

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES SOCIOCULTURALES Y ACTITUD DE LOS
VARONES FRENTE A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE
LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
CIUDAD NUEVA, TACNA 2020"**

TESIS

**PRESENTADO POR:
RICARDO ORLANDO RUIZ ALARCÓN**

**ASESOR:
DRA. PAOLA HEYDI ARIAS HUANACUNE**

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

**TACNA – PERÚ
2021**

DEDICATORIA

A

*Mis padres quienes hicieron posible
todo lo que represento, que hicieron
de mi un hombre de bien.*

*Mi hermano que con cada acto me
enseñarme el camino y disfrutar de
aquel.*

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud eterna a mis padres,

*Miguel Richard Ruiz Contreras que
entre las infinitas lecciones de vida,
vive en mi deseo de ser mejor*

*Luz Alarcón Condori que gracias a su
amor infinito revela ante mí el sentido
de la vida, vive en cada una de mis
experiencias*

*Agradezco a mi hermano Erick Miguel
Ruiz Alarcón por seguir a mi lado a
pesar de todo.*

*A mis docentes que inspiran la
superación y constancia en
adversidad y cansancio.*

*A mis amigos que me brindan su
alegría y compañía en este viaje*

*Al amor de mi vida que comparte
conmigo lo más preciado de la
humanidad*

RESUMEN

Objetivo: Identificar la asociación entre los factores socioculturales, y la actitud de los varones frente a la planificación familiar de las usuarias atendidas en el centro de salud Ciudad Nueva, Tacna 2020.

Material y método: Estudio observacional, relacional analítico, se trabajó con un total de 196 varones encuestados

Resultados: La actitud fue mala en el 43.4% de los varones parejas de usuarias atendidas en el Centro de salud de Ciudad Nueva, y regular en un 40.8%. Las características demográficas muestran que el 53.6% de los varones solo cuentan con instrucción Secundaria completa, un 85.7% se considera católico, el 46% de los varones tienen de 2 a 3 hijos, el 44.9% se encuentra en el intervalo de 30 a 39 años de edad. Con respecto a la relación con la pareja el 37.2% de los varones trabaja de forma independiente formal, el tiempo de convivencia está entre los 6 a 10 años (40.8%). Un 81.1% manifiesta que no acompañó a la pareja al servicio de planificación familiar.

Conclusiones: El estado civil, el número de hijos, el nivel de instrucción, la religión, la ocupación y el acudir al servicio de planificación familiar son los indicadores asociados a la actitud hacia la Planificación familiar de los varones.

Palabras clave: *Planificación familiar, hombres, actitud, pareja*

SUMMARY

Objective: To identify the association between sociocultural factors and the attitude of men towards family planning of the users served in the Ciudad Nueva health centre, Tacna 2020.

Methods: Observational, analytical relational study, working with a total of 196 male respondents

Results: The attitude was bad in 43.4% of the male partners of users served at the Ciudad Nueva Health Center, and regular in 40.8%. The demographic characteristics show that 53.6% of the men have only a complete secondary education, 85.7% consider themselves Catholic, 46% of the men have 2 to 3 children and 44.9% are in the 30 to 39-year age range. With regard to the relationship with the partner, 37.2% of the men work in a formal independent way, the time of cohabitation is between 6 and 10 years (40.8%). A 81.1% say that they did not accompany their partner to the family planning service.

Conclusions: Marital status, number of children, educational level, religion, occupation and family planning service attendance are the indicators associated with the attitude towards family planning among men.

Keywords: *Family planning, men, attitude, couple*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I	9
1 EL PROBLEMA	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	12
CAPÍTULO II.....	14
2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	14
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION.....	14
2.1.1 INTERNACIONALES	14
2.2 MARCO TEÓRICO	30
2.2.1 LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	30
2.2.2 EL ENFOQUE DE LA CONTRACEPCIÓN MODERNA	34
2.2.3 LA OPCIÓN DE NO ELEGIR UN MÉTODO	41
2.2.4 PARTICIPACION DE VARON EN PLANIFICACION FAMILIAR	45
CAPÍTULO III.....	47
3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	47

3.1	HIPÓTESIS.....	47
3.2	VARIABLES	47
3.2.1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	47
CAPÍTULO IV		50
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	50
4.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	50
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	50
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	51
4.3.1	Población	51
4.4	TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
4.4.1	TÉCNICA.....	52
4.4.2	INSTRUMENTOS	53
CAPÍTULO V.....		55
5	PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS	55
5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS	55
5.2	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	56
5.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS	56
RESULTADOS		58
DISCUSIÓN.....		72
CONCLUSIONES		76
RECOMENDACIONES		77
BIBLIOGRAFÍA		78
ANEXOS.....		84

INTRODUCCIÓN

En diversas regiones y países, las familias y especialmente las mujeres son ejes fundamentales en la planificación familiar en contraste a los varones que no cumplen el rol que se requiere en la familia, por ese motivo se necesitan estudios de los factores que influyen en la actitud de los varones hacia la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, así como medir el nivel de actitud en determinados grupos sociales que comparten características idiosincráticas y culturales.

La diversa problemática de la planificación familiar como los embarazos no deseados han ido en aumento y la participación de la pareja masculina ha sido poco abordada, generalmente la responsabilidad del éxito o fracaso de un método anticonceptivo ha recaído en la mujer. Por tal motivo, la presente investigación pretende identificar los principales factores socioculturales influyentes en los varones hacia la planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos, medir el nivel de actitud en ellos y relacionar los principales factores socioculturales a la actitud de las parejas masculinas hacia una planificación familiar responsable y métodos anticonceptivos usados en las familias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna 2020.

Se utilizará un abordaje personalizado a los jefes de familia de los hogares seleccionados por muestreo aleatorio, con especial cuidado de intercambio de información confidencial. Los resultados servirán para conocer el estado actual de influencia masculina en este grupo humano y sentar las bases para optimizar estrategias de mejor apoyo a la familia como unidad orgánica básica en la salud pública y reproductiva.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a publicaciones oficiales promulgadas por la OMS (Organización Mundial de la Salud), cada año se cuenta con 210 millones de embarazos nuevos, donde el 30% o más generalmente no son deseados o planificados. La mayoría de estos probablemente terminen en un aborto, natimueertos o con complicaciones propias de una gestación no planificada (1). En sociedades donde el aborto incluso es legal, Malasia por ejemplo, los estudios presentes en ellos revelan que el esposo o acompañante no siempre es un factor de apoyo psicológico y material, quedando en la mujer la mayor parte de la responsabilidad de los procedimientos a los que va a ser sometida (2).

Un adecuado programa de apoyo en planificación familiar, ha demostrado ser un método eficaz para prevenir embarazos de alto riesgo. Existe una asociación altamente significativa entre el uso de un adecuado método anticonceptivo y planificación familiar de pareja y la disminución del riesgo de contar con un embarazo no esperado. Independientemente del nivel socioeconómico y de las características propias de una población o región (3, 4, 5). El espaciamiento de los embarazos hace que las probabilidades de bienestar en la familia sean mayores (6).

Existen factores del sistema sanitario y cultural muy asociados al problema de una adecuada planificación, como ser acceso a información, orientación y consejería a la pareja, caracteres demográficos, patologías concomitantes, creencias religiosas, estigmatizaciones y paradigmas negativos de los varones y nivel de instrucción de la mujer, así como del varón. Se puede contar con un sistema moderno de oferta médica, pero si no se estudia estos factores propios de las personas a ser atendidas, es probable que se termine en el fracaso (7).

La participación del varón con el uso de un método anticonceptivo eficaz, independientemente del condón, está postergado desde hace décadas, teniéndose solo algunos trabajos que no permiten su generalización (8) Por ende la responsabilidad recae generalmente en la mujer y el varón se convertiría en el principal apoyo para este fin. El problema radica que no existen estudios locales ni regionales publicados que permitan conocer el estado de aceptación, participación y apoyo del varón para con sus parejas en la prevención del embarazo no planificado.

Se requiere una mayor participación masculina, si es que se desea un programa exitoso. Existe una demanda insatisfecha aún de mujeres por algún método y esto debido en gran parte por oposición del varón, especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro (9). Los trabajos por jurisdicciones, que comparten características idiosincráticas semejantes, se hacen cada vez más necesarios para entender el comportamiento humano. No se puede tener una sola estrategia nacional, sino esta debe basarse en caracterizar las propias actitudes de los grupos sociales que comparten una determinada cultura. En planificación familiar esta razón se hace más necesaria (9).

Por ende, el presente trabajo seleccionó una comunidad que comparte costumbres e ideas propias de la región alto andina aymara, ya sea por su procedencia directa o por arraigo familiar. En este contexto, el distrito de Ciudad Nueva, bajo la jurisdicción del Centro de Salud del mismo nombre, será nuestra población objetivo.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Están los factores socioculturales asociados a la actitud de los varones frente a la planificación familiar de las usuarias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna 2020?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la asociación entre los factores socioculturales, y la actitud de los varones frente a la planificación familiar de las usuarias atendidas en el centro de salud Ciudad Nueva, Tacna 2020.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar la actitud de los varones frente a la planificación familiar de las usuarias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna 2020.

- b) Identificar los factores sociales asociados a la actitud de los varones planificación familiar de las usuarias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna.

