 13.98 |
| 2 | 3.63 | 10.68 | 24.66 |
| 3 | 3.31 | 9.75 | 34.40 |
| 4 | 2.96 | 8.70 | 43.10 |

Nota: Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Una vez extraídos los factores se analizaron las cargas factoriales correspondientes a cada factor utilizando la rotación ortogonal tipo Varimax. Los reactivos se eliminaron en caso de: 1) Tener una carga factorial menor de 0.40 y, 2) Cuando algún reactivo no tuviera relación conceptual con el factor, para este caso, se eliminaron 7 reactivos por las siguientes razones:

- Reactivo 19 del factor 1 puesto que su carga factorial fue menor a 0.40
- Reactivo 33 del factor 1 puesto que su carga factorial fue menor a 0.40
- Reactivo 1 del factor 2 puesto que su carga factorial fue menor a 0.40
- Reactivo 4 del factor 3 para aumentar la confiabilidad del factor
- Reactivo 5 del factor 3 porque es incoherente con el factor
- Reactivo 10 del factor 3 porque es incoherente con el factor
- Reactivo 29 del factor 3 puesto que su carga factorial fue menor a 0.40

Una vez eliminados los reactivos que no se adecuaban a los dos criterios antes descritos, puede presentarse la matriz de reactivos agrupados por factor y su respectiva carga factorial como se aprecia en la Tabla 17

Tabla 17. Matriz de componentes rotada del Cuestionario de creencias y actitudes hacia la vasectomía

| Reactivo | Componente | | | |
|---|------------|------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| R17 Los hombres que se practican la vasectomía pueden volverse impotentes | .764 | | | |
| R25 La vasectomía hace que un hombre pierda la virilidad | .736 | | | |
| R28 La vasectomía puede causar que las relaciones sexuales sean menos placenteras | .728 | | | |
| R16 La relación íntima con la pareja se puede volver menos satisfactoria con la vasectomía | .654 | | | |
| R27 Un hombre que se ha practicado una vasectomía es menos valioso | .639 | | | |
| R14 La vasectomía puede hacer que un hombre pierda el deseo sexual | .614 | | | |
| R31 La vasectomía hace que el hombre pierda su poder de dominio sobre la mujer | .589 | | | |
| R32 Cuando una mujer tiene prohibido usar métodos anticonceptivos por cuestiones de salud, lo más conveniente es que su pareja se practique la vasectomía | | .672 | | |
| R9 Hoy, la vasectomía es un método ideal para la planificación familiar | | .662 | | |
| R26 La vasectomía representa estar tranquilo en el hogar pues no se tendrán más hijos | | .639 | | |
| R20 La vasectomía es un método eficaz para dejar de gastar en otros métodos anticonceptivos | | .634 | | |
| R18 Un hombre es solidario con su pareja cuando decide realizarse la vasectomía | | .608 | | |

| | |
|---|------|
| R3 La vasectomía es una oportunidad para el hombre de ser responsable de la planificación familiar | .596 |
| R12 La vasectomía es un buen método para prevenir los embarazos no deseados | .591 |
| R30 Un hombre es responsable con su pareja cuando decide realizarse la vasectomía | .553 |
| R15 La vasectomía brinda mayor libertad para ejercer la sexualidad | .464 |
| R6 La vasectomía es una operación complicada | .755 |
| R7 La vasectomía es una operación que implica riesgos graves | .709 |
| R21 La vasectomía implica un procedimiento sumamente doloroso | .470 |
| R23 Una pareja que ya no quiere tener hijos debería pensar en métodos anticonceptivos distintos a la vasectomía | .629 |
| R2 La vasectomía debe evitarse porque promueve la infidelidad | .591 |
| R11 La vasectomía es un método anticonceptivo poco confiable | .549 |
| R13 La salpingoclasia (salpingo) es un método más efectivo que la vasectomía | .502 |
| R24 La planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos es exclusivo de las mujeres | .477 |
| R8 Jamás promovería la vasectomía | .458 |
| R22 Los médicos deberían evitar recomendar la vasectomía porque es pecado para algunas religiones | .410 |
| R34 La vasectomía debe evitarse porque es una invitación a la promiscuidad | .405 |

