



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS,
ACTITUD Y PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN LA PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47, SAN LUIS
POTOSÍ**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

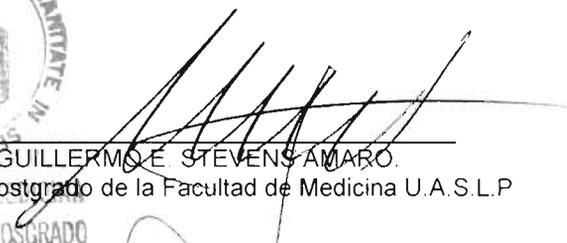
MARIA MAGALI ROSALES RIVERA

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.
2006 - 2009





AUTORIZACIONES



DR. GUILLERMO E. STEVENS AMARO.

Secretario de Postgrado de la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.

SECRETARIA DE POSGRADO



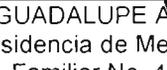
DRA. ANA LUISA GONZALEZ SANCHEZ.

Coordinadora Delegacional de Educación en Salud, I.M.S.S.



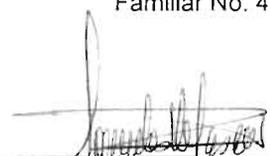
DRA. MARTHA ELENA VIDALES RANGEL.

Coordinadora de Educación Médica e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.



DRA. MARÍA GUADALUPE ALVARADO RODRÍGUEZ.

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.



DRA. LOURDES VELASCO ROJAS

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.



**CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS,
ACTITUD Y PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN LA PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47, SAN LUIS
POTOSI**

Número de Registro: R-2008-2402-11

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA MAGALI ROSALES RIVERA

ASESORES

DRA. MARTHA ELENA VIDALES RANGEL

Asesor Clínico y Metodológico

Médico Familiar, Coordinador de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

DR. ANTONIO BENITO TORRES RUYALCABA

Asesor Estadístico

Médico Pediatra, profesor Investigador de la Facultad de Medicina de la

U.A.S.L.P. Jefe del Departamento de Salud Pública del Facultad de Medicina de

la U.A.S.L.P.

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

2006 – 2009

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la oportunidad que me dio de vivir y así, poder servir a mis semejantes.

A mis Padres por acompañarme en esta hermosa experiencia de vivir junto a ellos, por formarme como mujer, como hija y apoyarme en mi formación como profesionista. Por sus desvelos, su apoyo y amor, que sin estos factores no sería lo que soy.

A mi esposo por su apoyo, amor y comprensión, por darme la oportunidad de seguir adelante en mi formación profesional.

A mis hermanos por brindarme lo mejor de sí mismos y contribuir a formar una gran familia.

A mis sobrinos, que son como mis hermanos y forman parte importante de mi vida.

A mis amigos que gracias a ellos y su apoyo mi carrera como médico ha sido más fácil, con su humor y compañía.

A mis profesoras que gracias a sus enseñanzas, consejos y su valiosa colaboración en mi proyecto de vida profesional.

A mis asesores sin su apoyo, no sería posible la realización de esta investigación. A la Dra. Lourdes Cecilia Correa, por su apoyo y dedicación.

A las personas que dedicaron su tiempo para la validación de mi Instrumento: Dra. María del Carmen Flores Gómez, Dra. Roció Martínez Cervantes, Dr. Marcelo Castro Cortes, Lic. Trabajo Social Ma. Asunción Goytortuo, Lic. Enfermería Ma. De Lourdes Rodríguez y Lic. Psicología. Anabel Govea.

ÍNDICE

I.	ANTECEDENTES	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
III.	JUSTIFICACIÓN	30
IV.	OBJETIVOS	32
V.	HIPÓTESIS	33
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS	34
	1. Tipo de Estudio	34
	2. Diseño del estudio	34
	3. Población de Estudio.	34
	4. Técnica Muestral.	34
	5. Tamaño de la Muestra	34
	6. Criterios de Selección.	35
	7. Variables de Estudio.	36
	8. Procedimientos.	38
	9. Plan de Análisis.	38
	10. Instrumento de Recolección de Información.	38
	11. Consideraciones Éticas.	40
	12. Productos esperados.	41
	13. Administración de Trabajo de Investigación.	41
	- Personal participante de la Investigación.	41
	- Recursos Físicos y Materiales.	41
VII.	RESULTADOS.	42
VIII.	DISCUSIÓN.	47
IX.	CONCLUSIONES.	49
X.	SUGERENCIAS.	50
XI.	ANEXOS.	51
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	56

I. ANTECEDENTES.

La información es un fenómeno que proporciona significado o sentido a las cosas, e indica mediante códigos y conjuntos de datos, los modelos del conocimiento humano. La información es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje sobre un determinado ente o fenómeno. Cuando tenemos que resolver un determinado problema o tenemos que tomar una decisión, empleamos diversas fuentes de información (como podría ser el capítulo de un libro), y construimos lo que en general se denomina conocimiento o información organizada, que permite la resolución de problemas o la toma de decisiones.¹

La información como tal no tiene funciones, de modo que estas solamente son propias de quien, emplea y maneja la información, pero también es posible que la información dote al individuo de más conocimiento, o él mismo valora lo significativo de la información, la organiza y la convierte en conocimiento.¹

El conocimiento es más que un conjunto de datos o de información almacenada a través de la experiencia. El conocimiento, en su sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen valor cualitativo. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa al entendimiento termina en la razón, y es aquí donde se permite tomar decisiones para realizar las acciones cotidianas que aseguran la existencia social.¹

Se considera que la generación y/o obtención de información persigue estos objetivos:

- Aumentar el conocimiento del usuario.
- Proporcionar a quien toma decisiones la materia prima fundamental para el desarrollo de soluciones y la elección.
- Está debe ser elaborada para ser utilizable o disponible por otras personas. Este proceso se le llama documentación.

La información se integra por investigaciones a través del tiempo, en base al conocimiento obtenido se toman decisiones.¹

La actitud proviene esencialmente del conocimiento que llevamos grabada en nuestra mente. De ahí que nuestra actitud cambiará si lo hacen nuestras opiniones y nuestras creencias.¹

Los seres humanos desarrollamos actitudes hacia individuos específicos y situaciones abstractas, consideramos la actitud como una predisposición aprendida para responder en forma favorable o desfavorable ante una persona, comportamiento, creencia u objeto particular, la mayoría de los psicólogos sociales consideran que las actitudes siguen un modelo formado por tres componentes: afecto, comportamiento y cognición. El componente afectivo comprende nuestras emociones positivas o negativas acerca de algo, el componente conductual consiste en la predisposición para actuar en forma específica, por último el componente cognitivo se refiere a los conocimientos y pensamientos que tenemos acerca del objeto de nuestra actitud. Todas las actitudes se forman, mantienen y cambian de acuerdo a estos principios o componentes. Por ejemplo: si a usted, le agradan las hamburguesas (componente afectivo), está dispuesto a adquirirlas en algún establecimiento donde pueda comprarla (componente conductual), cree que el alimento es una buena fuente de proteínas (componente cognitivo), por lo que es probable que las consuma con mucha frecuencia.¹

Factores determinantes de la actitud según Leo Kanner:

- Todas las actitudes se expresan como reacciones afectivas provocadas por las personas y las situaciones.
- La actitud del individuo se asume ante una situación en particular
- Las actitudes se desarrollan a través de la vida diaria.
- Las actitudes son creadas por las actitudes de los demás, es decir son influenciadas de manera favorable o desfavorable y son determinantes del desarrollo de la personalidad y de la conducta.¹

Aplicable a la planificación familiar una actitud positiva predice la utilización de métodos anticonceptivos. Cuando las actitudes surgen de la experiencia, tienen más posibilidades de permanecer y de guiar las acciones.²

Las actitudes es uno de los muchos factores que tienen que estar presentes para poder influir en las percepciones, intenciones, planes, en última instancia en la conducta de una persona.³

La actitud impulsa y orienta e impulsa las acciones hacia determinados objetivos y metas, se considera un valioso elemento para predecir las conductas, acciones o comportamientos del ser humano.³

A toda acción de un individuo orientada a la satisfacción de objetivos, determinados por la presencia de valores, intereses y motivaciones, se le considera participación.³

Las personas participan para mejorar sus posibilidades de acceso a bienes y servicios, integrarse a procesos sociales, mejorar sus oportunidades de concretar su proyecto de vida para construir deliberadamente su futuro.²

La planificación familiar es un componente de la salud reproductiva que implica lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que desea tener, además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable.⁴

La concepción o fecundación se produce en el instante mismo en que el espermatozoide penetra al óvulo; a partir de este momento existe una nueva vida humana.⁴

Para impedir el encuentro del espermatozoide con el óvulo el hombre ha ideado diferentes artificios, a los que se les denomina anticonceptivos.⁴

La Planificación Familiar (PF), es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, así como obtener la información especializada y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas.⁴

Podemos definir como usuario potencial a hombres con vida sexual activa, que actualmente se encuentran sin un método anticonceptivo.⁴

Los servicios de planificación familiar son los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos,

identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil. Constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población.⁴

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, siendo los que a continuación se mencionan:

I. Temporales.

1) Hormonales orales: Su mecanismo de acción consiste en impedir el proceso de maduración y expulsión del óvulo que se produce normalmente en el ciclo menstrual. Este tipo de anticonceptivos actúa, básicamente, inhibiendo la secreción de las gonadotrofinas por parte de la hipófisis.⁵

2) Hormonales inyectables: Los progestágenos difieren entre sí por sus afinidades hacia los receptores de estrógenos, andrógenos y progesterona; su capacidad para inhibir la ovulación, para sustituir la progesterona y antagonizar a los estrógenos.⁵

3) Hormonales subdérmicos: El implante subdérmico que libera levonogestrel produce cierta maduración folicular y cierta producción de estrógenos, pero las concentraciones máximas de Hormona Luteinizante (LH) son bajas inhibiendo la ovulación. Los mecanismos de anticoncepción con progestágenos a dosis bajas parecen incluir efectos sobre el moco cervical, el endometrio y la motilidad tubaria. El moco cervical escaso y seco en las mujeres que utilizan estos preparados inhibe la migración de los espermatozoides hacia la parte alta del útero.⁵

4) Anillo Vaginal: Libera dosis fijas de progestágenos para inhibir la ovulación.

5) Dispositivo intrauterino: Produce formación de una "espuma biológica" dentro de la cavidad uterina que contiene bandas de fibrina, células fagocíticas y

enzimas proteolíticas. El Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre libera continuamente una pequeña cantidad de Metal, la cual produce una reacción inflamatoria de mayor magnitud. El ambiente intrauterino alterado interfiere con el paso de los espermatozoides a través de la cavidad de este órgano, con lo que se impide la fecundación del óvulo. Se debe hacer una exploración pélvica bimanual previa a la colocación del DIU para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar alguna patología pélvica. La aplicación requiere la ayuda de un espéculo vaginal, se visualizará el cérvix y se hará limpieza del cuello uterino, empleando una gasa con solución antiséptica. Empleando pinza de Pozzi, se toma el labio anterior del cuello uterino, se tracciona suavemente para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina. Con un histerómetro, de preferencia maleable, se determina la longitud de la cavidad uterina. Se registra la distancia entre el orificio cervical externo y el fondo de la cavidad. Si la longitud es menor a 6 cm no debe insertarse el DIU. Si la longitud es mayor a 6 cm se debe insertar el DIU siguiendo los lineamientos señalados en el instructivo de uso, que es proporcionado por el fabricante, o en los manuales de procedimientos elaborados por las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Una vez terminada la inserción, se retira la pinza de Pozzi, se verifica que no exista hemorragia en los sitios de prensión, se recortan los hilos guía a 2 cm del orificio externo del cérvix en caso necesario posteriormente se retira el espéculo vaginal.⁵

6) Parche Transdérmico: Este método tiene la apariencia de una bandita adhesiva; se coloca en la piel, las hormonas que contiene se suministran a través de la piel hasta el flujo sanguíneo, es una dosis continua que contiene un combinación de hormonas, se aplica uno por semana, su mecanismo de acción es evitando la ovulación, generando cambios endometriales y dificultando el paso del espermatozoide gracias a las modificaciones que produce en el moco cervical. El parche debe aplicarse sobre la piel del abdomen, nalgas, la parte superior de la espalda o la parte exterior alta del brazo. El parche debe

permanecer por 7 días en los lugares mencionados anteriormente, la piel debe estar limpia y libre de aceites.⁵

7) De barrera y espermicidas.

a) El preservativo consiste en una funda sintética que se coloca sobre el pene erecto, de tal modo que al producirse la eyaculación el esperma liberado queda retenido en su interior, con lo que impide su depósito en la vagina.⁵

Para evitar que durante el coito el preservativo se tense, presentando la posibilidad de romperse, es recomendable retirar el prepucio hacia atrás, dejando el glande al descubierto, antes de colocarlo. Una vez hecho este, se desenrolla con cuidado el preservativo, aplicándolo a lo largo del pene erecto de tal forma que no quede aire retenido en su interior. Para retirar el preservativo se debe realizar antes de que el pene pierda su erección, sujetando el preservativo de la base. El preservativo utilizado debe ser desechado. Si se continúa la relación sexual, debe utilizarse un nuevo preservativo, observando las mismas precauciones mencionadas.⁵