- c) Identificar los factores culturales asociados a la actitud de los varones hacia la planificación familiar de las usuarias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna 2020.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La planificación familiar permite a la familia poder planificar cuántos hijos tener y qué periodo intergenésico debe de haber entre las gestaciones. El acceso a recursos anticonceptivos es un componente de salud reproductiva que implica un estado de conciencia y empoderamiento tanto de la mujer como del varón. Se debe lograr que la pareja en su conjunto adopte ese grado de conciencia en forma armonizada, con criterios de equidad y confort. Esto traerá consigo mayores probabilidades de bienestar familiar, propiciar una adecuada salud infantil y un equilibrio familiar. En este anhelo, los varones juegan un rol importante, pues aseguran que exista mayores probabilidades de éxito en un adecuado plan familiar. Actualmente no se conoce cuál es la participación de los varones en ese contexto y principalmente cuál es su actitud frente a esa participación. De ahí que se seleccionó una comunidad con caracteres idiosincráticos y culturales muy parecidas y donde el resultado podría servir para mejorar las estrategias de abordaje en planificación familiar. Se identificó los principales factores socioculturales influyentes en los varones hacia la planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos, se midió la actitud en

ellos y relacionó los principales factores socioculturales con la actitud presente en las parejas masculinas hacia una planificación familiar responsable y métodos anticonceptivos usados en las familias atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna 2020.

Los resultados podrían servir para que los profesionales de la salud aborden mejor la estrategia del programa, así como involucren mecanismos que mejoren el servicio en este importante programa nacional. La meta es tener mejores coberturas de planificación familiar pero también parejas involucradas en ese sentido como un recurso impostergable en las estrategias. La presencia de los varones y su actitud a colaborar fue medida y relacionada con factores de su entorno personal que podría estar asociado.

CAPÍTULO II

1.5 REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.6 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

1.6.1 INTERNACIONALES

Mergia et al, en el 2020, realiza una investigación “Mothers' satisfaction with health extension services and the associated factors in Gamo Goffa zone, Southern Ethiopia” en Etiopía, donde mide la satisfacción de los servicios de salud respecto a planificación familiar. Reconoce que aún existe niveles altos de insatisfacción en las usuarios y usuarios de los servicios de salud, y esta baja accesibilidad a servicios de calidad se ve mayormente reflejada en zonas rurales y de bajos ingresos. Trabajó con 478 mujeres durante el año 2018. Utilizó un cuestionario preestructurado mediante entrevista personalizada. El muestreo fue aleatorio sistemático con análisis bivariado y multivariado con un intervalo del 95% de confianza. Utilizaron un p menor de 0,05 para nivel máximo de significancia estadística. El porcentaje de madres fue del 37,4% con un IC del 95% (33-44%) estableciéndose que si los esposos participaron en el programa de extensión de salud [AOR = 4.02 (IC 95%: 2.0, 8.1)] la asociación era elevada. La presencia de una familia completa tiene mayores probabilidades de cumplir con las demandas sanitarias de planificación. La participación del esposo fue

una variable positiva asociada a satisfacción de la madre. Concluye que la oferta de salud debe orientarse al involucramiento de las madres, pero junto a sus esposos, tanto para la planificación familiar como para la elección de un método anticonceptivo (10).

Handelsman et al, en el 2019, en su trabajo “Male Contraception” refiere que los hombres continúan teniendo un gran interés y compromiso con la planificación familiar efectiva. Los métodos tradicionales de anticoncepción masculina han incluido durante mucho tiempo la abstinencia periódica, la eyaculación no vaginal, los condones y la vasectomía, los dos últimos representan métodos físicos para evitar que los espermatozoides lleguen al sitio de la fertilización. Sin embargo, para la anticoncepción masculina, los métodos reversibles no son confiables, y el único método confiable no pretende ser reversible. Durante el siglo XX, se comercializó una amplia gama de métodos anticonceptivos hormonales femeninos reversibles y altamente confiables; para que los hombres compartan más equitativamente las cargas y los beneficios de la planificación familiar, deben estar disponibles métodos anticonceptivos masculinos reversibles más efectivos en la actualidad. La mayoría de los estudios sobre anticoncepción masculina se han llevado a cabo con métodos hormonales, análogos a los anticonceptivos hormonales femeninos bien conocidos, lo que los hace más cercanos a la introducción de un método anticonceptivo masculino confiable y reversible. El

enfoque hormonal más prometedor es la combinación de un andrógeno (generalmente testosterona) con una progestina y múltiples estudios han demostrado que tales combinaciones de esteroides de depósito muestran una alta eficacia anticonceptiva, basada en la supresión confiable y reversible de la producción de esperma, con pocos efectos secundarios. Si bien la investigación sobre nuevos métodos para la regulación de la fertilidad masculina ha continuado en el sector público, la investigación del sector privado sobre la anticoncepción masculina, esencial para el desarrollo efectivo de productos comerciales, se ha estancado en las últimas décadas (8).

Chekole et al. en el año 2019 en su trabajo “Husbands' involvement in family planning use and its associated factors in pastoralist communities of Afar, Ethiopia” refiere que los esposos son un factor muy influyente en la demanda de servicios de salud, así como de métodos de planificación familiar. Refiere que existen muy pocos estudios que permitan conocer claramente los factores y su fuerza de asociación, especialmente cuando proceden de culturas distintas. Su estudio permitió conocer la real participación de los esposos en la planificación familiar, así como los factores que influyeron en estos para conllevar una vida planificada. Trabajó con 418 mujeres casadas y sus esposos, los datos se levantaron de un instrumento semiestructurado. Utilizaron estadística descriptiva, así como análisis multivariado para determinar los factores influyentes del esposo. Utilizaron un nivel de

p menor a 0.05 como significativa. La tasa de respuesta fue del 98%. Reconocen las mujeres que la participación de sus esposos fue apropiada en el 48% de ellas. Refirieron que el centro de salud jugo un papel importante en esta participación (OR: 5.56; IC 95%: 1.92 -16. 07) y que la información era mejor cuando el esposo participaba en comparación al grupo de mujeres que no acudía con su esposo. El nivel de instrucción fue una variable fuertemente asociada a la participación del esposo (AOR = 1.31; IC 95%: 1.16-1.58). Concluyen que la participación del esposo es baja en este lugar y que el nivel de instrucción de las mujeres era una variable determinante importante. Reconocieron que el establecimiento de salud juega un papel importante en la decisión de participación del esposo al generar estrategias que permitan su involucramiento (11).

Belay et al.en el año 2019, en su trabajo “Married women's decision making power on family planning use and associated factors in Mizan-Aman, South Ethiopia: a cross sectional study” El uso de las mujeres del servicio de planificación familiar está influenciado por muchos factores, especialmente por su poder de decisión. La decisión personalizada de una mujer es importante, así como contar con el apoyo del esposo. Los investigadores exploraron el impacto que tiene las decisiones tomadas por la mujer en su deseo de tener una familia planificada. Realizaron un estudio observacional, de corte transversal, en mujeres casadas en edad fértil. Se utilizó el muestreo

aleatorio simple. Personal de salud, enfermeras, fueron adiestradas en los objetivos del estudio, así como en el uso del cuestionario estructurado. Se utilizó regresión logística y análisis multivariado para los factores asociados, con cálculo de Odd Ratio. Trabajaron con un intervalo de confianza del 95%. Los resultados expresaron que más del 60% de las mujeres tenían decisión propia en planificación. Los factores principalmente asociados fueron el tener nivel de instrucción secundaria [OR: 9.04, IC 95%: (4.50, 18.16)], ocupación estable [OR: 4.84, IC 95%: (2.03, 11.52)], tener como pareja a esposos con empleo gubernamental [OR 2.71, IC 95%: (1.24, 7.97)], pareja con instrucción superior [OR: 11.29, IC 95%: (4.66, 27.35)], y tener una edad relativamente joven [OR: 0.27, IC 95%: (0.09, 0.75)]. Concluyen que las mujeres sujetas de estudio tenían una elevada independencia en sus decisiones. La edad entre 34 a 44 años tuvieron mayor fuerza en sus decisiones que los demás grupos de decisión (12).

Mboane et al. en el 2015 en su trabajo “Influence of a husband's healthcare decision making role on a woman's intention to use contraceptives among Mozambican women” refiere que en estudios previos en países en desarrollo sugieren que un esposo juega un papel influyente en el uso de anticonceptivos de una mujer. Refiere también que no se ha investigado el poder de decisión de los esposos o convivientes en la elección de un método anticonceptivo. Trabajaron con una muestra de

7,022 de mujeres de 15 a 49 años, a quienes se les preguntó sobre esas características respecto de sus respectivos esposos. Varios posibles factores de confusión sociodemográficos se ajustaron en modelos de regresión logística multivariados generales y estratificados. Se utilizó el OR ajustado con un intervalo de confianza del 95%. EL promedio de la edad de las mujeres fue de 30 años. Las mujeres cuyo esposo tomó la decisión, tuvieron un 19% menos probabilidades de referir si estaba conforme con el método respecto a aquellas que tuvieron una decisión propia o discutida con su esposo. Esta característica estuvo mayormente presente en parejas de procedencia rural (AOR = 0,75; IC del 95%: 0,65 a 0,87); y en familias con más de 3 hijos. Concluyen que el apoyo del esposo fue negativo respecto a la intención de las mujeres. De esto se resume que es necesario conocer las características y actitud de los varones respecto a la implementación de algún método anticonceptivo para tener mayor probabilidad de éxito (13).