Por lo anterior, los cuatro factores quedaron distribuidos de la siguiente manera:

- Factor 1, denominado *disminución de la virilidad* (7 reactivos), que tienen que ver con la percepción de que la vasectomía disminuye la virilidad en el hombre, por ejemplo: la vasectomía hace que el hombre pierda el deseo sexual, que el varón pueda volverse impotente o que el varón pierda el dominio sobre la mujer.
- Factor 2, denominado *beneficios* (9 reactivos), donde se reflejan los aspectos positivos de la vasectomía, por ejemplo: la vasectomía es un método ideal para la planificación familiar, un hombre es solidario con su pareja cuando decide realizarse la vasectomía o un hombre es responsable con su pareja cuando decide realizarse la vasectomía.
- Factor 3, denominado *valoración negativa a la cirugía* (3 reactivos), que tienen que ver con el miedo que se tiene a la vasectomía como procedimiento quirúrgico, por ejemplo: la vasectomía es una operación complicada, la vasectomía es una operación que implica riesgos graves o la vasectomía implica un procedimiento sumamente doloroso.
- Factor 4, denominado *percepción negativa* (8 reactivos), que se relaciona con ideas desfavorables hacia la vasectomía, por lo que ésta debe de evitarse, por ejemplo: la vasectomía debe evitarse porque promueve la infidelidad, los médicos deberían evitar recomendar la vasectomía porque es pecado para algunas religiones o la vasectomía debe evitarse porque es una invitación a la promiscuidad.

3. Análisis de confiabilidad.

Para medir la confiabilidad del cuestionario se obtuvieron los índices de consistencia interna de cada uno de los factores calculándose las Alfas de Cronbach que se pueden observar en la Tabla 18. Estos índices oscilan entre .70 y .87.

Tabla 18. Índices de Confiabilidad para cada uno de los factores del cuestionario de creencias y actitudes hacia la vasectomía

| | Factores | No. de Reactivos | Alfa de Cronbach |
|-----|----------------------------------|------------------|------------------|
| I | Disminución de la virilidad | 7 | .87 |
| II | Beneficios | 9 | .79 |
| III | Valoración negativa a la cirugía | 3 | .76 |
| IV | Percepción negativa | 8 | .70 |

Como se puede observar en la tabla anterior, los factores obtuvieron índice de consistencia interna aceptable. El índice de Consistencia Interna para todos los reactivos del Cuestionario de Actitudes hacia la Vasectomía es de .85. Estos resultados indican que un 85% de la varianza se debe a que las diferencias individuales (varianza verdadera) en los resultados pueden atribuirse a “verdaderas diferencias” en las características consideradas y un 15% de la varianza al grado en el que pueden deberse a errores fortuitos (varianza de error) como lo son el muestreo de contenido y la heterogeneidad del área de conducta muestreada (Anastasi & Urbina, 1998).

Apéndice B

Cuestionario de datos generales

Instrucciones: A continuación se presentan un conjunto de preguntas que le pedimos contestar. Marque con una “X” la que más se acerque a su condición. No hay respuestas buenas o malas y sus respuestas serán confidenciales, gracias.