Puede considerarse como inconveniente la interrupción necesaria del juego sexual para colocar el condón. Sin embargo, muchas parejas no consideran la colocación como una molestia, sino que, al contrario, la incluyen como un componente erótico más del juego sexual.⁵

b) Diafragmas: De estos existen 3 tipos: resorte de alambre enroscado, resorte de alambre plano y resorte angulado. Consiste en un casquete de goma flexible que se coloca en el fondo de la vagina, que cubre totalmente el orificio externo del cuello uterino, de tal modo que impide el acceso del semen al útero. La colocación del diafragma se efectúa antes del coito, preferentemente en un plazo no superior a dos horas, ya que si se mantiene colocado durante más tiempo puede provocar discretas molestias irritantes. La paciente debe colocarse en cuclillas, con un pie sobre una silla o acostada boca arriba, con las piernas separadas. Para introducirlo, el diafragma se coge con los dedos índice y pulgar de una mano, presionando los bordes de forma que se junten de manera que, adopte una forma de ocho. Con la otra mano, se abre la entrada a

la vagina, el diafragma se introduce hasta alcanzar el fondo de la vagina. Mediante una palpación con el dedo índice, la mujer puede comprobar que el borde posterior haya sobrepasado el cuello del útero. A continuación, se desplaza el borde anterior hasta colocarlo detrás del pubis, de forma que cubra totalmente el cuello del útero, como un capuchón. Si el diafragma se coloca adecuadamente, no ocasiona molestias a la mujer, ni su pareja nota su presencia durante el acto sexual. Después de la eyaculación, el diafragma debe dejarse colocado como mínimo durante unas ocho horas, ya que si se retira antes los espermatozoides que quedarán en la vagina podrían desplazarse hacia arriba dando la posibilidad de fecundar al óvulo. No debe dejarse colocado más de 24 horas seguidas, porque favorecería el desarrollo de infecciones genitales. Si se efectúa un nuevo coito mientras está colocado, debe añadirse una nueva dosis de espermicida. La extracción del diafragma se realiza fácilmente, traccionando el borde anterior con un dedo.⁴

c) Los espermicidas, son detergentes no iónicos con actividad superficial que inmovilizan a los espermatozoides. Estos anticonceptivos vienen en espumas, aerosoles, cremas, y jaleas vaginales. Se usan poco tiempo antes del coito, Entre sus ventajas encontramos que son fáciles de usar, no tienen efectos colaterales y no necesitan de receta médica, Su desventaja es su alta tasa de fracaso.⁵

8) Naturales o de abstinencia periódica.

a) El coitus interruptus es la extracción del pene de la vagina antes de la eyaculación, de manera que el esperma se deposite en el exterior, con el propósito de evitar el contacto de los espermatozoides, con el interior de los genitales femeninos, donde puede haber células germinales femeninas y en un momento dado producirse la fecundación. Como método "natural", la interrupción del coito tiene la ventaja de que no modifica en absoluto las funciones del aparato reproductor masculino y femenino. Además, que puede practicarse en cualquier momento del ciclo, sin requerir ninguna preparación previa. La interrupción del coito tiene el gran inconveniente de que interfiere

considerablemente en la relación sexual, ya que obliga al hombre a tener un gran control para conseguir retirarse justo a tiempo sin verter nada de esperma en la vagina, se sabe que el líquido pre eyaculatorio contiene espermatozoides.

4

b) El Método de Billings: La mujer intenta predecir su periodo de fecundidad al percibir la consistencia del moco cervical entre sus dedos. Bajo la influencia de los estrógenos, el moco se vuelve más abundante, cada vez más resbaloso y elástico, hasta que llega a un día en que estas cualidades son máximas; a continuación el moco se vuelve escaso y se deseca bajo la influencia de la progesterona, hasta que se inicia la siguiente menstruación. Se permite el coito durante los días secos.⁴

c) El método de la temperatura; Este método depende de la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación y por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal. Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio generalmente es discreto, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. El incremento de la temperatura corporal anuncia que el cuerpo amarillo (lúteo) está produciendo progesterona, por lo tanto que ha ocurrido la ovulación. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales siete días anteriores al día en que se espera el aumento de la temperatura y tres días posteriores al aumento de la misma. La espera de tres días, poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado.⁴

d) Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus. Como resultado de la observación continua durante un año, la pareja puede estimar el principio de su período fértil. Durante este tiempo la pareja identifica su período más corto y su período más largo, por medio del siguiente cálculo: al ciclo más corto, se le

resta 19 días, que corresponde al primer día de riesgo de embarazo. Al ciclo más largo, se le resta 12 días, que corresponde al último día de alta probabilidad de embarazo, por lo tanto el periodo comprendido durante estos días es el de mayor probabilidad de embarazo. Ejemplo: $28-19=9$ y $36-12=24$, esto significa que del día 9 al 24 día del ciclo menstrual no se puede tener relaciones sexuales.⁴

Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiado amplios, requieren de abstinencia prolongada.⁴

e) Método sintotérmico. Este método es denominado así porque incluye varios síntomas y signos con la temperatura basal, especialmente cambios en el moco cervical y cálculo numérico para determinar el periodo fértil de la mujer. Se pueden asociar con otros cambios tales como: dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad, dilatación del cérvix, mastodinia, edema y cambios en el estado de ánimo. Los cambios cíclicos del cérvix se presentan de manera más uniforme, pero algunas mujeres tal vez no puedan interpretarlos, incluso cuando no existan condiciones anormales.⁴

II. Permanentes.

1) Oclusión tubaria bilateral: El procedimiento de oclusión tubaria puede ser por Salpingectomía y ligadura, salpingotomía (fimbriectomía), Técnicas de Pomeroy, Uchida e Irving. Mecánica: por aplicación de anillos de Yoon o electrofulguración. En el procedimiento clásico de Pomeroy, se reseca un asa de la trompa de Falopio, después de ligar su base con material de sutura absorbible sencillo, una modificación del procedimiento es la resección de la porción media de la trompa después de ligar el segmento con dos puntos separados de material absorbible. Imposibilita el paso de óvulos a través de las trompas de Falopio seccionadas. Esta técnica es la recomendada como procedimiento de elección por la NOM 005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar. Este método quirúrgico es definitivo en las mujeres.⁴

2) Vasectomía: es un método de planificación familiar definitivo en los varones, consiste en la resección de una parte del conducto deferente, que son las vías de conducción de los espermatozoides desde los testículos hacia la uretra. Se efectúa con facilidad bajo anestesia local en el consultorio. La técnica más usada es la vasectomía sin bisturí, que es la más rápida, menos molesta, tiene muy pocas complicaciones. La vasectomía es una intervención quirúrgica muy simple, para acceder al conducto deferente, se efectúa una pequeña incisión en el escroto, a través de la cual se introducen los instrumentos necesarios para practicar la sección. Los dos extremos del conducto se ligan o se cauteriza, para evitar que queden abiertos y puedan comunicarse. Este procedimiento se aplica en ambos lados, de forma sucesiva en el mismo acto quirúrgico. Esta cirugía no interfiere en el funcionamiento hormonal de los testículos; el hombre conserva el deseo y la potencia sexual que tenía antes de la intervención. Incluso siguen produciéndose eyaculaciones, ya que la intervención no afecta la producción de secreciones en las vesículas seminales, ni su exteriorización. Para garantizar la eficacia del método, se dejan pasar 20 eyaculaciones para la realización de una espermatozoscopia para corroborar que el método es eficiente.⁴

Antes de la revolución sexual iniciada con la píldora, los hombres formaban una parte más integral de la planificación familiar y de otras cuestiones de salud de la reproducción que hoy en día. Si una pareja deseaba usar la anticoncepción, sus opciones se limitaban principalmente a los métodos que requerían la participación del hombre: coitus interruptus, abstinencia periódica y condones.⁵ Los métodos hormonales tales como anticonceptivos orales en 1960, el dispositivo intrauterino y la esterilización quirúrgica moderna, condujeron al desarrollo de una comunidad de servicios de planificación familiar centrada en la mujer, que excluyó a los hombres. El desafío de hoy, como lo expresa la Conferencia sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo en 1994, consiste en aumentar la responsabilidad de los hombres en cuanto a la planificación familiar mediante la ampliación de los servicios, de modo que se

proteja la salud de la reproducción de los hombres y las mujeres, el fomento de una mayor sensibilidad en cuanto a las cuestiones de género. Ya que la mayor atención que siempre se ha presentado a la salud reproductiva de la mujer ha resultado en una ausencia de información sobre las necesidades de los hombres en este campo, y sobre la influencia del hombre en la salud reproductiva de la mujer⁶

Los hombres desempeñan un papel importante en el apoyo de las necesidades sobre la planificación familiar de la pareja. A menudo, los hombres influyen en el uso eficaz de un método anticonceptivo, e incluso en la satisfacción con el método escogido. Con frecuencia, el apoyo del hombre contribuye al mejor uso de los métodos femeninos, y para muchas parejas, el método masculino puede ser una opción excelente.⁶

Los varones que participan en la toma de decisiones referentes a la planificación familiar, es más probable que se lleven a la práctica, que las tasas de continuación del uso de métodos anticonceptivo sean mayores, así como la selección de métodos anticonceptivos masculinos.⁷

Se ha documentado que el hombre continúa ejerciendo influencia, tanto en la decisión de usar métodos anticonceptivos, como en la decisión sobre el número de hijos que desea tener y en qué momento. En diversos contextos, los varones se oponen a que sus esposas practiquen la planificación familiar por temor, creencias erróneas sobre los efectos secundarios de los métodos de anticoncepción y por temor a la infidelidad de sus parejas. Sin embargo, también hay muchos hombres que tienden a apoyar la práctica de la planificación familiar al considerarla importante para la salud de la mujer. Así los hombres motivados por evitar embarazos fuera del matrimonio apoyan el uso de Métodos Anticonceptivos (MAC); como el condón, participando, inclusive, en la elección del método a usar, tomando en cuenta su seguridad y efectos colaterales. Son pocos los estudios que han intentado explicar el efecto que tienen sobre la práctica anticonceptiva los conocimientos y las actitudes, particularmente de los hombres, hacia el uso de MAC.⁸

La participación de los hombres en la planificación familiar, no sólo mejora la salud de las mujeres, sino también, como lo han afirmado investigadores y promotores, es esencial para su propia salud y bienestar.⁸

Según la Organización Panamericana de la Salud existen varios factores que se combinan para limitar la participación de los hombres en la planificación familiar⁹

- Los roles de género – masculino y femenino – asimilados durante la niñez, cuando los niños (as) aprenden que la sociedad tiene diferentes expectativas para cada uno de ellos. La masculinidad incluye un conjunto estricto de normas que influyen en el comportamiento y las actitudes de los hombres respecto a la planificación familiar.⁹
- La virilidad de un hombre es medido por sus conquistas sexuales, el número de hijos, y por el comportamiento de las mujeres en su círculo familiar / social (la esposa, las novias, las hijas, la madre, etc.).⁹
- La iniciación sexual en general empieza más temprano para los hombres que para las mujeres, en América Latina y el Caribe, los adolescentes varones tiene que probar constantemente su virilidad mediante su actividad sexual. Los hombres jóvenes y adultos frecuentemente ven la iniciación de las relaciones sexuales como una manera de demostrar que son hombres y para ganar estatus en su grupo social, en lugar de verlas como una oportunidad para la intimidad.⁹
- Se espera que los hombres estén sexualmente informados. En realidad, tanto los niños como los hombres generalmente no están informados o están mal informados, pero no buscan información por el temor de parecer sin experiencia.⁹
- La mayoría de los hombres conocen los métodos anticonceptivos, aunque este conocimiento no siempre se traduce en el uso práctico o consistente de los mismos.⁹

Diversos estudios han mostrado una fuerte asociación entre la educación de la pareja (especialmente de los varones) y el uso de MAC, al encontrar que los

hombres con mayor escolaridad consideran que son tan responsables como las mujeres de prevenir los embarazos. Más sin embargo esto es tan variable dependiendo de la localidad donde se realiza el estudio ya que influyen también la cultura (el machismo) y el nivel socioeconómico.⁸

Las mujeres han sido tanto el grupo objetivo como las beneficiarias de los programas nacionales e internacionales de planificación familiar y salud reproductiva. En el ámbito de la salud, los formuladores de políticas, los planificadores incluso, los proveedores de servicios han pasado por alto el papel influyente que los hombres desempeñan en la planificación familiar de sus familias, especialmente de sus parejas sexuales. El no incorporar a los hombres en los programas de promoción, prevención, atención de la salud sexual y reproducción ha tenido una grave repercusión en la salud de las mujeres incluso en la falta de éxito de los mismos programas.⁹

Aunque los hombres, tradicionalmente, han tenido más poder social, económico y político que las mujeres, muchos de ellos no dejan de buscar maneras para aumentar o afirmar este poder, a través de la violación, la violencia en el hogar, el acoso sexual, la retención de dinero u otros recursos económicos, y el ejercer el control sobre el comportamiento de las mujeres, incluyendo su fecundidad.⁹