Prata et al. en el año 2017 en su trabajo “Partner Support for Family Planning and Modern Contraceptive Use in Luanda, Angola” El apoyo del esposo / compañero para la planificación familiar puede influir en el uso de anticonceptivos modernos de las mujeres. Es conocido que las características sociodemográficas, la manera de comunicación entre las familias y las decisiones tomadas están íntimamente relacionadas a la elección satisfactoria de un método. Los investigadores utilizaron regresión

logística binaria para identificar las relaciones entre la actitud del esposo, su apoyo en la decisión tomada por la mujer respecto al uso de anticoncepción. Se examinó de la misma manera los roles desempeñados por cada pareja, encontrándose que la aprobación del esposo percibida como positiva por la mujer estuvo asociada significativamente. Asimismo, observaron una mayor asociación en parejas que llevan una adecuada comunicación entre esposo y esposa que aquellas que no. Reconocen que no exploraron el nivel de apoyo de los esposos y la actitud frente al uso de algún método o hacia el control sanitario existente. Reconocen asimismo que se hace necesario que la participación masculina positiva podría ser un gran apoyo para aumentar las coberturas de los planes de planificación familiar (14).

Tadele et al en el año 2019, en su trabajo “Factors influencing decision-making power regarding reproductive health and rights among married women in Mettu rural district, south-west, Ethiopia” El poder de decisión de las mujeres con respecto a la salud y los derechos reproductivos (RHR) fue el componente central para lograr el bienestar reproductivo. Es sabido que las mujeres con independencia en las decisiones domésticas, también la tienen en las decisiones respecto a la atención sanitaria y el acceso a servicios de planificación familiar. En Etiopía, más del 80% de las mujeres habitan en zonas rurales, donde la decisión generalmente la toma el varón o esposo. Esto restringiría a las mujeres a ejercer plenamente

su RHR. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo determinar los factores que influyen en el poder de decisión de las mujeres con respecto a la HRD en el distrito rural de Mettu, en el suroeste de Etiopía. Los investigadores realizaron un trabajo observacional de corte transversal en 415 mujeres casadas y en edad fértil, las cuales fueron seleccionadas aleatoriamente durante el año 2017. Se utilizó la regresión logística binaria y análisis Multivariante para determinar factores asociados, con un intervalo de confianza del 95%. Entre los principales resultados se tuvo que el 41.5% de las mujeres tenían independencia en las decisiones que tomaban respecto a la elección sanitaria que desearen. Los factores principalmente asociados instrucción secundaria AOR 3.18 [95% C. I 1.16, 8.73], grado de instrucción primaria de la pareja AOR 4.0 [95% C. I 1.53, 10.42] , nivel de instrucción secundaria de las mujeres educación AOR 3.95 [95% C. I 1.38, 11.26], buen nivel de conocimientos en MAC, AOR 3.57 [95% C. I 1.58, 8.09], tiempo de convivencia mayor a 10 años AOR 2.95 [95% C I 1.19, 7.26], empleo en pequeñas empresas AOR 4.26 [95% C. I 2.06, 8.80], actitud positiva del esposo AOR 6.38 [95% C. I 2.52, 12.45] y adecuadas relaciones conyugales AOR 2.95 [95% C. I 1.30, 6.64]. Se puede concluir que más de 4 mujeres de cada 10 tenían poder de decisión sobre su futuro sanitario y de planificación familiar. La influencia externa como el apoyo del esposo y las características de la relación conyugal, influyen positivamente en las decisiones. Las futuras intervenciones deben de fortalecer esa relación de pareja, así como potenciar las capacidades

de las mujeres para que accedan a empleos como las microempresas, puesto que esta característica está fuertemente asociada a independencia de decisiones. Las prioridades de cambio deben darse en mujeres con menos de 5 años de relación conyugal, así como en aquellas con menor nivel de instrucción.

Rahman et al en el 2018 en su investigación “Knowledge and involvement of husbands in maternal and newborn health in rural Bangladesh” El acceso a servicios de salud calificados durante el embarazo, el parto y el período posnatal para la atención obstétrica es uno de los factores más influyentes en los resultados futuros de la salud materno perinatal. En la gran mayoría de los hogares a nivel mundial, son los esposos quienes deciden sobre las acciones en el hogar. Esas decisiones claves determinan positivamente o negativamente en el acceso de las mujeres a servicios de salud. En este estudio investigaron el nivel de influencia de los esposos con respecto a su nivel de apoyo a las mujeres en zonas rurales de Bangladesh, y cómo ese involucramiento está asociado con el acceso al personal sanitario capacitado. Trabajaron con una encuesta de corte transversal en dos subdistritos mediante muestreo por conglomerados estratificado. Las mujeres fueron entrevistadas separadamente de sus maridos. Se logró acceder a 317 parejas. Los resultados se analizaron mediante regresión logística binaria, con un intervalo de confianza del 95%. Los resultados revelaron que el 60% de los esposos conocían de los derechos inherentes a la

mujer, y que estos derechos son aún más especiales cuando se trata de embarazo, parto y puerperio. Sólo un 25% reconoce signos de alarma de la gestación. El 75% de los esposos participaron en la preparación para el parto y posterior acceso a planificación familiar. En esa misma proporción los varones apoyaron a sus parejas en el reconocimiento de signos de alarma. Al momento del parto, sólo el 47% de los esposos acompañaron a sus mujeres al servicio médico, sabiendo que en esa misma proporción se encontraban en el mismo lugar de ocurrencia. Sólo el 67% de los esposos acompañó a sus mujeres a control del puerperio. Las variables principalmente asociadas a que el esposo apoye fueron, servicios de salud que capacitaron a la pareja, (AOR 4.5, $p < .01$), atención institucionalizada (AOR 1.5, $p < .05$), atención recibida de profesional capacitado (AOR 48.8, $p < .01$) concluyeron que el apoyo de la pareja, con una actitud positiva es muy favorable en el desarrollo de una buena salud materna. Los servicios de salud deben capacitar a la pareja y las estrategias deben estar enfocadas a trabajar con ese binomio conyugal (15).

Shakya et al en el 2018, en su trabajo “Spousal discordance on reports of contraceptive communication, contraceptive use, and ideal family size in rural India: a cross-sectional study” Las bajas tasas persistentes de uso de anticonceptivos espaciados entre las esposas jóvenes en la India rural se han visto implicadas en los resultados negativos de salud materna e infantil en todo el país. Se ha

observado que la inequidad de género está asociada a bajas tasas de anticoncepción. Pero también es necesario reconocer que, en la India, la información que se entrega es discordante y muchas veces sesgada respecto a género. Hay poca información de las razones de esa discordancia. Se trabajó con una muestra de 867 de procedencia rural de la zona de Maharashtra-India mediante muestreo aleatorio controlado con enfoque en planificación familiar y centrado en los varones. Se clasificó a los grupos según tasas de respuesta concordante entre hombres y mujeres y discordantes entre los mismos. Los temas fueron anticoncepción, comunicación con la pareja y el número de hijos adecuado para una familia. Realizaron regresión logística para identificar factores asociados a discordancia orientados en el enfoque de empoderamiento de las mujeres en sus decisiones o nivel de dependencia al varón. Encontraron que hubo discordancia entre la comunicación a las mujeres y a los varones. El nivel de empoderamiento de las mujeres fue mayor cuando mayor fue el apoyo del varón, incluso los varones llevaban mayor comunicación con su pareja involucrándola en los controles que debía recibir. Hubo una adecuada participación de los varones, incluso en la cantidad de hijos adecuada para una familia. Concluyen que hubo tendencias claras entre aquellos grupos de parejas que se comunicaban y las que no. El empoderamiento de los métodos anticonceptivos en la mujer, hace que también adquiera independencia en otras tareas sanitarias. Reconocen que el involucramiento del esposo con una actitud positiva es importante para el éxito de un programa de salud reproductiva. Concluyen también

que el trabajo en parejas es mucho más adecuado que cuando se trabaja solo con las mujeres. Independientemente de su nivel cultural o de instrucción (16).

Rodríguez et al, en Cuba en el año 2016 publicaron los resultados de su estudio “Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar”, donde menciona que los hombres todavía no están suficientemente involucrados en la planificación familiar de ahí que se observa que hay muy pocos hombres en estos servicios. Por lo que se propone determinar el conocimiento y la actitud de los hombres hacia la planificación familiar. El estudio siguió un enfoque mixto la muestra fueron 75 parejas que acudieron a la consulta de planificación familiar en dos clínicas generales en Sagua Grande, entre mayo de 2013 y julio de 2013. Los resultados mostraron que existe una brecha desfavorable entre el conocimiento y la actitud de los hombres con respecto al marido y mujer en la planificación familiar efectiva; que la participación de los hombres es en escasez, así como en el asesoramiento de planificación familiar. Demostrándose que las diferencias son significativas de acuerdo al género (17).