Fecha:_____

Edad:____años Sexo: Hombre () Mujer () Colonia de residencia:_____

C.P. _____ Escolaridad:_____ Ocupación:_____

¿Vive actualmente en pareja? Sí () No () Sí contestó Sí, ¿Cuánto tiempo tienen de vivir en pareja?_____

¿Cuántos años tiene su pareja?_____años

¿Usted o su pareja usan algún método anticonceptivo? Sí () No ()

¿Quién lo usa? Yo () Mi pareja ()
Ambos ()

Nadie ()

¿Qué método anticonceptivo usa?_____

¿Usted (si es mujer) o su pareja (si es hombre) ha dejado de menstruar? Sí () No () No lo sé ()

¿Desde hace cuánto tiempo?_____

¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Le gustaría tener más hijos? Sí () No ()

Apéndice C

Cuestionario de creencias y actitudes hacia la vasectomía (CAV)

Instrucciones: Marque con una "X" en el cuadro correspondiente a las siguientes oraciones si está "En desacuerdo total", "Casi en desacuerdo", "Ni de acuerdo, ni en desacuerdo", "Casi de acuerdo" o "En acuerdo total".

| | | En desacuerdo total | Casi en desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Casi en acuerdo | En acuerdo total |
|-----|---|---------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------|------------------|
| 1. | La vasectomía debe evitarse porque promueve la infidelidad | | | | | |
| 2. | La vasectomía es una oportunidad para el hombre de ser responsable de la planificación familiar | | | | | |
| 3. | La vasectomía es una operación complicada | | | | | |
| 4. | La vasectomía es una operación que implica riesgos graves | | | | | |
| 5. | Jamás promovería la vasectomía | | | | | |
| 6. | Hoy, la vasectomía es un método ideal para la planificación familiar | | | | | |
| 7. | La vasectomía es un método anticonceptivo poco confiable | | | | | |
| 8. | La vasectomía es un buen método para prevenir los embarazos no deseados | | | | | |
| 9. | La salpingoclasia (salpingo) es un método más efectivo que la vasectomía | | | | | |
| 10. | La vasectomía puede hacer que un hombre pierda el deseo sexual | | | | | |
| 11. | La vasectomía brinda mayor libertad para ejercer la sexualidad | | | | | |
| 12. | La relación íntima con la pareja se puede volver menos satisfactoria con la vasectomía | | | | | |
| 13. | Los hombres que se practican la vasectomía pueden volverse impotentes | | | | | |
| 14. | Un hombre es solidario con su pareja cuando decide realizarse la vasectomía | | | | | |
| 15. | La vasectomía es un método eficaz para dejar de gastar en otros métodos anticonceptivos | | | | | |
| 16. | La vasectomía implica un procedimiento sumamente doloroso | | | | | |
| 17. | Los médicos deberían evitar recomendar la vasectomía porque es pecado para algunas religiones | | | | | |
| 18. | Una pareja que ya no quiere tener hijos debería pensar en métodos anticonceptivos distintos a la vasectomía | | | | | |

| | | En desacuerdo | Casi en desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Casi en acuerdo | En acuerdo total |
|-----|---|---------------|--------------------|--------------------------------|-----------------|------------------|
| 19. | La planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos es exclusivo de las mujeres | | | | | |
| 20. | La vasectomía hace que un hombre pierda la virilidad | | | | | |
| 21. | La vasectomía representa estar tranquilo en el hogar pues no se tendrán más hijos | | | | | |
| 22. | Un hombre que se ha practicado una vasectomía es menos valioso | | | | | |
| 23. | La vasectomía puede causar que las relaciones sexuales sean menos placenteras | | | | | |
| 24. | Un hombre es responsable con su pareja cuando decide realizarse la vasectomía | | | | | |
| 25. | La vasectomía hace que el hombre pierda su poder de dominio sobre la mujer | | | | | |
| 26. | Cuando una mujer tiene prohibido usar métodos anticonceptivos por cuestiones de salud, lo más conveniente es que su pareja se practique la vasectomía | | | | | |
| 27. | La vasectomía debe evitarse porque es una invitación a la promiscuidad | | | | | |

Apéndice D

Cuestionario de ideología del rol de género en el matrimonio (IRGEM)

Instrucciones: Marque con una "X" en el cuadro correspondiente a las siguientes oraciones si está "En desacuerdo total", "Casi en desacuerdo", "Ni de acuerdo, ni en desacuerdo", "Casi de acuerdo" o "En acuerdo total".