El compromiso para involucrar a los hombres tanto en la salud sexual, reproductiva como en la igualdad de género se contrajo por primera vez en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo 1994). El objetivo es promover la igualdad de género en todas las esferas de la vida, incluida la vida familiar incluso la comunitaria; alentar a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual, reproductivo, para que asuman de una mejor manera su función social y familiar dentro del ámbito de la planificación familiar.¹⁰

En el caso del conocimiento y práctica médica, Castro & Bronfman (1993) analizan los criterios de interpretación epistemológica, ejemplificando como los conceptos de: naturaleza, cuerpo, subjetividad, dominio privado, sentimientos, emociones y reproducción; se asocian a "lo femenino", mientras que los de

cultura, mente, objetividad, dominio público, pensamiento, racionalidad y producción, se vinculan a "lo masculino".¹¹

En otras partes, los hombres también desempeñaban una función esencial en la toma de decisiones relativas a la planificación familiar. Las parejas de Nigeria dijeron que las opiniones de los hombres eran más importantes que las de las mujeres en las decisiones familiares. Entre las 3.000 parejas entrevistadas, el 88 por ciento de los hombres y, el 78 por ciento de las mujeres dijeron que los hombres eran los que dominaban en la toma de decisiones en el hogar. En general, los hombres y las mujeres coincidieron en que los hombres deciden si la pareja tiene relaciones sexuales, la duración de la abstinencia después del parto, además, del uso por la pareja de un método de planificación familiar.¹¹

En estudios hechos por Bean et al. (1983) y Miller et al. (1991) sobre cómo deciden las parejas el uso de anticonceptivos permanentes, reportan que la interacción de la pareja así como el acuerdo entre las mismas son significativos para diferenciar el tipo de método definitivo al que se recurre. A mayor comunicación marital se opta por la vasectomía, y cuando la comunicación es muy pobre, se recurre a la oclusión tubaria bilateral. Los autores documentan las experiencias laborales que incrementan la posibilidad de la mujer de negociar la decisión sobre el tipo de método a ser utilizado.¹² Andrés et al. (1984) encuentran que las decisiones sobre la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción se explican en mejor medida a partir de las características de la relación de una pareja, en particular sus actitudes liberales.¹³

Los hombres saben poco acerca de su propia sexualidad o de la sexualidad de las mujeres; hay poca comunicación respecto a sexualidad en sus relaciones incluso, con frecuencia creen muchos mitos sexuales. Muchos hombres desconfían de los programas de planificación familiar porque los consideran como una conspiración para debilitar gradualmente su poder".¹⁴

Una de las razones frecuentes que dan las mujeres para no iniciar o seguir usando la anticoncepción es la oposición de sus compañeros. Los hombres que tienen conocimientos de las cuestiones de salud de la reproducción tienden

más a respaldar las decisiones de sus compañeras, a fomentar políticas públicas que permiten que las mujeres reciban la atención de salud de la reproducción que necesitan. Un proyecto realizado en una zona rural de Mali abordó este objetivo utilizando a los hombres para que promovieran la planificación familiar en las comunidades locales. Muchas mujeres notificaron que los trabajadores comunitarios masculinos habían logrado cambiar las actitudes de sus esposos, que tenían respecto a la planificación familiar e inclusive, habían generado una comunicación más abierta entre los cónyuges respecto a este tema.¹⁵

Mayor comunicación entre los cónyuges. Cuando los dos cónyuges toman conjuntamente las decisiones en materia de salud de la reproducción, hay más probabilidades de que estas decisiones se lleven a la práctica. Los hombres se vuelven más comprensivos, puesto, que ayudan a sus compañeras a recibir los servicios de salud de la reproducción cuando se necesitan y proporcionan los recursos necesarios para obtener esos servicios. Una campaña de planificación familiar realizada en Bolivia en 1994 trató de mejorar la comunicación usando el lema "Hablemos juntos". Durante la promoción, el número de nuevos usuarios de anticonceptivos y el número de hombres que notificaron su intención de solicitar servicios de salud de la reproducción aumentaron considerablemente.¹⁶

Mayor uso de los métodos masculinos. La doctora Karin Ringheim, de la Agencia de Gobierno de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional (USAID), en un análisis de las cuestiones de género que influyen en las opciones anticonceptivas explica; que el mayor uso de los métodos masculinos disminuirá parte de la carga en la anticoncepción que recae en las mujeres, además de algunos programas que están usando campañas de promoción creativas para la vasectomía, puede ampliar el uso de este método seguro y eficaz.¹⁶

A medida que aumenta el uso de los condones en la era del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), más proveedores de servicios de planificación familiar ofrecen condones como una opción anticonceptiva para

aquellos que corren un riesgo elevado de contraer Enfermedades de transmisión sexual (ETS) Desafortunadamente, en este momento hay pocos métodos disponibles para los hombres, la investigación relativa a nuevos métodos masculinos sigue avanzando a un ritmo lento.¹⁷

Abordar las propias necesidades de salud de la reproducción de los hombres. El acceso a los servicios de salud de la reproducción debería ser una cuestión de derechos humanos para los hombres y las mujeres. Los hombres tienen sus propios problemas de salud de la reproducción que van más allá de los servicios de planificación familiar aunado a los relativos de las ETS, tales como infertilidad, disfunción sexual, cáncer de la próstata y cáncer testicular La falta de servicios para abordar estas necesidades contribuye al estrés, la ansiedad incluso la pérdida de autoestima entre los hombres. "Los hombres, así como las mujeres, afrontan diferentes cuestiones en diferentes etapas de su ciclo vital" "Un momento crucial ocurre durante los primeros años de la juventud, cuando los muchachos pasan por una marcada identificación de género, buscan a alguien que les sirva de modelo."¹⁸

Puesto que ha aumentado el interés en la participación de los hombres, se quiere saber más cómo llegar hasta ellos eficazmente. Por ejemplo, las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) ahora están recopilando de los hombres datos comparables acerca de las prácticas y actitudes de planificación familiar. Así mismo, se están obteniendo datos más cualitativos de estudios detallados e investigaciones de grupos de opinión. A medida que los investigadores obtienen más información, los estereotipos están cediendo el paso a una imagen de los hombres que se ajusta más a los hechos.¹⁹

Si bien es cierto que los 15 países representan sólo partes de África y Asia, existe una coherencia notable entre ellos respecto al interés que tienen los hombres en la salud de la reproducción, lo suficiente como para indicar un nivel similar de interés entre los hombres de otros lugares. Sólo en unas cuantas EDS se han entrevistado a los hombres en América Latina y el Caribe (Brasil, República Dominicana, Haití y Perú); sin embargo, los resultados iniciales

indican tendencias similares de interés masculino. Por ejemplo, en Brasil, hay más probabilidades de que los hombres, digan que no quieren tener más hijos. En Haití, el 92 por ciento de los hombres encuestados aprobaron el uso de anticonceptivos, en Brasil el 86 por ciento lo aprobaron.¹⁹

Tamaño de la familia. En 80% de los países (de 15 países encuestados), el número de hombres que desean tener otro hijo es un 20% más elevado que el número de mujeres que desean otro hijo. Esta conclusión acaba con uno de los mitos más generalizados acerca de los hombres; es decir, que los hombres generalmente quieren tener más hijos que las mujeres. En 11 de los 15 países, las diferencias en intenciones de reproducción entre hombres y mujeres son pequeñas. Sin embargo, el hecho de que en cierta forma sean los hombres los que probablemente quieran tener otro hijo ayuda a explicar por qué, a pesar de que tienden a saber un poco más que las mujeres acerca de la anticoncepción, hay menos probabilidades de que aprueben su uso. En Kenia, Marruecos y Pakistán, sólo una minoría (10%) de hombres quieren tener otro hijo, en comparación con Egipto y Bangladesh menos de la tercera parte de los hombres quieren otro hijo. En África Occidental, sin embargo, los hombres están mucho más inclinados que las mujeres a desear otro hijo. En Níger, el caso extremo, el 93 por ciento de los hombres desean tener otro hijo, en comparación con el 82 por ciento de las mujeres.¹⁹

Nivel de conocimientos. En once de los quince países encuestados, se encontró que un 85% de los hombres identifican los métodos de anticoncepción, pero las encuestas no evalúan el nivel de conocimientos ni el uso correcto de los mismos. Realizándose un análisis sobre la identificación por los varones de los métodos anticonceptivos en América Latina se obtuvo lo siguiente: el 85% de los varones originarios de El Salvador identificaron la vasectomía, en Brasil el 77%, Guatemala 74%, Perú 73% Nicaragua 70%, Honduras 57%, y Bolivia 37%. La identificación del Preservativo fue de la siguiente manera: en 99% de los varones de Honduras y el Salvador lo mencionaron, el 98% en Jamaica, el 97% en Nicaragua y Haití, el 93% en Perú, 85% Guatemala, 78% Bolivia y

74% Belice. La brecha entre los conocimientos de hombres y mujeres relativos a la anticoncepción es más grande en los países donde los conocimientos generales son bajos.¹⁹

Los hombres tienen menos oportunidades que las mujeres de recibir orientación sobre planificación familiar por parte de los proveedores de servicios. Por lo general, la orientación se ofrece como parte de los servicios de salud materno infantil siendo las mujeres, las que suelen proporcionarla. Los programas que han dependido completamente de las trabajadoras de servicios de extensión han tenido dificultades para llegar hasta los hombres. Por lo tanto, muchos consultorios de planificación familiar tienen que aprender a orientar a los hombres, los proveedores de servicios necesitan capacitación en técnicas para informar a los hombres acerca de la anticoncepción.¹⁹

En las EDS el conocimiento sobre un método anticonceptivo significa sólo que el entrevistado recuerda haber oído hablar de él, sin mencionar el método (espontáneo) o inducido, después que el entrevistador menciona el método por su nombre. Los resultados de las EDS aquí presentados incluyen ambos tipos de conocimiento. Los datos de las EDS sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos no significan necesariamente que el entrevistado sabe cómo usar el método, comprende su eficacia, efectos secundarios o los aprueba.¹⁹

En las EDS recientes, hay más probabilidades de que los hombres aprueben la planificación familiar (90%) y conozcan de anticoncepción (58%). Así mismo informan que en la mayoría de los 15 países, (11 en África al sur del Sahara, además de Bangladesh, Egipto, Marruecos y Pakistán), las preferencias de reproducción y las actitudes de las parejas con respecto a la planificación familiar son similares.²⁰

Los 15 países africanos y asiáticos en el análisis de Ezeh ofrecen una imagen de lo que es la participación masculina en los países en desarrollo desde varias perspectivas. Además de evaluar la actitud positiva (80%) para saber si los hombres aprueban o no la planificación familiar, las intenciones respecto al tamaño de la familia, estas encuestas determinan el grado de conocimientos

bueno (60%) que tienen los hombres respecto a las opciones anticonceptivas, sus inquietudes acerca de las enfermedades de transmisión sexual y su uso de la anticoncepción masculina (30%).²⁰

Los estudios indican una "brecha de conocimientos, actitudes y prácticas" entre los hombres, lo que es una contradicción entre el grado de "conocimientos y actitudes" acerca de la planificación familiar en comparación con las "prácticas". Ya que el 45% posee conocimientos buenos y participa con un método de planificación masculino el 18%. El uso de anticonceptivos entre los hombres es más bajo de lo que podría esperarse, en vista de sus niveles generales de aprobación y conocimientos. El 25% de los hombres encuestados no querían tener más hijos, a pesar de que ninguno de estos hombres ni sus compañeras estaban usando la anticoncepción.²¹ La consecuencia de esos resultados es la siguiente: si los programas pudieran encontrar mejores formas de llegar a los hombres como individuos e integrantes de la pareja, el uso de los anticonceptivos podría aumentar considerablemente.²²

El 70% de los hombres, el 60% de las mujeres, aprueban la planificación familiar. En siete de los 15 países encuestados, por lo menos 90 por ciento de los hombres aprueban el uso de la anticoncepción. En la mayoría de los países, los hombres están menos inclinados que las mujeres a aprobar la planificación familiar. Este hecho puede explicar en parte por qué los hombres suelen ser considerados como obstáculos para el uso de los anticonceptivos. No obstante, en algunos de los países (Ghana, Malawi y Pakistán) los hombres están más inclinados que las mujeres a aprobar la planificación familiar. En casi todos los países encuestados, los hombres que habían recibido más educación expresaron mayor aprobación de la planificación familiar que los hombres con menos educación.^{19, 22}

En los lugares donde los programas han llegado a los hombres, las actitudes de éstos han cambiado, además de que se incremento el uso de los anticonceptivos un 65%. No obstante, ofrecer atención de salud de la reproducción a los hombres es más difícil que ofrecérsela a las mujeres, para

quienes están designados los servicios de salud materno infantil. Los programas de atención de salud no pueden hacer lo mismo para llegar a los hombres que para llegar a las mujeres, observa la doctora Green. Puesto que muchos hombres no están dispuestos a solicitar atención de salud de la reproducción, dice Wegner, "hay que aprovechar cada oportunidad que se presenta; hay que ir donde están los hombres".²³

Otros estudios más detallados encuentran que los hombres necesitan más información sobre la planificación familiar, métodos anticonceptivos y fisiología reproductiva. Sólo un veinte por ciento de los hombres encuestados, pudieron reconocer en qué momento del ciclo femenino la mujer es fértil, sólo la mitad pudo reconocer un síntoma de las complicaciones del embarazo.^{24, 25}

Si bien los hombres pueden estar enterados de la anticoncepción moderna, aún suelen tener muchos interrogantes acerca de la seguridad de determinados métodos además, de sus posibles efectos secundarios. Por ejemplo, en estudios de grupos de enfoque de 1994 en las Repúblicas Asiáticas Centrales de Kazajstán, Kirguizistán, Turkmenistán y Uzbekistán se encontró que el conocimiento de los hombres casados se limitaba al DIU (83%), la píldora (72%) y el condón (67%). Estos hombres expresaron muchas inquietudes acerca de los efectos en la salud de la píldora y el DIU, dijeron que necesitaban más información sobre su inocuidad.²⁶

En la mayoría de los países de África con encuestas de las EDS, los hombres revelaron mayor grado de conocimiento de los métodos anticonceptivos que las mujeres^{27,28}.