Coelho et al “Saberes e práticas de homens perante o planejamento reprodutivo” realizó su estudio con el objetivo de identificar, a través de las historias de los hombres entrevistados, la percepción y el conocimiento de ellos sobre la planificación reproductiva y cómo analizar

dicho conocimiento sobre la influencia del tema en las actitudes y las decisiones sexuales y reproductivas del hombre. El estudio se realizó a través de una estrategia de "bola de nieve" y un proceso de investigación de enfoque cualitativo. Utilizó el análisis de contenido temático categórico, lo que resultó en la construcción de dos categorías, a saber, la percepción y el conocimiento de los hombres sobre la planificación reproductiva, la salud sexual y reproductiva, y la actitud de los hombres en relación con el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Luego del análisis de los datos se resuelve en que no fue posible identificar la posición activa de los hombres en relación con la atención y la salud sexual y reproductiva, así como el reconocimiento de la importancia de la planificación reproductiva, aunque ningún encuestado había solicitado dicha asistencia para la investigación, se concluyó que debería haber una mayor disponibilidad de más acciones dentro de los servicios de salud que busquen alentar la participación masculina en la discusión sobre este tema (18).

2.2.2 NACIONALES

Zavaleta realiza su investigación de tesis en la ciudad de Lima "Relación entre la actitud de la pareja respecto a la elección de métodos anticonceptivos en puérperas de parto eutócico del Hospital de San Juan de Lurigancho periodo noviembre - diciembre del 2015". Presenta una

investigación analítica, observacional de corte transversal a una muestra de 174 puérperas y sus parejas en las oportunidades de visita a los servicios de hospitalización. Relacionó la actitud de la pareja hacia la elección de un método anticonceptivo. Se trabajó con estadística descriptiva y análisis bivariado y multivariado para identificar por regresión logística. Se determinó un intervalo de confianza del 95% y valor p significativo menor de 0,05. Observaron que el 78,74% de las mujeres eligieron un método antes del alta y se encontró una actitud “indiferente” por parte de la pareja en un 63,22%. La actitud de la pareja no estuvo asociada a la elección del método.(19)

Fernández et al. en su investigación “Empoderamiento femenino: La vía para la apropiación y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos” realizado en el 2018 en la ciudad de Tumbes, refiere que existe un dominio masculino en el escenario regional donde se desarrolló su investigación y que la mujer no es consciente de su disparidad e iniquidad de género, especialmente en sus derechos sexuales y de elección de control de la natalidad. Trabajó con 90 usuarias de planificación familiar utilizando un cuestionario semiestructurado que evaluó el ejercicio de los derechos sexuales validados por alfa de Cronbach. Observó que el 40% de las mujeres refieren no tener acceso a ejercer sus derechos sexuales, quedando esta potestad a cargo del esposo o pareja. Concluye, que el nivel de empoderamiento está relacionado directamente con la posibilidad de ejercer sus derechos.(20)

Aspilcueta-Gho et al, en su investigación “Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja” realizado en la ciudad de Lima en el 2013 refiere que las intervenciones sanitarias principalmente han tenido como centro de atención a las mujeres, postergando la importancia de trabajar con las parejas. Es sabido que el género es un determinante de inequidad y que el varón es un factor altamente influyente en la salud de la mujer. Refiere que ya los hombres son más precoces cuando inician sus relaciones coitales, que en promedio es a los 16 años. Observó que los varones usan un método anticonceptivo solo en el 54,2% donde el 14,5 prefiere métodos tradicionales (“ritmo” y “coito interrumpido”). EL apoyo del varón es muy bajo en el acompañamiento de la mujer en la elección de un método anticonceptivo, o acompañamiento en el parto o para prevenir los riesgos de la muerte materna (21).

Rentería Liendo, en el año 2015 en Lima realizó un estudio para determinar las acciones y los métodos de participación de la población masculina en la planificación familiar en el Hospital San Juan Lurigancho en 2015: investigación descriptiva, transversal y prospectiva. Se encuestó a un total de 146 parejas de maternidad con automaternidad que se quedaron en el Hospital San Juan de Lurigancho durante marzo de 2015 y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados fueron: los hombres representaron el 41.1% de los

encuestados de 19 años a Entre los 29 años, principalmente tienen educación secundaria y catolicismo.

Cruz- Peñarán se propuso investigar la asociación entre el conocimiento y las actitudes, y la práctica de planificación familiar en partes de la región de Selva en Perú. Estudio transversal realizado en la región de la Selva del Perú (Pucallpa y Tarapoto). Se entrevistó a 600 equipos unidos, hombres de 15 años y mujeres entre 15 y 49 años, ambos con una residencia mínima de dos años en el estudio. Se investigó mediante una encuesta de prácticas de planificación familiar (definida como el uso de métodos anticonceptivos modernos, con un tiempo de uso de 12 meses), así como conocimientos y actitudes sobre la planificación familiar. Las comparaciones de frecuencia se realizaron a través del cuadrado Ji. La asociación entre variables sociodemográficas y el uso de métodos anticonceptivos se analizó utilizando modelos de regresión logística, la asociación entre variables sociodemográficas y las actitudes de planificación familiar a través de modelos de regresión lineal, y, para identificar las variables asociadas. El uso de métodos anticonceptivos modernos, si se utiliza un modelo de regresión logística. Y encontró que los hombres con educación primaria sin escolaridad estaban más inclinados a no usar métodos anticonceptivos que aquellos con educación profesional (RM 2.18, IC 95 por ciento 1.05, 4.50). Las mujeres que eran católicas tenían más probabilidades de conocer el uso de métodos anticonceptivos que aquellas que practicaban

la religión (RM 0,60, IC 95 por ciudad 0,37, 0,97). La menor educación de la pareja, la mayor edad de la mujer y el origen rural del hombre se unieron con una actitud menos favorable hacia la práctica de la planificación familiar. La conclusión a la que llegaron fue que la actitud familiar entre los hombres y su conocimiento sobre anticonceptivos se asoció con la práctica de los mismos en la pareja. Y que la aceptación masculina es un factor influyente en la promoción y práctica de la planificación familiar (22) .

1.7 MARCO TEÓRICO

1.7.1 LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

De acuerdo a la norma Técnica del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú (23) la planificación familiar es un

“Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentra la información, educación, orientación/consejería y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos”.

El término "planificación familiar" se refiere a los métodos de planificación y capacitación de la familia nuclear. A lo largo de la etapa de integración de la pareja, se determina el número de nacimientos, el tiempo y la forma de separación. Sin embargo, el significado actual de división

generalmente se limita a la planificación familiar, que es el comportamiento de fertilidad planificado e implementado de individuos y parejas, que está diseñado para conducir a un cierto número de nacimientos y la distancia esperada entre ellos; en relación con el matrimonio y el comportamiento reproductivo y sus resultados.

1.7.1.1 La igualdad de género para la salud sexual y reproductiva.

La socialización de estos tiempos y las instituciones sociales, así como empresas y los empleadores, vienen trabajando asiduamente en la incorporación de la mujer a las actividad laboral e inserción económica, controlando los recursos personales y sociales hasta cierto vienen trabajando en acciones sin distingo de ningún orden. Los enfoques de igualdad de género en los servicios de salud sexual y reproductiva ayudan a reducir brechas como(23):

- La morbilidad y mortalidad causadas por la desigualdad, así como una mayor calidad de vida y armonía entre hombres y mujeres y dentro de la familia.
- Del mismo modo, nos permite comprender todos los aspectos de la cultura social, las instituciones y las normas, sus tradiciones y diferencias, la distribución del poder y la toma de

decisiones, y las cuestiones sexuales y reproductivas.

- Por lo que los varones deben también ser considerados incluyendo su participación responsable en los aspectos sexuales y reproductivos de las parejas.
- Promover la información y los servicios de los hombres, promover la igualdad y el equilibrio.

1.7.1.2 El rol de padre en la familia

La investigación a principios de la década de 1950 estuvo influenciada por el conductismo y el psicoanálisis (complejo de Edipo: el padre desempeña un papel central en el desarrollo de hombres y mujeres: la identidad del hombre y el padre y la realización de la identidad sexual del hijo. Se convierte en un modelo, una figura masculina para guiar a los hijos, donde además los impulsos sexuales deben controlarse para el buen funcionamiento familiar. Debido a que en la primera etapa de formación del niño se requiere de una figura plena del padre, debido a que su ausencia podría afectar en el niño/a su identidad, o autoestima.

Fase en la que se resalta el rol del padre:

- Física
- Psicosocial: poca participación

- Biológica: su único papel e iniciador del proceso de embarazo.

Ya por 1970, debido a los cambios en la familia, el trabajo de las mujeres también condujo a cambios en la disponibilidad de los padres. La relación entre padre e hijo se forma en paralelo con la madre desde el comienzo del nacimiento, y la orientación del bebé es menor que la de la madre. Saben cómo tratar al bebé de la misma manera suficiente. Asistencia mutua, la capacidad de usar el lenguaje y los signos del bebé reconocido de la madre. Pero tienen diferentes formas de interactuar: los padres prefieren interactuar con sus hijos a través de juegos físicos, y a través del contacto físico estimulante y rítmico, están más cerca de sus madres a quienes les gusta comunicarse y hablar.

Las habilidades parentales no son datos determinados biológicamente, pero varían con ciertas condiciones: Relacionado con historias personales: cómo se formó su identidad sexual, su relación con su padre, las experiencias de embarazo y parto y el género del niño. Relacionado con el medio ambiente: esposa trabajadora, organización del rol familiar, relación matrimonial, posible ambiente sociocultural, porque las mujeres juegan un papel important del parto y el cuidado del bebé.