| | | En desacuerdo total | Casi en desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Casi en acuerdo | En acuerdo total |
|-----|---|---------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------|------------------|
| 1. | El lugar de la mujer es el hogar. | | | | | |
| 2. | Si un hombre embaraza a una mujer, el hijo es responsabilidad de los dos. | | | | | |
| 3. | Los hombres necesitan más sexo que las mujeres. | | | | | |
| 4. | Es importante que la mujer obedezca a su esposo aun cuando crea que él esté equivocado. | | | | | |
| 5. | Los hombres son por naturaleza superiores a las mujeres. | | | | | |
| 6. | La mujer debe de servir sexualmente a su esposo. | | | | | |
| 7. | Está bien que un hombre ande de "aquí para allá". | | | | | |
| 8. | La palabra del hombre de la casa no se pone en duda. | | | | | |
| 9. | La mujer debe señalar al hombre sus acciones incorrectas para que las cambie. | | | | | |
| 10. | Es importante que por encima de todo, un hombre imponga respeto. | | | | | |
| 11. | Un hombre y una mujer deben decidir juntos qué anticonceptivos usar. | | | | | |
| 12. | El padre debe involucrarse en la educación de sus hijos. | | | | | |
| 13. | Es importante que una mujer dependa de su esposo. | | | | | |
| 14. | Es responsabilidad de la mujer que el dinero alcance para los gastos de la casa. | | | | | |
| 15. | Es importante que la mujer sea sumisa. | | | | | |
| 16. | Un hombre y una mujer deben decidir juntos sobre las recomendaciones que le dé el médico (ginecólogo) a la mujer. | | | | | |
| 17. | Una mujer y un hombre deben decidir juntos si quieren tener hijos. | | | | | |
| 18. | Es importante que hombre de la casa vigile que las mujeres no malgasten el dinero. | | | | | |
| 19. | Si el hombre no está satisfecho sexualmente con su esposa está bien que tenga un amante. | | | | | |
| 20. | La seguridad de una mujer es responsabilidad de los hombres. | | | | | |
| 21. | Las mujeres deben ser pasivas. | | | | | |

Continuación....

| | | En desacuerdo total | Casi en desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Casi en acuerdo | En acuerdo total |
|-----|--|---------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------|------------------|
| 22. | El hombre no tiene por qué escuchar los problemas de la esposa. | | | | | |
| 23. | Las mujeres no necesitan sexo. | | | | | |
| 24. | Las mujeres no deben salir solas de noche. | | | | | |
| 25. | Es importante que los hombres tengan la última palabra en las decisiones de la familia. | | | | | |
| 26. | El hombre debe llevar "los pantalones" en la familia. | | | | | |
| 27. | Está bien que los hombres casados tengan amantes. | | | | | |
| 28. | El hombre y la mujer deben disfrutar por igual de la relación sexual. | | | | | |
| 29. | Es importante que las mujeres sean abnegadas. | | | | | |
| 30. | La educación de los hijos es obligación exclusiva de la madre. | | | | | |
| 31. | Es el hombre quien debe decidir de qué forma tener las relaciones sexuales. | | | | | |
| 32. | Las mujeres deben sacrificarse más que los hombres por su familia. | | | | | |
| 33. | Ambos padres deben compartir la autoridad en casa. | | | | | |
| 34. | Es importante que las mujeres sean obedientes. | | | | | |
| 35. | Está bien que una mujer casada trabaje fuera del hogar. | | | | | |
| 36. | El papel más importante de las mujeres es cuidar de su casa. | | | | | |
| 37. | Una buena esposa no pone en duda lo que hace su esposo. | | | | | |
| 38. | Una mujer que no hace quehaceres domésticos es irresponsable. | | | | | |
| 39. | Es importante que la mujer esté a disposición de su esposo cuando él se lo pida. | | | | | |
| 40. | Cambiar pañales, bañar y alimentar a un hijo son responsabilidades únicamente de la madre. | | | | | |
| 41. | Un hombre necesita otras mujeres, aunque esté bien con su pareja. | | | | | |