En otros estudios por separado se ha encontrado que casi todos los hombres encuestados conocen la anticoncepción (92%).^{24,29,30,31,32,33} En un estudio de 630 parejas de Cochabamba, Bolivia, se encontró que los maridos conocían los métodos anticonceptivos algo mejor que las esposas. Entre los maridos, 99% podían reconocer al menos un método moderno, en comparación con 93% de las esposas. Entre ambos sexos, los mejor conocidos eran los condones y los

DIU, mientras que los inyectables y los espermicidas eran los menos conocidos.

34

En la Encuesta de Los Hombres sobre Planificación Familiar de Botswana llevada a cabo en 1990 a 1991 entre hombres sexualmente activos de 13 a 69 años de edad, se encontró que 82% de los hombres conocían la píldora y los preservativos. 50% conocían el DIU, los inyectables y la esterilización femenina. Un 30% los que conocían la vasectomía, la abstinencia periódica y los métodos vaginales.³⁵

Los hombres generalmente aprueban la planificación familiar, de acuerdo con las EDS. Pero el grado de aprobación varía de un país a otro, según la condición socioeconómica, residencial y educacional de los individuos.^{36,37,38}

En 8 de 12 países con EDS disponibles de los hombres, 70% de éstos o más aprueban el uso de anticonceptivos. En seis de estos países, 90% o más lo aprueban. El grado más bajo de aprobación se registra en los países de África Occidental, excepto Ghana. En otros estudios también se ha encontrado que los hombres favorecen por lo común la planificación familiar.^{29, 31, 39, 40}

En casi todos los países es probable que los hombres con más escolaridad aprueben la planificación familiar. La influencia de la educación es más sorprendente en Camerún, donde sólo 20% de los hombres sin instrucción escolar aprueban la planificación familiar, pero 75% de los hombres con educación secundaria o superior la aprueban.³⁸

El 90% de los hombres encuestados piensan que deben compartir con sus esposas la responsabilidad de la planificación familiar. 80% por otra parte, no ejerce esta responsabilidad por ser tan limitada la variedad de métodos anticonceptivos masculinos. Si los hombres tuvieran a su alcance una variedad más amplia, quizá participarían más positivamente en la planificación de la familia.⁴¹

En los Estados Unidos, por ejemplo, se encontró en una encuesta en 1997 que alrededor de 70% de los hombres estaban de acuerdo en que los hombres deben asumir más responsabilidad en la elección y uso de métodos

anticonceptivos. Aproximadamente 66% dijeron que estarían dispuestos a ensayar un anticonceptivo hormonal oral, el 36% declararon que considerarían un implante hormonal si estos métodos llegaran a estar disponibles para los hombres ⁴². Todavía queda por verse si los hombres realmente usarían un método hormonal masculino o si las mujeres confiarían en que los hombres usen correcta y constantemente un método hormonal ⁴³

Los condones son el método principal de planificación familiar en Japón, donde 46% de todas las parejas casadas los usan. El uso de condones también está muy difundido en Europa Oriental y la ex Unión Soviética. En Eslovaquia, 21% de las parejas casadas recurre a los condones para planificar la familia; en Lituania 18%, en la República Checa 17%. En Estados Unidos 13% de las parejas casadas usa preservativos; en Nueva Zelanda 12%, y en Canadá 10% ³⁹. En América Latina y el Caribe el uso mayor de preservativos es en Jamaica con 17% de las parejas casadas, y en Costa Rica con el 16%. En Asia y el Pacífico, el uso más alto de condones se registra en Corea del Sur, donde una de cada 10 parejas casadas usa este método. Aproximadamente 6% usan condones en Malasia, finalmente un 4% en Bangladesh y Viet Nam. ⁴⁴

Con respecto a los métodos tradicionales, en el plano mundial la abstinencia periódica es el menos practicado de los métodos en los que coopera el hombre. Sin embargo, en algunos países el número de los que lo practican es apreciable. Por ejemplo, en Bolivia 22% de las parejas casadas recurren a la abstinencia periódica; en Perú, 18%, y en Ecuador, 9%. En Viet Nam aproximadamente 10% de las parejas practican este método, en las Filipinas y Malasia, 7%. También en Kazajstán alrededor de 7% de las parejas lo han adoptado. En 10 países del África subsahariana las encuestas encuentran que al menos 5% de las parejas recurren a la abstinencia periódica como método de planificación familiar. ⁴⁴

Como la mayoría de las encuestas, incluidas las EDS, no informan acerca de ese uso de métodos múltiples, quizá subestimen el uso de métodos tradicionales. ^{45,46}

En un estudio de decisiones sobre la fecundidad de cinco generaciones de una familia del sur de la India. Los hombres decían que las presiones económicas constituían la primera motivación para limitar el número de hijos. Una encuesta de las cinco generaciones de esta familia reveló que el 60% pensaban que la adopción de decisiones era mutua, pero sólo 38% de las esposas opinaban lo mismo.⁴⁶

La atención de los hombres en la adopción de decisiones sobre la planificación familiar puede estar debilitándose, sobre todo entre las generaciones más jóvenes de ciertas culturas. En muchas sociedades, a medida que aumentan las oportunidades sociales, económicas y educativas de la mujer, los papeles tradicionales basados en el género están comenzando a cambiar. Como resultado de esto, el poder se está redistribuyendo entre la pareja. En varios países hay indicios de que, cada vez más, la pareja toma en forma conjunta las decisiones sobre la procreación, y no únicamente los hombres.^{47,48,49}

En los estudios de Gary Barker en Perú, Argentina y Brasil, por ejemplo, se han identificado grupos de hombres jóvenes que, contrariamente a las ideas "machistas", negocian las decisiones sobre la procreación con la compañera además de que están dispuestos a iniciar el uso de anticonceptivos.⁵⁰ En Sri Lanka, donde el nivel de instrucción y alfabetismo de la mujer es alto, un estudio de parejas que actualmente practican la anticoncepción reveló que 38% de los maridos habían dicho que las decisiones sobre la planificación de la familia se tomaban en forma conjunta.⁵¹

A pesar de que diferentes estudios han mostrado la oposición de los hombres al uso de los anticonceptivos, existen trabajos que documentan la aceptación de la vasectomía en América Latina proponiendo que los hombres están dispuestos a involucrarse y que incluso están esperando hacerlo, pero lo que no han existido son métodos y programas que se dirijan específicamente a ellos.⁵²

Díaz et al. (1992) analizan la participación del hombre y de la mujer en la planificación familiar en el contexto de América Latina, informando que los programas de planificación familiar y de salud materno-infantil se han centrado

en una eficiencia demográfica, lo cual, ligado a un excesivo autoritarismo en la relación entre proveedor de servicios y cliente, ha generado una participación desigual en el espacio de la regulación de la fecundidad. A ello se añaden un excesivo poder de decisión masculina, la falta de un enfoque integral de la mujer como ser humano y el descuido de su bienestar sexual.⁵³ Sin embargo, son pocos los estudios que teorizan sobre la influencia de los proveedores de servicios de salud en la negociación de la pareja, previa a la selección de un anticonceptivo determinado, a pesar de que dichos agentes institucionales tienen un papel central en algunos contextos latinoamericanos.⁵⁴

Otra complejidad para el análisis relacional de la reproducción se deriva de los elementos sexistas vigentes en las políticas y programas vinculados con la Planificación Familiar. Como ejemplo, en la institución gubernamental con mayor cobertura de los servicios de salud en México, se capacita a los médicos con materiales educativos en los que se afirma que prácticamente no existen contraindicaciones para la oclusión tubaria bilateral, pero que en ciertas condiciones de la mujer hacen que este procedimiento sea diferido (más no eliminado)", mientras que "la vasectomía está contraindicada en aquellos individuos cuya decisión sea dudosa, inmaduros biológica o psicológicamente, con temor a los posibles efectos de la operación sobre su estado de salud, que la decisión sea tomada en base a información insuficiente o errónea (Amidem, 1986). Por lo que se pueden observar elementos sexistas en la normatividad, la práctica institucional, sobreprotegiendo a los varones y estimulando la participación de las mujeres.⁵⁵

Un ejemplo lo documentan Arias & Rodríguez (1995) al analizar el uso del condón en un contexto mexicano, tratando de ver cambios en los valores sexuales en la experiencia masculina, a partir de la promoción del uso de dicho método. Las autoras encuentran que los hombres hacen una diferenciación para el uso de condón, dependiendo del "tipo de mujeres" con las cuales tienen relaciones. Las mujeres conocidas, cuya limpieza y no promiscuidad asumen, no requieren del uso de un preservativo, algo diferente a lo que ocurre con las

desconocidas, ya que pueden ser promiscuas, debido a que tienen relaciones coitales con muchos otros, como lo pueden estar haciendo con la persona de referencia. A pesar de la connotación peyorativa de esta expresión, muchos hombres refieren que no hace falta el uso del condón con sus parejas, ya que "ellas sí son fieles y sólo tienen relaciones con ellos"; se constata una doble moral como referente del ser hombre.⁵⁶

La comunicación entre la pareja puede ser un paso crucial hacia la participación creciente de los hombres en la Planificación Familiar. Puesto que tanto el hombre como la mujer desempeñan un papel fundamental en este derecho. La comunicación es necesaria para tomar decisiones responsables y saludables.⁵⁷

Investigaciones realizadas durante más de 40 años demuestran que los hombres y mujeres que tienen conocimiento sobre planificación familiar, tienen mayor tendencia a usar anticonceptivos, y a hacerlo de manera eficaz; y por lo tanto a tener menos hijos.⁵⁸ En cambio, cuando el hombre y la mujer no conocen los deseos del compañero respecto a la procreación, ni su actitud hacia la planificación familiar o las preferencias en materia de anticonceptivos, las consecuencias pueden ser, entre otras, embarazos involuntarios, transmisión de Enfermedades de Transmisión Sexual y abortos peligrosos.⁵⁹

En la Association Malienne pour la Promotion et Protection de la Famille (AMPPF) se observó que algunos hombres dicen que su función de proveedores financieros les da la autoridad de decidir cuántos hijos puede mantener la familia. Esto se observó en Malí, en un pequeño estudio que examinó las experiencias de 55 mujeres de 18 a 45 años de edad, que habían usado por primera vez la anticoncepción, y que acudieron al consultorio.⁶⁰ Y otro estudio, que incluía un análisis de los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud de 1992, reveló que generalmente los hombres desean más hijos que las mujeres. A menos que las mujeres comunicaran su deseo respecto al tamaño de la familia, generalmente el deseo del esposo era el que contaba.⁶¹

La comunicación de la pareja puede desempeñar una función central en el uso de anticonceptivos. En un estudio realizado en Ghana oriental, financiado por el Population Council, examinó los factores que influían en la adopción de métodos de planificación familiar. Al cabo de 18 meses, 225 mujeres estaban usando la planificación familiar. Los dos factores más importantes que determinaron el uso de anticonceptivos fueron: la comunicación entre la pareja (incluida la idea de las esposas de que el esposo las apoyaba en cuanto al uso de anticonceptivos) y la comunicación con otras personas fuera de la familia que ofrecían apoyo, las animaban para que usaran la planificación familiar.^{62, 63.}

Se realizó un estudio en Venezuela que evalúa el conocimiento, la actitud y la práctica ante los métodos anticonceptivos en una población masculina de la Universidad Central de Venezuela y la Academia Militar de ese País, se aplicó una auto encuesta a varones de 16 a 25 años de edad solteros, este tipo de estudio fue comparativo entre civiles y militares identificándose que la población posee un bajo porcentaje para un nivel adecuado de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en (Civiles de 19.66%, militares 8.2%), una actitud adecuada para civiles de 93.1% y militares de 90.1% y una práctica satisfactoria de 47% y 50.5% respectivamente.⁶⁴

En Cuba se realizó un estudio descriptivo con el fin de identificar las causas de la baja participación de los hombres en la consulta de Planificación familiar y se encontró que el buen nivel de conocimientos de los participantes fue de 24.6%, el regular de 48.6% y conocimiento malo en 26.6%, el método anticonceptivo masculino más utilizado fue el preservativo (47.3%) y el coitus interruptus (2%) fue el más bajo.⁷

En la encuesta sobre Comportamiento, Actitud y Práctica Anticonceptiva de la Población Masculina Obrera (ENCAPO) realizada en 1988 aplicada a 1000 varones obreros del Área Metropolitana de la Ciudad de México que, incluyó: a) conocimientos sobre elementos de la reproducción; b) historia reproductiva y preferencias sobre fecundidad; c) uso de métodos anticonceptivos; d) una sección especial sobre vasectomía, e) conocimiento e incidencia de

enfermedades sexualmente transmisibles; llama la atención que el 28% de los encuestados tienen más de 4 hijos con un promedio de (7.5 hijos), el 37% inicio vida sexual de los 15 a los 19 años, el 85% opinó que la pareja debe tomar la decisión de tener un embarazo, el 89% está de acuerdo en planificar los hijos y un 65% de los varones contestaron que ambos tienen que hacer algo para planificar la familia.⁶⁵

La presente investigación se realizará en el estado de San Luis Potosí según información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de acuerdo con los resultados del II Censo de Población y Vivienda 2005, el estado registró 2.4 millones de habitantes, 51.6% son mujeres y 48.4%, hombres; lo anterior arroja una relación de 94 hombres por cada 100 mujeres. La edad mediana de la población potosina es de 27 años; 28 las mujeres y 27 los hombres. En relación al estado Civil la población masculina se encuentra soltera en un 40.6%, casada en un 55.7%, separada o divorciada en un 1.5% y viuda en un 2.1%.⁶⁶

En el 2005, en el estado, 9.6% de la población masculina de 15 años y más no había logrado incorporarse al Sistema Educativo Estatal, 17.5% contaba con primaria incompleta, 17.2% logró concluir la primaria, 26.1% tenía al menos un grado aprobado en secundaria o en estudios técnicos o comerciales, 15.9% aprobó algún grado en bachillerato o equivalente y 2.2% alguno en estudios superiores.