Los factores en la biología reproductiva, mientras que los hombres solo tienen la tarea de desencadenar procesos en curso. Las mujeres son biológicas; los hombres deben solo realizando un proceso más complicado podemos entender el significado es culturales, sin embargo, aún hoy el hombre está educado sobre todo para darse cuenta de sí mismo en el trabajo y concebir el papel de la familia en términos del apoyo económico de la familia.

1.7.2 EL ENFOQUE DE LA CONTRACEPCIÓN MODERNA

El año 2020 ha sido esperado con ansias en la comunidad de profesionales de la planificación familiar (PF) como el año objetivo de alcanzar 120 millones de nuevos usuarios de anticoncepción moderna, establecidos durante la Cumbre de Londres 2012, que se ha convertido en objetivo de la década que inicia, y que desde entonces ha recibido apoyo. Por más donantes y con compromisos de más países. Hay una probabilidad de que los objetivos propuestos no lleguen a cumplirse en cuestiones de números, aún se esperan muchos progresos debido a la iniciativa (24). Otras iniciativas incluyen la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, que tiene la Meta 3.7, que establece que los países deberían, “para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, incluso para la planificación familiar, la información y la educación, y la integración de salud reproductiva, en estrategias y

programas nacionales”. Entre los indicadores clave para medir las mejoras en el acceso a la salud reproductiva están las tasas de prevalencia de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de la planificación familiar (25).

1.7.2.1 Indicadores futuros de Planificación Familiar

Estos indicadores serán de exigencia a todos los países, con visión global del planeta. La ONU ha asumido el compromiso de que los países acaten las disposiciones con respecto a la planificación familiar (26).

La tasa de prevalencia de anticonceptivos se basaría en el número de usuarios de métodos anticonceptivos (generalmente referidos a métodos modernos) entre las mujeres del grupo de edad reproductiva. Se entiende por prevalencia anticonceptiva a la cantidad de mujeres o parejas sexuales que se adhiere actualmente a algún método anticonceptivo, independientemente del método utilizado. Por lo general, se informa para mujeres casadas o en unión de 15 a 49 años, que describe el grupo de edad reproductiva para mujeres (26).

La necesidad insatisfecha de planificación familiar se define como el porcentaje de mujeres en edad reproductiva, casadas o en unión, que desean detener o retrasar el embarazo durante los próximos dos años, pero que no utilizan ningún método anticonceptivo, moderno o tradicional. La población objetivo son mujeres en edad

reproductiva de 15 a 49 años, e incluye adolescentes, aquellas que acaban de dar a luz o pueden haber perdido un embarazo, y aquellas que pueden haber tenido el tamaño de familia deseado. No se incluyen las mujeres infectadas que desean tener un bebé, que aún no están embarazadas y que no usan anticonceptivos; aquellos que informan que son menopáusicos, que se han sometido a una histerectomía, que nunca han menstruado o que han tenido amenorrea postparto durante 5 años o más. Un indicador relacionado es la demanda satisfecha, que se refiere al porcentaje de mujeres en edad reproductiva que tienen su necesidad de PF satisfecha con los métodos modernos (27).

1.7.2.2 Métodos considerados “efectivos”

Estos y otros programas e iniciativas mundiales sobre PF o anticoncepción se han centrado en el uso de métodos modernos más efectivos. Un comité de técnicos expertos de la OMS acordaron definir la clasificación de los métodos anticonceptivos a fin de que se comprenda claramente (28).

Las características de esos métodos anticonceptivos modernos son (28):

- Una base sólida en biología reproductiva,
- Un protocolo preciso para el uso correcto

- Datos existentes que muestran que el método ha sido probado mediante estudios que han seguido un diseño adecuado de evaluación de eficacia y bajo varias condiciones.

Luego de años de investigación y desarrollo de anticonceptivos, se ha logrado desarrollar diversos métodos anticonceptivos y conocer cuál es su efectividad, y cuál es el grado de seguridad, el tiempo de duración para una mayor efectividad y las formas de administración (29). De esos estudios se tiene desarrollados los siguientes métodos anticonceptivos a nivel mundial y son:

- Implantes
- Vasectomía
- Esterilización femenina
- Dispositivo intrauterino de levonorgestrel
- Dispositivo intrauterino de cobre
- Método de amenorrea de la lactancia (LAM)
- Inyectables mensuales
- Inyectable solo de progestina
- Anticonceptivos orales combinados
- Pastillas de progestágeno solo
- Parche combinado
- Anillo vaginal combinado
- Condones masculinos
- Método de ovulación
- Diafragmas con espermicida
- Retirada o coito interrumpido

- Condones femeninos
- Espermicida
- Capuchón cervical

Los métodos de nivel más alto incluyen los métodos permanentes (o esterilización) y los métodos reversibles de acción prolongada. Entre los anticonceptivos permanentes están: la ligadura de trompas/esterilización permanente (para mujeres) y vasectomía (en hombres). En general, estos son procedimientos quirúrgicos menores o mínimamente invasivos que no requieren una estadía prolongada en el hospital, a menudo solo se consideran una estadía corta de menos de un día. La ligadura de trompas también se puede realizar como parte de un procedimiento quirúrgico, como una cesárea (30).

Por ser este un método de carácter permanente, resulta ser el método más usado por las mujeres a nivel mundial, convirtiéndolo así en el método anticonceptivo de mayor preferencia a la que se sometieron gran cantidad de mujeres, ese amplio uso representa aproximadamente al 19% entre las mujeres en edad reproductiva (31). En América del Norte existe un informe que indica que, más de la mitad de todas las esterilizaciones son procedimientos posparto, que suman aproximadamente 340,000 por año y ocurren después del 8–9% de todo el elegido. También se

observa una gran variación entre los hospitales en las tasas de esterilización posparto (32).

1.7.2.3 Anticoncepción reversible de acción prolongada

El otro grupo de anticonceptivos en el nivel más alto generalmente se llama anticonceptivos reversibles de acción prolongada o LARC. El mismo nombre indica su uso, este es un método que se puede usar por un tiempo largo y que, al suspenderse su uso, el periodo fértil regresará después de un período de tiempo definido. Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada también son altamente efectivos, con tasas cercanas o casi iguales a las de los métodos permanentes. Las tasas de uso típicas son casi iguales o se aproximan a las tasas de uso perfecto. Entre éstos métodos están los implantes anticonceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos (DIU) (33).

Los dispositivos intrauterinos contienen cobre o la hormona anticonceptiva Levonorgestrel. Los dispositivos intrauterinos que contienen cobre funcionan a través de una reacción química que daña los espermatozoides y los óvulos antes de que puedan reunirse. Los DIU se pueden insertar en cualquier momento, incluidos aquellos que acaban de dar a luz hasta 48 h, después de lo cual se recomienda esperar hasta 4 semanas para la inserción. Se recomienda para quienes eligen un

anticonceptivo reversible de acción prolongada no hormonal y estarían amamantando. Se ha informado que es efectivo hasta 12 años después de la inserción.

1.7.2.4 Anticonceptivos hormonales inyectables y combinados.

A este grupo de anticonceptivos se los denomina de nivel inferior (inyectables, píldoras anticonceptivas orales, el parche o anillo anticonceptivo hormonal combinado y un método temporal: método de amenorrea de la lactancia). Esta forma de anticoncepción usada de la manera más correcta posible ofrece las menores tasas de embarazo por cada 100 mujeres anualmente. Pero cuando existen características peculiares como las condiciones que debe reunir la mujer o la pareja para su uso, por ejemplo cuestiones relacionadas con la dosis, la frecuencia de uso, y diversas condiciones que no todas las mujeres pueden cumplir de modo consistente y correcto, provocaría la falla de los métodos elegidos, y se describen como situaciones del mundo real (34).

Los anticonceptivos en inyectables son de dos tipos generales: los que solo contienen progestina o los combinados (progestina con estrógeno). Los inyectables de progestágeno solo pueden tener acetato de medroxiprogesterona de depósito o enantato de noretisterona, que son similares a la progesterona natural en una mujer. La ausencia de

estrógenos les permite ser utilizados durante la lactancia a partir de las 6 semanas después del nacimiento, y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógenos. El acetato de medroxiprogesterona de depósito cuando se inyecta por vía intramuscular o subcutánea se libera con lentitud en el torrente sanguíneo y es efectivo por el lapso de 3 meses. La ruta subcutánea que tiene una aguja más pequeña y una inyección más superficial permite a los proveedores de nivel inferior e incluso al propio usuario utilizar el método, para que pueda ser ampliamente accesible. El inyectable de enantato de noretisterona debe tener una administración por cada 2 meses. Estos dos métodos tienen como función prevenir la ovulación (34). Se debe tener en cuenta las medidas preventivas de riesgo de infecciones haciendo la eliminación adecuada de los inyectables usados. Asimismo, considerar que cuando se deja de usar los métodos de inyectables, el periodo de fertilidad regresa en un promedio de aproximado de 4 meses.