Continuación....

| | | En desacuerdo total | Casi en desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Casi en acuerdo | En acuerdo total |
|-----|---|---------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------|------------------|
| 42. | Es deber de una esposa acatar la autoridad del esposo. | | | | | |
| 43. | Es importante que las mujeres acepten la protección masculina por su propio bien. | | | | | |
| 44. | El hombre debe ser el rey de la familia. | | | | | |
| 45. | La mujer debe opinar de qué forma tener las relaciones sexuales. | | | | | |

Apéndice E

Inventario de sexismo ambivalente (ISA)

Instrucciones: Marque con una "X" en el cuadro correspondiente a las siguientes oraciones si está "En desacuerdo total", "Casi en desacuerdo", "En desacuerdo leve", "En acuerdo leve", "Casi en acuerdo" o "En acuerdo total".

| | | En desacuerdo total | Casi en desacuerdo | En desacuerdo leve | En acuerdo leve | Casi en acuerdo | En acuerdo total |
|-----|--|---------------------|--------------------|--------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 1. | Aun cuando un hombre logre muchas cosas en su vida, nunca podrá sentirse verdaderamente completo a menos que tenga el amor de una mujer | | | | | | |
| 2. | Con el pretexto de pedir "igualdad", muchas mujeres buscan privilegios especiales, tales como condiciones de trabajo que las favorezcan a ellas sobre los hombres | | | | | | |
| 3. | En caso de una catástrofe, las mujeres deben ser rescatadas antes que los hombres. | | | | | | |
| 4. | La mayoría de las mujeres interpreta comentarios o conductas inocentes como sexistas, es decir, como expresiones de prejuicio o discriminación en contra de ellas. | | | | | | |
| 5. | Las mujeres se ofenden muy fácilmente. | | | | | | |
| 6. | Las personas no pueden ser verdaderamente felices en sus vidas a menos que tengan pareja del otro sexo. | | | | | | |
| 7. | En el fondo, las mujeres feministas pretenden que la mujer tenga más poder que el hombre | | | | | | |
| 8. | Muchas mujeres se caracterizan por una pureza que pocos hombres poseen. | | | | | | |
| 9. | Las mujeres deben ser queridas y protegidas por los hombres. | | | | | | |
| 10. | La mayoría de las mujeres no aprecia completamente todo lo que los hombres hacen por ellas. | | | | | | |
| 11. | Las mujeres intentan ganar poder controlando a los hombres. | | | | | | |
| 12. | Todo hombre debe tener una mujer a quien amar. | | | | | | |
| 13. | El hombre está incompleto sin la mujer. | | | | | | |
| 14. | Las mujeres exageran los problemas que tienen en el trabajo. | | | | | | |
| 15. | Una vez que una mujer logra que un hombre se comprometa con ella, por lo general intenta controlarlo estrechamente. | | | | | | |
| 16. | Cuando las mujeres son vencidas por los hombres en una competencia justa, generalmente ellas se quejan de haber sido discriminadas. | | | | | | |
| 17. | Una buena mujer debería ser puesta en un pedestal por su hombre. | | | | | | |
| 18. | Existen muchas mujeres que, para burlarse de los hombres, primero se insinúan sexualmente a ellos y luego rechazan los avances de éstos. | | | | | | |
| 19. | Las mujeres, en comparación con los hombres, tienden a tener una mayor sensibilidad moral. | | | | | | |
| 20. | Los hombres deberían estar dispuestos a sacrificar su propio bienestar con el fin de proveer seguridad económica a las mujeres. | | | | | | |
| 21. | Las mujeres feministas están haciendo demandas completamente irracionales a los hombres. | | | | | | |
| 22. | Las mujeres, en comparación con los hombres, tienden a tener un sentido más refinado de la cultura y el buen gusto. | | | | | | |