En 2008 en San Luis Potosí, la Tasa de fecundidad es superior a la nacional: 2.3 hijos por mujer.⁶⁶

A nivel nacional por su posición en la ocupación: 66.8% de los varones son trabajadores subordinados y remunerados, 22.1% trabajan por cuenta propia, 6.4% son empleadores y 4.7% trabajadores no remunerados.⁶⁷

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el contexto mundial se ha encontrado que la participación de los hombres en la planificación familiar es pobre; por ejemplo en Japón el método de planificación más utilizado es el preservativo y sólo ocupa el 46%³⁹, esta situación ha contribuido por una parte a que los servicios de planificación familiar durante mucho tiempo fueran considerados como parte de los programas de atención materno infantil, concentrando su atención únicamente en la mujer.⁶ Otros factores que influyen son la poca disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos masculinos eficaces.⁶⁸ De manera que los hombres han tenido menos oportunidades de recibir orientación e información, y de modificar su actitud con respecto a la planificación familiar.⁷

De los estudios realizados en nuestro país sobre la planificación familiar llevada a cabo por los hombres, vemos que es muy poca la aceptación de la vasectomía en comparación con la OTB y que aún nos falta por trabajar con los varones para obtener una aceptación mayor⁶⁶

En la Unidad de Medicina Familiar No. 47 (UMF No. 47) durante el año 2005 se otorgaron 1349 métodos de planificación familiar, de los cuales sólo el 5% se otorgó a varones (vasectomía). Durante el 2006 se otorgaron 1991 métodos a mujeres y 156 (7.8%) fueron vasectomía; en el 2007 se otorgaron 1155 métodos de planificación familiar y de éstos sólo 8.9%(103), corresponden a vasectomías. Por lo anterior podemos ver que los métodos de planificación familiar femeninos siguen siendo los más utilizados.⁶⁷

Al presentarse un embarazo, es una inversión en consultas prenatales, atención de partos ya sea vía vaginal o abdominal, por otra parte, se incrementa el riesgo reproductivo, con ello hay mayor posibilidad de muertes maternas y perinatales.⁶

Por lo que es importante identificar si el conocimiento sobre los métodos de planificación familiar influye en la baja aceptación de métodos de planificación familiar masculinos.

El obtener una mayor información sobre el grado de conocimiento de los métodos de planificación familiar masculinos, otorgará información que permita abordar los varones, planteando estrategias para lograr una participación mas activa en la planificación familiar.

De manera que nos preguntamos.

¿Cuál es el grado de conocimientos sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación del hombre en la planificación familiar, de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS, Delegación de San Luis Potosí?

III. JUSTIFICACIÓN

Se requiere conocer el grado de conocimiento, la actitud y participación de los hombres en planificación familiar para trazar estrategias por parte del médico de primer contacto que contribuyan a incrementar la participación, responsabilidad de los hombres en los procesos relacionados con la planificación familiar y la paternidad responsable para evitar la presencia de embarazos no deseados, el incremento de la explosión demográfica, y la tasa de natalidad.

De las encuestas ya realizadas, pocas evalúan el grado de conocimientos sobre los Métodos de Planificación Familiar masculinos; únicamente se pregunta si conoce los métodos, sus efectos secundarios, si usan los métodos de planificación familiar, pero no el uso correcto de ellos.⁶

Así como se logró tener una alta aceptación de la OTB, así se puede incidir en los varones para incrementar la aceptación de la vasectomía.⁶⁸

El tener los hijos planeados a intervalos adecuados es un punto importante para la pareja, ya que, se obtienen grandes beneficios, mejora la sexualidad de la pareja sin tener que preocuparse por un embarazo y la mujer ya no se expone a más riesgos.⁵

Si determinamos cuales son los posibles factores que pueden influir y si son modificables, se puede incidir en un mayor número de hombres a través de campañas de educación específicas.

La planificación familiar es un componente de la salud reproductiva que implica lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que desea tener, además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable.^{70,71}

Los hombres desempeñan un papel importante en el apoyo y desarrollo de las necesidades de salud de la pareja. Cuando estos participan en la toma de decisiones referentes a la planificación familiar, es más probable que estas decisiones se lleven a la práctica, que las tasas de continuación del uso de métodos anticonceptivos sean mayores, para que en un momento dado se seleccionen métodos anticonceptivos masculinos.⁷²

Es por ello la importancia de hacer participar al hombre en el proceso de planificación familiar, reconociendo el papel que representa dentro de la salud reproductiva.

De no realizar este estudio, se continuará exponiendo a las mujeres a embarazos no deseados, con el consecuente riesgo reproductivo y persistencia de morbilidad y mortalidad materna.

IV. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación, del hombre en la planificación familiar, de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS, Delegación de San Luis Potosí.

Objetivos específicos:

1. Identificar la edad de los participantes de la investigación.
2. Identificar el grado de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos de los varones.
3. Determinar la frecuencia sobre el uso de un método de planificación familiar masculino.
4. Determinar el tipo de actitud de los hombres frente a la planificación familiar.
5. Identificar el grado de participación del hombre en el programa de planificación familiar
6. Identificar si la elección del método de planificación familiar es en pareja o individual.
7. Identificar el grado de escolaridad de los varones participantes y su relación con el grado de conocimientos sobre métodos anticonceptivos.
8. Determinar el número de hijos que tienen los varones que participan en la encuesta.

V. HIPOTESIS

HI Los varones con grado de conocimiento más elevado sobre métodos anticonceptivos, tienen mayor participación y una actitud positiva en la planificación familiar en la Unidad de medicina Familiar No. 47 del IMSS, Delegación de San Luis Potosí.

HO Los varones con grado de conocimiento más elevado sobre métodos anticonceptivos, no tienen mayor participación, ni actitud positiva en la planificación familiar en la Unidad de medicina Familiar No. 47 del IMSS, Delegación de San Luis Potosí.

VI. MATERIAL Y METODOS

1. Tipo de estudio.

Observacional.

2. Diseño de estudio

Transversal, Comparativo y Prospectivo.

3. Población de estudio. Hombres de 15 a 59 años de edad, adscritos a la unidad de Medicina familiar No. 47, del IMSS, ubicada en la ciudad de San Luis Potosí, que acudan a solicitar cualquier tipo de servicio otorgado por esta Institución, durante el periodo de 1 de Julio de 2008 al 31 de Agosto de 2008. Tanto en turno matutino como vespertino

Unidad de investigación: Hombres en edad reproductiva de 15 a 59 años de edad.

Espacio: Salas de Espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 47

4. Técnica Muestral.

No probabilístico por conveniencia.

5. Tamaño de la Muestra

Total de población masculina de 15 a 59 años de la UMF No. 47= 46,902

Para el cálculo de tamaño de muestra, se utilizó la fórmula de poblaciones finitas:

$$n = \frac{N}{1 + \frac{(N-1) \cdot d^2}{1.96^2 \times P^2}}$$

Donde

P= Proporción de cooperadores (0.5)

N= Tamaño de la población (46,902)

d = Error Máximo (0.05)

1.96^2 = Intervalo de confianza (seguridad 95%)

$$n = 46,902 / (1 + (46901 \times 0.05^2) / (1.96^2 \times 0.5^2))$$

$$n = 382$$

El tamaño de muestra determinado es de 382 varones, más el 20% como medida de protección ante pérdida de algunos elementos. Es de 458.

6. Criterios de Selección.

Criterios de inclusión:

1. Hombre de 15 a 59 años que acuda a la unidad por cualquier motivo de atención.
2. Estar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 47 En el turno matutino o vespertino.
3. Que acepten participar en el estudio.
4. El haber iniciado con vida sexual activa.
5. Alfabeto.

Criterios de exclusión:

1. Imposibilitados para contestar la encuesta.

Criterios de Eliminación:

1. Encuestas no contestadas al 100%.

7. Variables del Estudio.

NOMBRE DE LA VARIABLE.	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
Conocimiento en planificación familiar	Independiente	Grado de información con que cuenta el hombre sobre los métodos de planificación familiar masculinos.	La suma de respuestas acertadas 1- Bueno (11-16) 2- Moderado (6-10) 3- Malo (0-5)	Categórica Nominal	Encuesta
Participación en planificación familiar	Dependiente.	Uso de un método para regular la capacidad reproductiva del hombre con el fin de evitar embarazos.	1. Poca(1 – 3) 2.Moderada(4 – 5) 3 Buena(6 – 8)	Categórica Nominal	Encuesta
Actitud	Dependiente	Es un estado de disposición, psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al hombre a reaccionar de una manera característica ante la planificación familiar.	1 Positiva 2 Negativa	Categórica Nominal	Encuesta
Edad	Antecedente	Años cumplidos desde el momento del nacimiento.	Años cumplidos al momento del estudio. 1)15-19 años 2)20-24 años 3)25-34 años 4)35-44 años 5)45-54 años 6) 55-59 años	Categórica Intervalo Continua	Encuesta
Estado civil	Antecedente	Condición del hombre en relación con los derechos y obligaciones civiles.	1)Soltero 2)Casado 3)Unión libre 4)Divorciado 5)Viudo	Categórica Nominal	Encuesta
		Es el grado de instrucción escolar que ha recibido una	1)Ninguna 2)Primaria incompleta 3)Primaria completa	Categórica Ordinal	Encuesta

Escolaridad.	Antecedente	persona	4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa 6) Preparatoria Incompleta 7) Prep Completa o Bachillerato. 8) Licenciatura		
Ocupación	Antecedente	Actividad que resulta de la actividad del hombre retribuida económicamente	1) Obrero 2) Empleado 3) Trabajador por Honorarios 4) Jornalero 5) Profesionista Independiente 6) Estudiante 7) Desempleado 8) Pensionado	Nominal	Encuesta

8. Procedimiento.

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el Comité local de Ética e Investigación del Hospital General de Zona No.1, con el número de registro R-2008-2402-11, se solicitó autorización al director de la Unidad de Medicina Familiar No. 47, para la realización del estudio a través de aplicación de encuestas. Se invitó a participar a todos los hombres que cumplieron con los criterios de inclusión en el estudio, para lo cual se entregó carta de consentimiento informado y posteriormente se procedió a aplicar el cuestionario "Conocimiento sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación del hombre en la Planificación Familiar" Posteriormente se codificaron las respuestas, para su análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

9. Plan de Análisis.

El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 15 a un nivel de confianza del 95% y el JMP Start Statistics. Se utilizaron medianas con intervalo mínimo y máximo para la edad, debido a que los valores no siguen una distribución normal. Para las variables categóricas se usaron tablas de frecuencia; para los cruces de variables y la significancia se utilizó Chi cuadrada(X^2), y Coeficiente de contingencia.