1.7.3 LA OPCIÓN DE NO ELEGIR UN MÉTODO

Por diversas circunstancias u opiniones, existen parejas con sus propias preferencias, así como el no usar ningún método anticonceptivo hormonal o invasivo y se inclinan por el uso de los métodos naturales. Este método consiste

en que las relaciones sexuales solo se dan en los días que no hay fertilidad femenina, y esto se daría alrededor del periodo de ovulación, que es cuando se lleva a cabo la fertilización. Esta es la suposición subyacente de los FABM, lo que significa que una mujer (o parejas) conocen e identifican su período de fertilidad, de acuerdo al patrón personal del ciclo de su menstruación. La mujer monitorea con responsabilidad y cuidado, haciendo uso del método basado en el calendario (de los cuales el Método de días estándar es el más efectivo) o el método que se basa en los síntomas (que incluyen el Método de dos días y el método Sympto-térmico). Para poder seguir estos tipos de métodos se requiere de un acuerdo cooperativo entre la pareja, se necesita el compromiso de ambos, principalmente para identificar los periodos de fertilidad y la responsabilidad de abstinencia coital durante los días de mayor riesgo de embarazo (o usar un método de respaldo, como un condón). Teóricamente no se usan drogas o dispositivos. no hay efectos secundarios o riesgos para la salud (35).

1.7.3.1 Anticoncepción y lactancia materna

Un método que puede considerarse como el más natural sería el método de amenorrea de la lactancia o LAM. Este método consiste en tomar en consideración la propia fisiología de la mujer que está pasando por el periodo de amamantamiento exclusivo y total, de ese modo se detiene el proceso de liberación de hormonas de manera natural que provoca la ovulación. Luego del parto la menstruación no se reanuda rápidamente al menos el tiempo de ausencia

es de seis meses. Son tres requisitos que se debe considerar para el uso de LAM como anticoncepción. Un componente clave sería el estado de lactancia materna completa, que incluye la lactancia materna exclusiva (y ningún otro líquido o alimento) y la lactancia materna casi exclusiva (en la que el bebé recibe vitaminas, líquidos y otros nutrientes) o la lactancia materna casi completa (en la que el bebé recibe algo de líquido o comida además de la leche materna, que sigue siendo la mayoría de las comidas) (más de tres cuartos de todas las comidas). Si se diera el caso de una mujer con diagnóstico de VIH, puede practicar el uso de LAM y seguir con su terapia retroviral recomendada (que reducen notablemente el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo del 14% (sin TAR) a menos del 1% (si se trata con TAR) (31).

1.7.3.2 La anticoncepción de los varones

Durante algún tiempo la anticoncepción en varones fue centrado en la vasectomía o el uso del condón masculino. Así como la mujer registra su temperatura corporal diariamente FABM cumpliendo de forma sostenida evitando el coito en una relación sexual sin protección, los varones debieran de participar también de modo activo, para el momento del coito por los períodos no fértiles o de ovulación, porque la anticoncepción debiera actuarse de modo cooperativo en la pareja sexual. La anticoncepción hormonal masculina se ha desarrollado, con el uso de testosterona y un agente de progestina, para suprimir la producción de esperma mientras se mantienen las

características fisiológicas hormonales masculinas, o con agentes que suprimen la producción de GnRH, aunque tener un producto real en el mercado aún puede llevar tiempo.(36)

1.7.3.3 Rol de la OMS

La OMS también ha revisado la literatura sobre quiénes son los diferentes proveedores que pueden dar los diferentes anticonceptivos, principalmente porque la escasez de personal de salud y las políticas restrictivas sobre los roles que hacen posible la limitación al acceso a los realmente efectivos métodos para la anticoncepción a diversos contextos poblacionales. Con solo la ampliación y de la provisión anticonceptivos a todos los estratos profesionales de salud, podría ayudar de modo significativo el acceder a los anticonceptivos para las parejas sexualmente activas. Ya los países van permitiendo a los trabajadores de salud de rango medio a menos otorguen las diversas formas anticonceptivas, considerando todos los niveles o estratos económicos y sociales de las poblaciones a través de los centros de atención de la salud. Así existen muchos proveedores para productos anticoncepción, donde de acuerdo su fabricación muestra diversas condiciones de uso, para cada circunstancia específica y habitual de los usuarios y es la OMS la que a nivel mundial se ha encargado de difundir su uso, especificando incluso para cada cuadro de uso. Dando informes, y definiendo las tareas de compartir tareas y que han sido minuciosamente descrito en dichos

documentos. Se prevé el intercambio de tareas para crear una distribución más racional de tareas y responsabilidades entre los cuadros de trabajadores de la salud para mejorar el acceso y la rentabilidad(37)

1.7.4 PARTICIPACION DE VARON EN PLANIFICACION FAMILIAR

La idea de aumentar la participación del hombre en la planificación familiar ha recibido atención periódica durante los últimos 20 años, pero no existe un consenso general en cuanto a lo qué significa realmente la participación masculina. Este ensayo examina las implicaciones a nivel de genero de la “participación masculina” para el personal y los encargados de la toma de decisiones de los programas de prestación de servicios, y las dinámicas de genero qué rodean el use de métodos anticonceptivos, particularmente los que dependen del hombre. El ensayo discute la importancia de tomar en consideración la interacción entre el papel del hombre y el de la mujer, en lugar de concentrarse exclusivamente en la situación de la mujer (o del hombre), con el objetivo de aumentar la igualdad entre ambos. Finalmente, hace una advertencia en contra de las formes de “participación masculina” qué resultan en la usurpación por parte del hombre de terreno qué pertenecía anteriormente a la mujer, empeorando por tanto el dominio masculino existente.(38) Las mujeres jóvenes, prácticamente no tienen un papel que desempeñar o se les permite jugar de manera muy limitada

en la toma de decisiones reproductivas. Aquí puede haber un choque de intereses entre los miembros masculinos y femeninos de la familia, particularmente debido a sus roles típicamente asimétricos en el cuidado infantil y, por lo tanto, los resultados de las decisiones familiares pueden no ser adecuadas (39). Lo más importante es que las actitudes tienen el mayor efecto directo sobre el uso de anticonceptivos con un valor de coeficiente estandarizado de 781. Por lo tanto, dado que el conocimiento de los anticonceptivos ya es alto incluso entre los encuestados que no usan anticonceptivos, las actitudes de los hombres son especialmente importantes para las decisiones sobre los anticonceptivos. utilizar. Como resultado, los programas de planificación familiar que continúan enfocándose únicamente en las mujeres continuarán logrando éxitos limitados en el norte de Nigeria (y probablemente en las muchas sociedades patrilineales donde se llevan a cabo programas similares).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.1 HIPÓTESIS

Los factores socioculturales y actitud se asocian significativamente a la actitud de los varones hacia la planificación familiar de las usuarias atendidas en el centro de salud Ciudad Nueva, Tacna 2020

2.2 VARIABLES

2.2.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
ACTITUD	Test de Likert validado(40) (41)	1. Buena 2. Indiferente 3. Mala	Nominal
FACTORES SOCIALES	Edad	1. 20 a 29 años 2. 30 a 39 años 3. 40 a 49 años 4. 50 a más	Intervalo/ Ordinal
	Estado civil	1. Casado 2. Soltero 3. Viudo 4. Divorciado 5. Separado 6. Conviviente	Nominal
	Número de hijos	1. Ninguno	Razón

		<ol style="list-style-type: none"> 2. 1 a 2 3. 3 a 4 4. 5 más 	
	Procedencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tacna 2. Arequipa 3. Puno 4. Lima 5. Cuzco 6. Otro 	Nominal
	Parejas anteriores en convivencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. No tuvo 2. 1 a 2 pareja anteriores en convivencia 3. 3 a más 	Razón
	Tiempo de convivencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. hasta 1 año 2. 2 a 5 años 3. 6 a 10 años 4. 11 a 15 años 5. 16 a 20 años 	Ordinal
	Con la actual pareja acudió a servicio de salud de su jurisdicción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Nominal
FACTORES CULTURALES	Recibió visita domiciliaria orientativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Nominal
	Fuente de información	<ol style="list-style-type: none"> 1. Internet 2. Profesional de la salud 3. Familiares 4. De la pareja actual (esposa) 5. De anterior(s) pareja 	Nominal
	Nivel de instrucción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin instrucción 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Superior incompleta 7. Superior completa 	Nominal

	Religión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. Católica 3. Adventista 4. Ateo 5. Evangelista 	Nominal
	Ocupación	<ol style="list-style-type: none"> 2. Sin ocupación 3. Independiente formal 4. Independiente informal 5. Dependiente Contratado 6. Dependiente Nombrado 	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación: Estudio observacional, de corte transversal y retrospectivo, los datos se recogerán tal y como se presentan en un solo momento; y es retrospectivo

Diseño de investigación: De acuerdo al método epidemiológico el diseño fue analítico por cómo se presentan los resultados estadísticos en tablas de contingencia.

Nivel de investigación: Por la profundidad del estudio el trato de las variables es de un nivel de investigación relacional.