10. Instrumentos de Recolección de Información.

Se aplicaran encuestas para medir la información con el cuestionario "Conocimiento sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación del hombre en la Planificación Familiar". El cual es un instrumento que evalúa conocimientos básicos sobre los métodos anticonceptivos masculinos, participación del varón en la elección del número de hijos y la actitud del varón sobre la planificación familiar.³³

La evaluación está basada en el conocimiento de algunos conceptos sobre tres métodos anticonceptivos (vasectomía, condón y coitus interruptus), y efectos

secundarios; la participación se basa en la toma de decisiones sobre el número de hijos, miembro de la pareja que usa el método, elección en pareja del anticonceptivo y planeación en pareja de un embarazo; y la actitud se basa en lo que se piensa sobre la planificación familiar³³

Validación del Instrumento El cuestionario que se utilizó para recabar los datos fue realizado y validado por medio del alfa de Cronbach igual a 0.85, así como revisión por seis expertos en el tema. Cuenta con una variabilidad, entre dos aplicaciones del cuestionario en el mismo sujeto de 14%. Se planeó un 6% de error de muestreo en las estimaciones medidas y el 95% de confianza, lo que deja un porcentaje de 5% de errores debidos al azar. Se aplicaron tres pruebas piloto para la construcción del instrumento de evaluación. Las dos primeras constaron de 60 encuestas. La primera prueba sirvió para eliminación del número de preguntas, además de la adecuación de las mismas; la segunda aplicación se realizó para verificar las adecuaciones realizadas, y la tercera para la aplicación del test-retest (0.87) con 45 encuestas además de la aplicación del alfa de Cronbach final, el intervalo entre una aplicación y otra fue de 2 semanas. En las tres rondas se contó con la supervisión y adecuación de los reactivos por parte de los expertos.

El cuestionario consta de cuatro partes; una primera parte sobre datos personales del encuestado tales como: edad, estado civil, escolaridad, número de hijos y ocupación. La segunda consta de 16 reactivos sobre conocimiento en metodología anticonceptiva que abarca conceptos básicos de tres métodos de planificación familiar usados por los varones: Preservativo o Condón, Vasectomía y Coitus interruptus, más un reactivo sobre los hormonales orales. Esta sección se califica con base al número de reactivos contestados acertadamente. De 0 a 5 reactivos se define como conocimiento malo en planificación familiar, de 6 a 10 reactivos conocimiento moderado y de 11 a 16 reactivos acertados con buen conocimiento. Una tercera sección versa sobre participación en Planificación familiar que consta de 8 reactivos, los cuales se califican con base en los reactivos positivos hacia la planificación familiar: El

item No. 22 es de control para determinar el tiempo con su pareja actual, el 23 se toma como positivo si se utiliza un método de planificación familiar por cualquiera de los miembros del binomio, el reactivo 24 se toma como positivo en relación al reactivo 22, por ejemplo si cuenta con su pareja con menos de un año y si durante este tiempo han planificado. El Item 25 se toma como negativo en caso de las respuestas: No estoy de acuerdo, no he pensado en eso, porque es cosa de mujeres, y si no me gusta usar un método. El item 26 al 30 se consideran positivos si la participación de la pareja es en conjunto o la decisión la toma la mujer. La calificación es: De 1 a 3 mala participación, 4 a 5 moderada, y 6 a 7 buena participación. En la cuarta sección sobre la actitud se considera un reactivo de tipo Likert, que identifica el sentir sobre la planificación familiar, donde ambas respuestas se toman en cuenta para determinar la actitud positiva o negativa del encuestado. La actitud positiva se califica con la respuestas: lo mejor que puedo hacer y buena; y actitud negativa ante las contestaciones: ni buena, ni mala, mala, y pienso que es lo peor

11. Consideraciones Éticas.

De Acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en seres humanos (Artículo XVII apartado 1), la Declaración de Helsinki con modificaciones en el congreso de Tokio Japón en 1983 (Artículos V y VI) , Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo X; los artículos VII y XII del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General en materia de investigación en seres humanos, y las Normas Éticas Institucionales, este proyecto se considera una investigación de bajo riesgo (Fase 0), ya que no se realizó ninguna intervención clínica, terapéutica o paraclínica, elaborándose carta de consentimiento informado, la cual se proporcionó previamente.

La investigación contó con un cuestionario que se contestó únicamente por la persona encuestada. Se protegió la privacidad del individuo a través del anonimato.

12. Productos esperados.

- Tesis de postgrado.
- Presentación de Estudio en foros de investigación local o nacional.
- Publicación en revista médica indexada.

13. Administración del Trabajo de Investigación.

- Personal participante de la Investigación.

- Recursos Humanos.

Asesor Metodológico y Clínico: Dra. Martha Elena Vidales Rangel.

Asesor Estadístico: Dr. Antonio Benito Torres Ruvalcaba.

Investigador Principal: María Magali Rosales Rivera.

- Recursos Físicos y Materiales.

Material de oficina

1400 Fotocopias	\$ 420.00
20 lápices	\$ 60.00
6 Tablas con Broche	\$ 200.00
1 computadora	\$ 12,000.00
100 hojas en blanco	\$ 45.00
1 memoria USB 1 GB	\$ 180.00
1 grapadora	\$ 25.00
3 sacapuntas	\$ 5.00
1 caja de grapas	\$ 35.00
1 impresora	\$ 1,200.00
4 cartucho de tinta	\$ 500.00
Total	\$ 14,670.00

- **Económicos:** propios del investigador.
- **Tiempo invertido en la Investigación** 2 años.

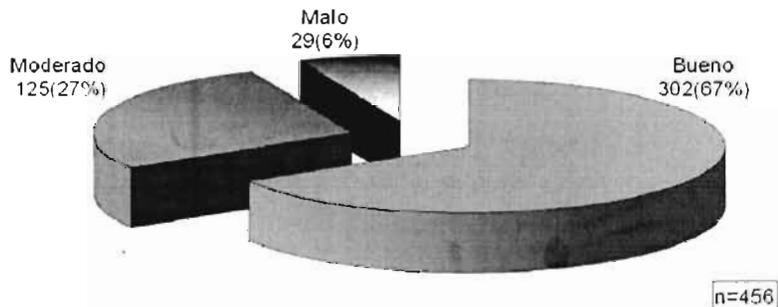
VII. RESULTADOS

Se efectuó el presente estudio para probar si existe relación entre el grado de conocimiento de los métodos anticonceptivos por el género masculino y su participación en la planificación familiar, así como, su actitud frente a ésta. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 15 con un nivel de confianza del 95%.

La población evaluada fue de 458 varones. Se eliminaron dos cuestionarios por estar incompletos. La distribución de los valores para la edad se encontró que no sigue una distribución normal de acuerdo a la prueba de Shapiro – Wilk ($p=0.0001$), por lo que el análisis descriptivo consistió en determinar la mediana con intervalos mínimo y máximo para las variables edad y número de hijos; el resto de las variables fueron categóricas por lo que se realizó análisis de frecuencia y porcentajes. La mediana para la edad de los hombres encuestados fue de 29 años (límites 15 a 58 años).

En relación a el grado de conocimiento se reportó como bueno en el 67% ($n=302$), moderado en el 27% ($n=125$) de los sujetos y malo en el 6% ($n=29$) (Gráfico 1).

Gráfico No. 1 Conocimiento



Fuente: Cuestionario "Conocimiento sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación del hombre en la Planificación Familiar"

En un análisis bivariado se relacionaron las variables conocimiento y participación obteniéndose una $p=0.000139$ y un coeficiente de contingencia de 0.484 lo cual confirma el grado de dependencia de las variables, (Tabla 1).

Tabla No. 1

Conocimientos * Participación.

Nivel de conocimientos	Participación			Total
	Buena	Moderada	Poca	
Bueno	278	11	13	302
Regular	72	47	6	125
Malo	6	15	8	29
Total	356	73	27	456

Fuente: Cuestionario "Conocimiento sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación del Hombre en la planificación familiar"

En relación a una asociación de las variables conocimiento y actitud se obtuvo una $p= 0.000127$ y con Coeficiente de contingencia de 0.467, lo cual es estadísticamente significativo. (Tabla 2).

Tabla No. 2

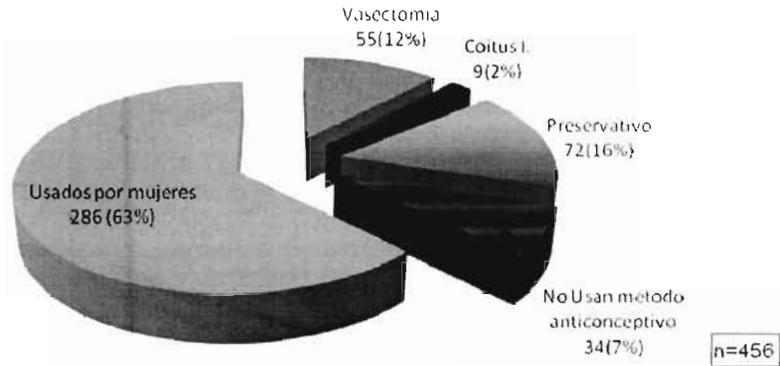
Conocimientos * Actitud.

Nivel de Conocimientos	Actitud		Total
	Positiva	Negativa	
Bueno	302	0	302
Regular	106	19	125
Malo	13	16	29
Total	421	35	456

Fuente: Cuestionario "Conocimiento sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación del Hombre en la planificación familiar"

En relación a los métodos anticonceptivos usados por los varones, se observó como más frecuente con un 16% ($n=72$) el preservativo, seguido de 12% ($n=55$) de la vasectomía, y un 2% ($n=9$) del Coitus Interruptus. (Gráfico No. 2).

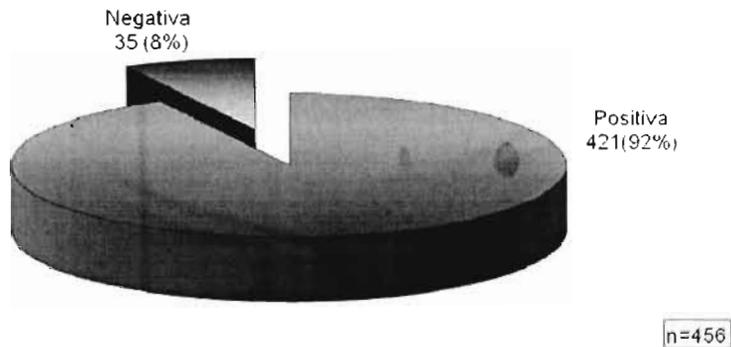
Gráfico No. 2 Métodos anticonceptivos usados



Fuente: Cuestionario "Conocimiento sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación del hombre en la Planificación Familiar"

De acuerdo a la actitud se obtuvo una predominancia por una actitud positiva en 92% (n=421) hombres y en 8% (n=35) de forma negativa (Gráfico No. 3).

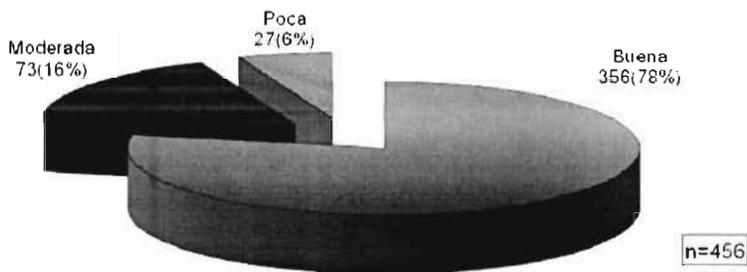
Gráfico No. 3 Actitud hacia la Planificación Familiar



Fuente: Cuestionario "Conocimiento sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación del hombre en la Planificación Familiar"

En relación a la participación en planificación familiar se observa que un 78% (n=356) tiene buena participación, moderada un 16% (n=73) y sólo un 6% (n=27) reporta poca participación (Gráfico No 4).

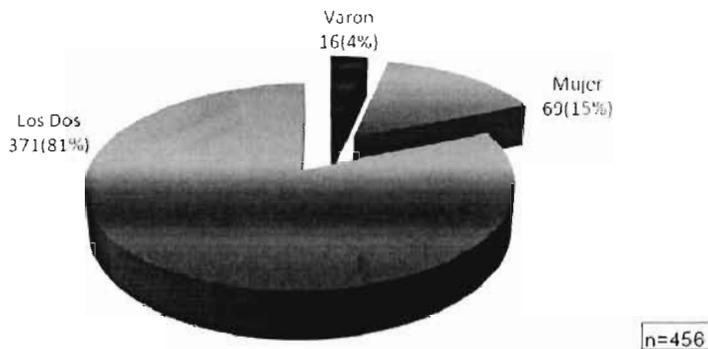
Gráfico No. 4 Participación en Planificación Familiar



Fuente: Cuestionario "Conocimiento sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación del hombre en la Planificación Familiar"

El 81%(n=371) de los varones contestan que la pareja en común acuerdo decide el número de hijos, el 4% (n=16) de los varones elige el método anticonceptivo y el 15% (n=69) lo decide la mujer.

Gráfico No. 5 Elección del Método de Planificación Familiar.

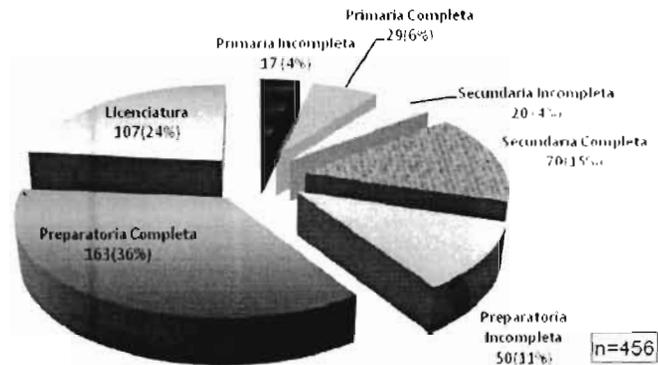


Fuente: Cuestionario "Conocimiento sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación del hombre en la Planificación Familiar"

De acuerdo al grado escolar: el 4% (n=17) no finalizo la primaria, el 6% (n=29) termino este tipo de instrucción escolar, 4% (n=20) no concluye la secundaria.

el 15% (n=70) cursa la secundaria completa, el 11% (n=50) no concluye la preparatoria, el 36% tiene inconclusa la preparatoria y el 24% (n=107) cuenta con la licenciatura. (Gráfico No. 6).

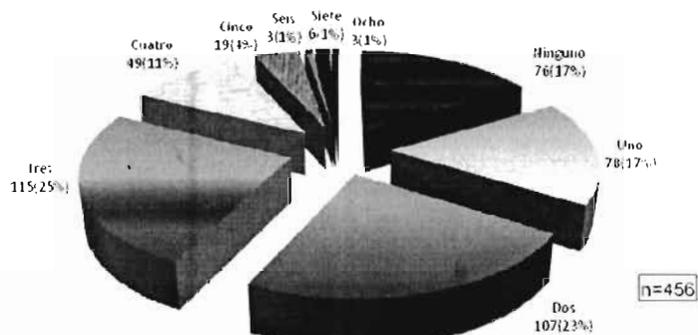
Gráfico No. 6 Escolaridad



Fuente: Cuestionario "Conocimiento sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación del hombre en la Planificación Familiar".

En relación a los hijos de los varones estudiados se obtuvo una mediana de 2, con límites de 0 a 8 hijos.

Gráfico No. 7 Número de Hijos



Fuente: Cuestionario "Conocimiento sobre métodos anticonceptivos masculinos, actitud y participación del hombre en la Planificación Familiar".

VIII. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que si existe relación entre las variables conocimiento, actitud y participación obteniéndose valores X^2 estadísticamente significativos ($p=0.0001$).

Existen dos estudios que tratan sobre el conocimiento, actitud y práctica ante los métodos anticonceptivos en la población masculina, uno de origen Cubano que fué realizado por la Dra. Marianela Prendes y la Dra. Zuraica Aparicio,⁷ que reporta predominio del conocimiento regular con un 48.6% ; y otro de origen venezolano por los doctores Wiktor Szczedrin y Vito Quinci, que reportan un conocimiento también de predominio regular de un 73.04%⁶⁴

En nuestra investigación predominó el conocimiento bueno en métodos anticonceptivos masculinos con un 67%, tomándose en cuenta que la estructura sobre planificación familiar se encuentra mejor estructurada en nuestro país, ya que contamos con módulos de planificación familiar, bien organizados en las Unidades Médicas de Salud.⁶⁴

En relación a la utilización de los métodos anticonceptivos para varones, el más utilizado para esta investigación fue el preservativo con un 16%, en Japón el 46%³⁹ y en Cuba el 47.3%.⁷

En cuanto a la actitud fue predominantemente positiva con un 92% y en porcentajes muy similares a lo reportado por la investigación venezolana del 93%; con lo que podemos observar que los varones consideran que la planificación familiar es algo bueno para ellos.⁶⁴

En relación al grado de participación se consideró como bueno en el 78%, situación que no concuerda con el uso de los métodos anticonceptivos masculinos, por lo que se puede observar que la participación masculina consiste en el apoyo para que la pareja lleve a cabo la anticoncepción. En relación a lo reportado por Szczedrin y Quinc, la participación predominante fué buena en un 50%, lo que concuerda con nuestro estudio en relación al orden de frecuencia reportado como primer lugar; con respecto a la actitud positiva de

los varones, no se encontró relación con el uso de métodos anticonceptivos, similar a nuestros resultados.^{52, 56, 65}

La elección de los métodos anticonceptivos se realiza en pareja predominantemente según nuestro estudio en un 81%.⁷¹

Los hombres con educación media superior fueron más proclives a conocer los métodos anticonceptivos masculinos. La escolaridad predominante fue la preparatoria y se encontró una significancia estadística con el conocimiento ($p=0.001$).⁶⁹

En relación al número de hijos se obtuvo una cifra similar a la estatal según lo reportado por el INEGI, con una mediana de 2.3 y en nuestro estudio de 2.2.^{66,67}

IX. CONCLUSIONES

La mediana para la edad de los participantes de la investigación es de 29 años, con un buen conocimiento de los métodos anticonceptivos masculinos; sin embargo la participación del varón en relación a la adopción de los mismos, sigue siendo pobre. La actitud ante la planificación familiar es positiva ya que sólo el 7% no cuenta con método de planificación familiar

El método anticonceptivo mas utilizado por los varones es el preservativo y la escolaridad juega un papel muy importante en relación al nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos masculinos, al igual que la participación del hombre a través de la elección de uno de los métodos; más sin embargo la mujer continúa con la carga del uso del método de planificación familiar. En cuanto a la participación del hombre en la planificación familiar, aún falta mucho por trabajar, tomando en cuenta que el patrón cultural que tenemos es determinante para que esta situación se perpetúe, y en un momento dado, al igual que la salpingoclasia, se pueda lograr terreno en relación a los métodos anticonceptivos definitivos.⁵²

X. SUGERENCIAS

Los varones son un terreno aún árido, en relación a su participación en la adopción de un método masculino de planificación familiar, que poco a poco se ha ido abordando, y se requiere de un esfuerzo mayor para incorporarlo a una participación activa; tomando como base la capacitación sobre los métodos anticonceptivos masculinos y establecer estrategias de comunicación, ya que las actitudes pueden ir cambiando en relación a la información obtenida, por lo que el médico familiar cuenta con un papel fundamental para el abordaje de los varones en el logro de la adopción del método definitivo.

Sería importante realizar un estudio comparativo con otro tipo de población, ya que en esta ocasión se trabajó únicamente con población derechohabiente del IMSS, ya que es una buena opción, continuar con esta línea de investigación para obtener mayor información sobre el comportamiento reproductivo masculino, de manera que se puedan idear estrategias para abordar a los varones, y así evitar continuar con los patrones establecidos. En el campo institucional como lo es la UMF No. 47, donde se realizó este estudio, se podría crear un módulo de planificación familiar exclusivo para varones, y atendido por varones, para crear así, un ambiente de confianza y por lo tanto lograr la adopción del método de planificación familiar definitivo.

XI. ANEXOS

Cronograma del Proyecto

Actividad	Mar Abr 2007	May Oct 2007	Nov 2007 May 2008	Jun Jul 2008	Jul Ago 2008	Sep 2008	Oct Nov 2008	Dic 2008
<i>Selección del tema.</i>	X							
Recopilación de Bibliografía	X							
Realización del protocolo de Investigación		X	X					
Prueba de campo.			X					
Entrega de Protocolo para Revisión.				x	X			
Realización de correcciones.					X			
Nueva entrega para aceptación.					X			
Registro Oficial de protocolo					X			
Fotocopias de los cuestionarios.					X			
Entrega de cuestionarios a los varones					X			
Vaciamiento de datos en Excel.					X	x	X	
Análisis de datos.							X	
Terminación de la Tesis.							x	
Entrega de tesis y resumen para registro en revistas								X



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUÍS POTOSÍ
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
INSTRUMENTO DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**



**"CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS,
ACTITUD Y PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR "**

En la actualidad existen varones que desean compartir la responsabilidad con su pareja, por lo tanto necesitamos conocer su opinión respecto a este tema. El cuestionario consta de tres hojas. La información que nos proporcione es confidencial y con el único fin de mejorar el servicio que le ofrecemos. Es muy importante no dejar preguntas sin contestar.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

INSTRUCCIONES: Subraye la respuesta correcta

1.- ¿Cuántos años tiene?

- | | |
|-----------------|------------------|
| a) 15 a 19 años | d) 35 a 44 años |
| b) 20 a 24 años | e) 45 a 54 años |
| c) 25 a 34 años | f) 55 y mas años |

2.- ¿Cual es su Estado Civil?

- | | |
|----------------|---------------|
| a) Soltero | d) Divorciado |
| b) Casado | e) Viudo |
| c) Unión Libre | |

3.- ¿Hasta que grado escolar estudio?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| a) Ninguna | e) Secundaria completa |
| b) Primaria incompleta | f) Preparatoria incompleta |
| c) Primaria completa | g) Preparatoria completa |
| d) Secundaria incompleta | h) Licenciatura |

4.- ¿Cuál es su ocupación? _____

5. ¿Cuántos hijos tiene actualmente?

- | | |
|------------|------------------|
| a) Ninguno | d) Tres |
| b) Uno | e) Cuatro y más. |
| c) Dos | |

CONOCIMIENTO

6. ¿Subraye los métodos de planificación familiar que conoce?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| a) Pastillas o píldora. | g) Preservativo o condón |
| b) Dispositivo intrauterino(DIU, aparato) | h) Operación Masculina o Vasectomía |
| c) Inyecciones | i) Retiro (coitus interruptus) |
| d) Jaleas, espumas, diafragma | j) Método del Ritmo. |
| e) Implante subdérmico. Parche | |
| f) Operación femenina (OTB) | |

7. Subraye cual es el método de planificación familiar definitivo para varones.

- | | |
|--------------------------|---------------|
| a) Gel y espermicidas. | c) Vasectomía |
| b) Preservativo o condón | d) No sé. |

Subraye SI, No o No sé de acuerdo al enunciado

- | | | | |
|---|-------|-------|----------|
| 8 La envoltura del condón se abre con los dientes | a) Si | b) No | c) No sé |
| 9 El condón se coloca cuando el pene esta erecto | a) Si | b) No | c) No sé |
| 10. El condón se puede utilizar varias veces | a) Si | b) No | c) No sé |
| 11 El condón se retira después de haber terminado (eyaculado) dentro de la mujer | a) Si | b) No | c) No se |
| 12. La vasectomia es una cirugía que evita tener más hijos | a) Si | b) No | c) No sé |
| 13 Cuando se realiza la vasectomia en el hombre desaparece el deseo sexual | a) Si | b) No | c) No sé |
| 14. Después de que se realiza la vasectomia se da del alta el mismo día. | a) Si | b) No | c) No sé |
| 15. Una semana posterior a la operación en el hombre se puede tener relaciones sexuales sin tener que usar otro método de planificación familiar para | a) Si | b) No | c) No sé |
| 16. El coitus interruptus (método de retiro) consiste en terminar fuera de la vagina de la mujer | a) Si | b) No | c) No sé |
| 17 Eyacular fuera de la mujer es un método seguro para evitar un embarazo. | a) Si | b) No | c) No sé |
| 18. Para terminar (eyacular) fuera de la mujer se necesita estar bien concentrado para no eyacular adentro de la vagina | a) Si | b) No | c) No sé |
| 19 Cuando el hombre termina fuera de la mujer siente placer | a) Si | b) No | c) No sé |
| 20. El líquido que sale del pene antes de eyacular tiene espermatozoides | a) Si | b) No | c) No sé |
| 21. Las Pastillas, Inyecciones, Implante subdérmico, y Parche son métodos de planificación familiar hechos con Hormonas | a) Si | b) No | c) No sé |

PARTICIPACIÓN.

22 ¿Desde cuándo tiene relaciones sexuales con su pareja actual?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------|
| a) No he iniciado actividad sexual. | d) de uno a 3 años |
| b) No tengo pareja actualmente. | e) de 4 a 6 años |
| c) menos de un año | f) mas de 6 años |

23. Si tiene vida sexual activa. ¿Qué método de planificación familiar utiliza usted o su pareja?

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| a) Pastillas o píldora. | g) Operación masculina o Vasectomía |
| b) Dispositivo intrauterino (DIU) | h) Retiro (coitus interruptus) |
| c) Inyecciones | i) Preservativo o condón. |
| d) Implante subdérmico. | j) Gel o espermicidas. |
| e) Operación femenina (OTB) | k) Ninguno. Motivo _____ |
| f) Parche. | |

24. ¿Desde cuándo utiliza este método?

- a) menos de un año b) de 1 a 3 años c) 4 a 6 años d) 6 años y mas

25. Si usted no usa el método de planificación familiar ¿Cuál es el motivo?

- a) Porque mi esposa lo usa. d) Porque es cosa de mujeres
b) Porque no estoy de acuerdo e) No me gusta usar ningún método.
c) No he pensado en eso f) No tengo pareja actualmente.

26. ¿Quién decide cuántos hijos tener? Yo Mi pareja Los dos

27. ¿Quién decide que método de planificación usar? Yo Mi pareja Los dos

28. ¿Quién decide el tiempo entre un embarazo y otro? Yo Mi pareja Los dos

29. ¿Quién decide cuando tener a un hijo? Yo Mi pareja Los dos

30. ¿Quién toma la decisión de elegir un método para prevenir embarazos no deseados? Yo Mi pareja Los dos

ACTITUD.