3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio es el distrito de Ciudad Nueva, en la jurisdicción de atención del Centro de Salud Ciudad Nueva, de la Microred Cono Norte de la red de Salud de Tacna. Establecimiento con una población asignada de 17340 personas (42). Unidad prestadora de servicios que brinda Medicina, Obstetricia, Odontología, Psicología, Atención integral del niño, Atención de Tópico, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Internamiento, Servicio Social, Saneamiento Ambiental, atención de parto, Nutrición, Laboratorio, Farmacia, etc. En tanto que la población en estudio fueron varones adultos cuyo muestreo se seleccionó a partir de la aprobación de este proyecto

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

Se trabajará con el 100% de los varones, parejas de las usuarias nuevas atendidas y registradas en el servicio de planificación familiar durante el año 2019. La población de usuarias en el Centro de Salud Ciudad Nueva en el año 2019 fue de 900 personas

3.3.2 Muestra

Mediante un muestreo aleatorio simple se calculó el tamaño de muestra mediante la fórmula para poblaciones finitas.

Fórmula:

$$n = \frac{z^2 * p * q * N}{e^2(N-1) + z^2 p * q}$$

N= población

Z=1.96

P= 0.8

Q=0.5

E= margen de error o nivel de confianza= 0.05

Muestra: 155

Se trabajó con el total de varones que contaban con teléfono. Y se logró captar 196 varones.

En el hogar se seleccionará al varón que cumpla los siguientes criterios:

3.3.2.1 Criterios de inclusión

- a. Residencia en distrito de Ciudad Nueva
- b. Nacionalidad peruana
- c. De toda edad
- d. Esposo o compañero, en actual convivencia bajo el mismo techo.

3.3.2.2 Criterios de exclusión

- a. Varones que no desearon participar

3.4 TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 TÉCNICA

La técnica fue la entrevista, la que se realizó con la aplicación de un Cuestionario estructurado. La estrategia fue mediante llamada telefónica.

En el presente estudio para identificar los factores socioculturales influyentes en varones se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario de preguntas cerradas y para medir la actitud se aplicó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario con escala modificada tipo Likert, donde se evaluó a los varones de las parejas atendidas.

3.4.2 INSTRUMENTOS

a) Instrumento: Encuesta de participación de la población masculina en la planificación familiar (ver anexos)

Se trata de un instrumento dirigido a conocer la actitud de los varones frente a la planificación familiar. El instrumento ha sido validado para el Perú por investigaciones anteriores, validadas en realidades similares (41), además de validada por Rentería E. con su estudio “Participación de la población masculina en la planificación familiar en el Hospital San Juan de Lurigancho- Marzo 2015”(43). La evaluación de validación fue mediante Alfa de Cronbach, alcanzándose un valor de 0,83 (valor de confiabilidad del 83%).

Está dividido en tres partes:

- **La primera parte es sobre los factores sociales:** Se trata de instrumento que indaga los antecedentes personales de la población estudiada, de la condiciones conyugales y familiares.
- **La segunda parte sobre los factores culturales:** características educaciones y laborales como de orientación familiar.
- **Y la tercera parte trata sobre la actitud de la población masculina sobre la planificación familiar**
Se trata de una escala de 12 reactivos y mejorada con 5 probables respuestas (cada pregunta tendrá un valor de hasta 5 puntos) Nunca (1), casi nunca (2), no opina (3), casi siempre (4), siempre (5). Mediante el coeficiente de estanones (Para los puntos de corte) la

participación masculina o actitud, es calificada como: “Buena”, “Regular” y “Mala”. Se alcanza un puntaje máximo de 60 puntos utilizándose la categorización:

$$a = x - \text{desviación estándar}$$

$$b = x + \text{desviación estándar}$$

- Los cuales fueron de puntos de corte para la definición de las 3 categorías. La categoría “indiferente” se consideró como indiferente en la escala de medición.
- Dichas categorías de la data son obtenidas de las encuestas realizadas. Los puntos de corte definerón la individualidad del grupo en estudio.

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

4.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

La aplicación del instrumento de recolección de datos fue de tipo cuantitativo adaptado y validado para el servicio respaldado por publicaciones existentes de poblaciones con características similares a la nuestra o ámbito regional (37-38). Además, el instrumento fue contrastado en prueba piloto, donde se ajusta a los reactivos nuevamente mediante Alfa de Cronbach, considerándose un valor aceptable no mejor de 0,8 para la población estudiada

El instrumento contempla:

- Estar ajustado a los objetivos de estudio.
- Formato de registro estructurado.
- Auto administrado con supervisión del investigador.
- Validación estadística de confiabilidad y consistencia por cada reactivo

Se contó con la participación de personal de salud debidamente capacitado y conocedor de la zona para los objetivos del estudio con abordaje en domicilio, adoptando las medidas adecuadas de bioseguridad.

4.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos a través de los instrumentos, serán codificados y luego vaciados a una base de datos manualmente y posteriormente a un programa de informática, los datos se codificarán en excel. Los datos fueron analizados luego con el programa Spss, el análisis fue bivariado. Los resultados se presentan en tablas y gráficos de doble entrada. Se aplicaron pruebas de contingencias para determinar las principales variables relacionadas. Se utilizó la Chi cuadrado para la determinación de los factores de riesgo asociados a la actitud de los varones. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y se consideró un valor p significativo menor a 0.05.

4.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto fue aprobado por dictaminador institucional correspondiente de la Universidad.

Todas las unidades de análisis fueron informadas sobre la importancia del estudio, solicitando su participación voluntaria.

Se considera permisos correspondientes para la participación en visita domiciliaria con las medidas adecuadas de abordaje y bioseguridad por parte de personal de salud debidamente capacitado.

Se guardó absoluta confidencialidad de la identidad de las personas abordadas, a los cuales se les asignó un código de proceso. Para tal fin el levantamiento de la información fue totalmente anónima.

Los resultados se procesaron únicamente para los fines de esta investigación, cuidando la confidencialidad de los participantes. Para

el desarrollo de la investigación se puso en práctica los principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Previo a la entrevista se solicitó mediante el consentimiento informado su aceptación mediante una firma a todo varón encuestado explicándole los objetivos y las hipótesis que se formularon en el presente trabajo de investigación, y decidieron libremente ser parte del estudio. Se dió cumplimiento al principio de justicia, ya que los datos recolectados serán usados con fines de investigación, respetando el propósito de la misma.

El principio de beneficencia; ya que en todo momento se consideró los derechos de los varones encuestados, y en cada etapa de la investigación se resguardará la integridad de los mismos.

El principio de no maleficencia; fue necesario poner en práctica, ya que no se pretendía causar intencionalmente ningún daño a la persona.

RESULTADOS

Tabla 1 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS PAREJAS DE LAS USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA 2020

CARACTERÍSTICAS SOCIALES		n	%
Edad	20 a 29 años	70	35.7%
	30 a 39 años	88	44.9%
	40 a 49 años	37	18.9%
	50 a más	1	0.5%
	Total	196	100.0%
Estado Civil	Casado	25	12.8%
	Soltero	7	3.6%
	Separado	1	0.5%
	Conviviente	163	83.2%
	Total	196	100.0%
Número de hijos	Ninguno	18	9.2%
	1 - 2	143	73.0%
	3 - 4	33	16.9%
	5 a más	2	1.0%
	Total	196	100.0%
Lugar de Procedencia	Tacna	108	55.1%
	Puno	64	32.7%
	Arequipa	7	3.6%
	Lima	4	2.0%
	Cuzco	4	2.0%
	Otro	9	4.5%
Total	196	100.0%	
Ocupación	Sin ocupación	16	8.2%
	Independiente formal	73	37.2%
	Independiente informal	54	27.6%
	Dependiente contratado	51	26.0%
	Dependiente nombrado	2	1.0%
Total	196	100.0%	

En la tabla 1, podemos observar que el 44.9% de la muestra de estudio tenía entre 30 a 39 años, seguido de un 35.7% entre 20 a 29 años y el 18.9% entre 40 a 49 años.

Según el estado civil, el 83.2% tenía la condición de conviviente y sólo el 12.8% se encontraba formalmente casado.

Según el número de hijos, el 73% tenía de 1 a 2 hijos, seguido del 16.9% con 3 a 4 hijos. Se puede observar un 9.2% sin hijos.

Según lugar de procedencia, el 55.1% procedía de la región Tacna y el 32.7% de la región Puno, principalmente.

Según la ocupación, el 37.2% es independiente formal, el 27.6% independiente informal y el 26% dependiente contratado.

Tabla 2 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS CARACTERÍSTICAS CULTURALES DE LAS PAREJAS DE LAS USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA 2020

CARACTERÍSTICAS CULTURALES		n	%
Nivel de instrucción	Primaria completa	6	3.1%
	Secundaria incompleta	20	10.2%
	Secundaria completa	105	53.6%
	Superior incompleta	26	13.3%
	Superior completa	28	14.3%
	Técnico	11	5.6%
	Total	196	100.0%
Religión	No refiere	7	3.6%
	Católica	168	85.7%
	Adventista	12	6.1%
	Ateo	2	1.0%
	Evangelista	7	3.6%
	Total	196	100.0%
Orientación en Planificación familiar por el personal de salud	Sí	52	26.5%
	No	144	73.5%
	Total	196	100.0%
Fuente de información	Internet	52	26.5%
	Profesional de la salud	53	27.0%
	Familiares	3	1.5%
	De la pareja actual	83	42.3%
	De anterior(s) pareja	5	2.6%
	Total	196	100.0%

En la tabla 2 podemos observar que el 53.6% tenía como nivel de instrucción de secundaria completa seguido de un 14.3% con superior completa y el 13.3% con superior incompleta.

Respecto a la religión, el 85.7% prefiere o profesa la católica principalmente.