31. Pienso que la planificación familiar es:

- a) Lo mejor que puedo hacer. d) Mala
b) Buena e) Pienso que es lo peor
c) Ni buena, ni mala

Gracias por su participación



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
INVESTIGACION CLINICA**



San Luis Potosí a _____ de _____ de 2008

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS, ACTITUD Y PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47, SAN LUIS POTOSI**

Registrado ante el comité local de investigación del Hospital General de Zona No 1 con el número R-2008-2402-11

El objetivo del estudio es determinar la asociación entre el conocimiento, actitud y participación, del hombre en el programa de planificación familiar, de la Unidad de Medicina Familiar No. 47

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario en base a mis conocimientos sobre la planificación familiar, los datos obtenidos por medio de este cuestionario sólo son de interés epidemiológico y la información que se otorgue es totalmente confidencial.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre este estudio que se esta realizando y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna, así como ha responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de el procedimientos que se llevarán acabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

Se me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante

Dra. María Magali Rosales Rivera. Matricula 99054141

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 8 10 48 96

TESTIGOS:

Nombre y Firma del Testigo

Nombre y Firma del Testigo

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Myers D, Tejada H, Ramírez C. *Psicología Social*. Sexta edición, Colombia. Editorial Mc Graw Hill, 2000: 234-268.
2. Feldman R. *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*, 3 edición, México: Mc Graw Hill, 2002: 167-223.
3. Smith E. *Psicología social*, España: Editorial Panamericana, 1997
4. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.
5. Berek J, *Ginecología de Novak*. Decimotercera edición. México: Editorial Mc Graw Hill; 2000: 34-46.
6. Responsabilidad respecto a la salud de la reproducción. editorial. Network en español. Primavera 1998; 18: 3
7. Prendes MC, Aparicio Z, Guibert W, Leskay O. Participación de los hombres en la planificación familiar Rev. Cubana Med Gen Inter 2001, 17(3):216-21
8. De la Cruz Penaran D, Langer-Glas A, Hernández B, González G. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú. Sal Pub Mex 2003; 45: 461-471
9. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva. Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization. http://who.int/reproductive-health/publications/sp_fpp_97_33/fpp_97_33_11.s.html
10. Danforth N, Jezowski T. Beijing _ Cairo: men, family planning and reproductive health. Presentation at the American Public Health Association Annual Conference, Washington, October 31, 1994. Párrafo 4.25
11. Castro R, Bronfman M.. Teoría feminista y sociología médica. *Cuadernos de Sal Púb* 1993; 9:375-394.
12. Bean F, Pruitt M, Swicwgood G, William D.. Husband-wife communication, wife's employment, and the decision for male or female sterilization. *Journal of Marriage and the Family* 1983; 45:395-403.

13. Andres D, Gold D, Berger C, Kinch R, Gillet P. Couple's use of contraceptives: who decides and why. *Research Bulletins* 1984; 2:1-20.
14. Ezech AC, Seroussi M, Raggars H. *Men's Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences - DHS, Comparative Studies No. 18*. Calverton, MD: Macro International, Inc. 1996.
15. Kak LP, Signer MB. The Introduction of Community-based Family Planning Services in Rural Mali: The Katibougou Family Health Project. CEDPA Working Paper No. 2. Washington: Centre for Development and Population Activities 1993.
16. Valente TW, Saba WP, Merritt AP et al. Reproductive Health Is in Your Hands: Impact of the Bolivia National Reproductive Health Program Campaign. IEC Field Report No. 4.
17. Ringheim K. Whither methods for men? Emerging gender issues in contraception. Baltimore: The Johns Hopkins Center for Communication Programs, *Reprod Health Matters* 1996; 7: 79-89.
18. AVSC International, Busoga Diocese's Family Life Education Program. *Reaching Men in Uganda: A Case Study of the Busoga Diocese's Family Life Education Program*. New York: AVSC International 1997; 10.
19. La participación en la salud de la reproducción. Las encuestas indican que los hombres tiene gran interés e la planificación familiar. Network en español: Primavera 1998; (18): 3
20. Ezech A, Seroussi M, Raggars H. *Men's Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences, DHS Comparative Studies No. 18*. Calverton, MD: Macro International Inc 1996.
21. Roudi F, Ashford L. *Men and Family Planning in Africa*. Washington: Population Reference Bureau 1996.
22. Danforth N, Roberts P. *Better Together: A Report on the African Regional Conference on Men's Participation in Reproductive Health*. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs 1997; Green CP. *Male*

- Reproductive Health Services: A Review of the Literature*. New York: AVSC International 1997.
23. Green C, Cohen S, Belhadj E, Ghouayel H. *Male Involvement in Reproductive Health, Including Family Planning and Sexual Health, Technical Report 28*. New York: United Nations Population Fund 1995.
 24. Evaluation Project. Uttar Pradesh male reproductive health survey 1995-1996. Chapel Hill, North Carolina, EVALUATION Project, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill 1997: 175.
 25. Ezeh AC, Mboup G. Estimates and explanations of gender differentials in contraceptive prevalence rates. *Studies in Family Planning* 1997; 28(2): 104-121
 26. Storey J, Ilkhamov A, Saksvig B. Perceptions of family planning and reproductive health issues: Focus group discussions in Kazakhstan, Turkmenistan, Kyrgyzstan, and Uzbekistan. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Aug. 1997; (Field Report Series No. 10): 80.
 27. Ezeh A, Seroussi M, Raggars H. Men's fertility, contraceptive use, and reproductive preferences. Calverton, Maryland, Macro International 1996; (DHS Comparative Studies No. 18): 45.
 28. Hulton L, Falkingham J. Male contraceptive knowledge and practice: What do we know? *Reproductive Health Matters* May 1996; (7): 90-100.
 29. Hulton L, Falkingham J. Male contraceptive knowledge and practice: *Reproductive Health Matters* Jul 1996; (7): 90-97.
 30. Mcginn T, Bamba A, Balma M. Male knowledge, use and attitudes regarding family planning in Burkina Faso. *International Family Planning Perspectives* 1989; 15(3): 84-88.
 31. Oni G, McCarthy J. Family planning knowledge, attitudes and practices of males in Ilorin, Nigeria. *International Family Planning Perspectives* 1991; 17 (2): 50-54.

32. Pineda A, Mazariegos L, Gould B, Hoskins M, Enge K. Baseline study of reproductive health beliefs and attitudes of males in four health districts in the department of El Quiche (Population Council INOPAL II Report) 1995: 25.
33. Skibiak J. Male barriers to the use of reproductive health services: Myth or reality? Presented at the Annual Meeting of the American Public Health Association, San Francisco, California Oct. 27, 1993: 5.
34. Zambrana J, Reynaldo C. McCarraher D. Impacto del conocimiento, actitudes y comportamiento del hombre acerca de la regulación de la fecundidad en la vida de las mujeres en Cochabamba. Final report to the Women's Studies Project. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International and Cooperazione Internazionale, 1998: 72.
35. Kgosidintsi B, Mugabe M. Botswana males and family planning: Surveys on households and institutions. Gaborone, Botswana, University of Botswana 1994 :96.
36. Becker S. Couples and reproductive health: A review of couple studies. *Studies in Family Planning* 1996 Nov/Dic; 27(6): 291-306.
37. POPULATION REFERENCE BUREAU (PRB). Male responsibility in today's Africa. [Audio cassette tape] Washington, DC, PRB, Jan 1996.
38. Roudi F, Ashford L. Men and family planning in Africa. [chartbook of DHS data] Washington, DC, Population Reference Bureau 1996 Jul.
39. Sonenstein F, Pleck J. The male role in family planning: What do we know? Washington, DC, Urban Institute, (Discussion Paper Series) 1995: 53.
40. Storey J, Ilkhamov A, Saksvig B. Perceptions of family planning and reproductive health issues: Focus group discussions in Kazakhstan, Turkmenistan, Kyrgyzstan, and Uzbekistan. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs 1997 Aug; (Field Report Series No. 10): 80.
41. Ringheim K. Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men. *Studies in Family Planning* 1993 Mar./Apr; 24(2): 87-99.

42. Henry J. KAISER FAMILY FOUNDATION (HJKFF). A new national survey on men's role in preventing pregnancy. [press release] Menlo Park, California, Mar. 19, 1997.
43. Ringheim K. Whither methods for men? Emerging gender issues in contraception. *Reproductive Health Matters* 1996 May; (7): 79-89.
44. UNITED NATIONS (UN). World contraceptive use. New York, UN. (Forthcoming) *254. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). The progress of nations. New York, UNICEF 1997: 68.
45. Rogow D, Horowitz S. Withdrawal: A review of the literature and an agenda for research. *Studies in Family Planning* 1995 May/Jun; 26(3): 140-153.
46. Karra M, Stark N, Wolf J. Male involvement in family planning: A case study spanning five generations of a South Indian family. *Studies in Family Planning* 1997 Mar; 28(1): 24-34.
47. Grady W, Tanfer K, Billy J, Lincoln-Halson J. Men's perceptions of their roles and responsibilities regarding sex, contraception and childrearing. *Family Planning Perspectives* 1996 Sep./Oct; 28(5): 221-226.
48. Ogawa N, Hodge R. Fertility and the locus of family control in contemporary Japan. Bangkok, Thailand, Population Division, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific 1983: 29.
49. Renne E. Gender ideology and fertility strategies in an Ekiti Yoruba village. *Studies in Family Planning* 1993 Nov./Dec; 24(6): 343-353.
50. Barker G. (University of Chicago) [Young males in Latin America] Personal communication Aug. 1998.
51. De Silva, W. Husband-wife communication and contraceptive behavior in Sri Lanka. *Journal of Family Welfare* 1994 Jun; 40(2): 1-13.
52. Alvarado C. Estudio de aceptantes de vasectomía del programa de anticoncepción quirúrgica voluntaria del Instituto Peruano de Paternidad Responsable. *Coloquio Latinoamericano sobre Varones, Sexualidad y Reproducción*. Zacatecas, México 1995.

53. Díaz M, Díaz J, Townsend J. Participación del hombre y de la mujer en la planificación familiar en América Latina. *Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar* México 1992.
54. Cervantes A. México: políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales. *IV Conferencia Latinoamericana de Población*. México, DF: 1:759-789. INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía y Informática)/IISUNAM (Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México) 1993.
55. AMIDEM (Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica). *Oclusión Tubaria Bilateral*. Temas de Planificación Familiar. México: Amidem 1986.
56. Arias R, Rodríguez M. A puro valor mexicano. Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la ciudad de México. *Coloquio Latinoamericano sobre Varones, Sexualidad y Reproducción*. Zacatecas, México 1995.
57. Omondi-Odhiambo. Men's participation in family planning decisions in Kenya. *Population Studies* 1997 Mar; 51(1): 29-40.
58. Beckman L. Communication, power and the influence of social networks in couple decisions on fertility. In: Bulatao, R.A., Lee, R.D., Hollerbach, P.E., and Bongaarts, J., eds. *Determinants of fertility in developing countries*. Vol. 2: Fertility regulation and institutional influences. New York, Academic Press 1983: 415-443.
59. Biddlecom A, Casterline J, Perez A. Spouses' views of contraception in the Philippines. *International Family Planning Perspectives* 1997 Sep; 32 (3): 108-115.
60. Konate M, Djibo A, Djiré M. *Mali: The Impact of Family Planning on the Lives of New Contraceptive Users in Bamako, WSP Summary Report*. Research Triangle Park, NC: Family Health International and Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement, 1998.

61. Mahran M, El-Zanaty F, Way AA. *Perspectives on Fertility and Family Planning in Egypt. Results of Further Analysis of the 1992 Egypt Demographic and Health Survey*. Cairo: National Population Council and DHS 1995.
62. Donovan P. In Nigeria, traditions of male dominance favor large families, but some men report having fewer children. *Int Fam Plann Perspect* 1995; 21(1): 39-40.
63. Phillips J, Binka F, Adjuik M. et al. The determinants of contraceptive innovation: a case-control study of family planning acceptance in a traditional African society. Presentation at the Population Association of America meeting, New Orleans 1996 May: 9-11
64. Szczedrin W, Quinci V, Szczedrin V. Conocimiento, actitud y práctica ante los métodos anticonceptivos en una población masculina de educación superior. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2001;61(4):257-262.
65. Figueroa – Perea, J. Investigación sociodemográfica sobre planificación familiar: el caso de la secretaria de salud. *Salud Publica Mex* 1990; 32: 352-363.
66. <http://www.inegi.gob.mx/lib/buscador/busqueda.aspx?s=inegi&textoBus=poblacion%20masculina%20san%20luis%20potosi%202005&e=&seccionBus=docit>
67. Sistema de información de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 47.
68. <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2008/poblacion.asp?s=inegi&c=2609&ep=4>
69. Green C, Cohen S, Belhadj E, Ghovayel H. Male involvement in reproductive health, including family planning and sexual health. Technical Report 28. New York: United Nations Population Fund 1995:12.
70. Gutierrez I. Salud Reproductiva. Concepto e importancia. Bolivia: M.P.S.S.P-UNFPA OPS/OMS 1992:1-2.

71. Abreu G, Amador A, Borroto R, Burque M, et. al. Para la vida. La Habana: Pueblo y Educación, 1992; 9.
72. Herdan N. Los hombres influyen en el uso de anticonceptivos. Network 1998; 18(3):14.
73. http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_nota=312529.