El 73.5% de los varones refieren que no han recibido orientación de planificación familiar de algún personal de salud del establecimiento de su jurisdicción.

Respecto a otras fuentes de información, el 42.3% refiere recibir información que su actual pareja y tan solo el 26.5% refiere que fue a través de la internet.

Tabla 3 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE LAS PAREJAS DE LAS USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA 2020

ANTECEDENTES FAMILIARES		n	%
Anteriores parejas de convivencia	No tuvo	147	75.0%
	1 a 2 parejas en convivencia	46	23.5%
	3 a más	3	1.5%
	Total	196	100.0%
Tiempo de convivencia con actual pareja	Hasta 1 año	9	4.6%
	2 a 5 años	68	34.7%
	6 a 10 años	80	40.8%
	11 a 15 años	20	10.2%
	16 a 20 años	14	7.1%
	Más de 20 años	5	2.6%
Total	196	100.0%	
¿Acudió al servicio de Planificación familiar?	Sí	37	18.9%
	No	159	81.1%
	Total	196	100.0%

En la tabla 3 se observa que el 75% refiere no haber tenido pareja con la cual convivió anteriormente pero un 23.5% refiere que tuvo de una a dos parejas anteriores.

El 40.8% tiene un tiempo de convivencia con su actual pareja de 6 a 10 años seguido de un 34.7% de 2 a 5 años y un 10.2% de 11 a 15 años.

Un 81.1% no acudió al establecimiento de salud a recibir el servicio de planificación familiar y tan sólo el 18.9% refiere de que sí.

Tabla 4 ACTITUD DE LOS VARONES FRENTE A LA PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA 2020

		n	%
ACTITUD FRENTE A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Mala	85	43.4%
	Regular	80	40.8%
	Buena	31	15.8%
	Total	196	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

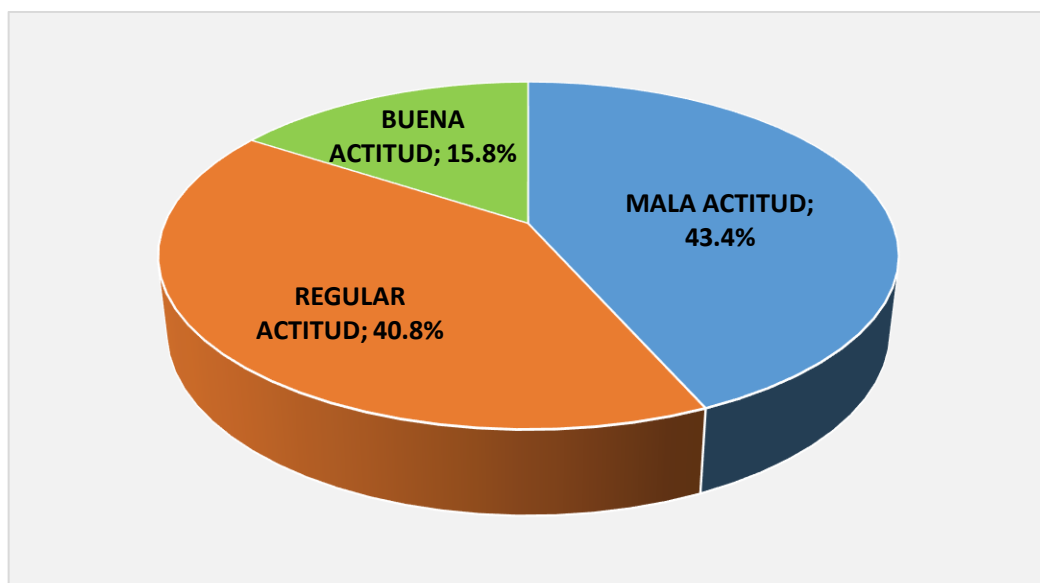


Gráfico 1. ACTITUD DE LOS VARONES FRENTE A LA PLANIFICACION FAMILIAR

En la tabla 4 y gráfico 1 se observa el resultado de la aplicación del test de actitud hacia el apoyo en planificación familiar que usa la pareja. Podemos observar que el 43.4% tiene una actitud mala seguido de un 40.8% como regular o indiferente y sólo el 15.8% de los varones tienen una actitud buena.

Tabla 5 FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A LA ACTITUD DE LOS VARONES FRENTE A LA PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA 2020

FACTORES SOCIALES	PUNTAJE ACTITUD								p:	
	Mala		Regular		Buena		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Edad	20 a 29 años	25	35.7%	32	45.7%	13	18.6%	70	100.0%	0,249
	30 a 39 años	39	44.3%	33	37.5%	16	18.2%	88	100.0%	
	40 a 49 años	21	56.8%	14	37.8%	2	5.4%	37	100.0%	
	50 a más	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Total	85	43.4%	80	40.8%	31	15.8%	196	100.0%	
Estado Civil	Casada	9	36.0%	15	60.0%	1	4.0%	25	100.0%	0,001
	Soltero	0	0.0%	7	100.0%	0	0.0%	7	100.0%	
	Separado	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	Conviviente	76	46.6%	58	35.6%	29	17.8%	163	100.0%	
	Total	85	43.4%	80	40.8%	31	15.8%	196	100.0%	
Número de hijos	Ninguno	4	22.2%	10	55.6%	4	22.2%	18	100.0%	0,009
	1-2	63	44.1%	61	42.7%	19	13.3%	143	100.0%	
	3-4	18	54.5%	9	27.3%	6	18.2%	33	100.0%	
	5 a más	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	
	Total	85	43.4%	80	40.8%	31	15.8%	196	100.0%	
Lugar de Procedencia	Tacna	40	37.0%	50	46.3%	18	16.7%	108	100.0%	0,229
	Arequipa	5	71.4%	2	28.6%	0	0.0%	7	100.0%	
	Puno	34	53.1%	21	32.8%	9	14.1%	64	100.0%	
	Lima	0	0.0%	2	50.0%	2	50.0%	4	100.0%	
	Cuzco	2	50.0%	2	50.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	Otro	4	44.4%	3	33.3%	2	22.2%	9	100.0%	
Ocupación	Total	85	43.4%	80	40.8%	31	15.8%	196	100.0%	0,027
	Sin ocupación	11	68.8%	4	25.0%	1	6.3%	16	100.0%	
	Independiente formal	29	39.7%	31	42.5%	13	17.8%	73	100.0%	
	Independiente informal	21	38.9%	23	42.6%	10	18.5%	54	100.0%	
	Dependiente contratado	24	47.1%	22	43.1%	5	9.8%	51	100.0%	
	Dependiente nombrado	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	
	Total	85	43.4%	80	40.8%	31	15.8%	196	100.0%	

En la tabla 5 podemos evidenciar los factores estadísticamente significativos, donde se observa al estado civil ($p:0.001$) y el número de hijos (0.009) en los niveles de actitud observados en la muestra de estudio. Tal es así que, en el grupo con estado civil conviviente, el 17.8% tuvo una actitud buena a diferencia del grupo de casados donde sólo el 4% tuvo este nivel de actitud hacia la planificación familiar siendo de 60% en el nivel regular. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Según el número de hijos, se pudo evidenciar que a mayor número de hijos el nivel de preocupación actitudinal es bueno evidenciándose que aquellos que tenían de 5 hijos a más el 100% tenía este nivel de actitud. En cambio, aquellos que tenían 1 hijo, el 44.1% tenían una actitud mala seguido del grupo con 3 a 4 hijos que, el 54.5% tuvo este mismo de nivel de actitud inadecuado.

Tabla 6 FACTORES CULTURALES ASOCIADOS A LA ACTITUD DE LOS VARONES FRENTE A LA PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA 2020

FACTORES CULTURALES		PUNTAJE ACTITUD								P:
		Mala		Regular		Buena		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Nivel de Instrucción	Primaria completa	2	33.3%	4	66.7%	0	0.0%	6	100.0%	0.005
	Secundaria incompleta	4	20.0%	9	45.0%	7	35.0%	20	100.0%	
	Secundaria completa	58	55.2%	36	34.3%	11	10.5%	105	100.0%	
	Superior incompleta	12	46.2%	8	30.8%	6	23.1%	26	100.0%	
	Superior completa	6	21.4%	16	57.1%	6	21.4%	28	100.0%	
	Técnico	3	27.3%	7	63.6%	1	9.1%	11	100.0%	
	Total	85	43.4%	80	40.8%	31	15.8%	196	100.0%	
Religión	Ninguna	1	14.3%	5	71.4%	1	14.3%	7	100.0%	0.041
	Católica	80	47.6%	64	38.1%	24	14.3%	168	100.0%	
	Adventista	0	0.0%	8	66.7%	4	33.3%	12	100.0%	
	Ateo	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%	
	Evangelista	3	42.9%	3	42.9%	1	14.3%	7	100.0%	
	Total	85	43.4%	80	40.8%	31	15.8%	196	100.0%	
Orientación en Planificación familiar	Sí	12	23.1%	17	32.7%	23	44.2%	52	100.0%	0.000
	No	73	50.7%	63	43.8%	8	5.6%	144	100.0%	
	Total	85	43.4%	80	40.8%	31	15.8%	196	100.0%	
Fuente de información	Internet	35	67.3%	13	25.0%	4	7.7%	52	100.0%	0.000
	Profesional de la salud	10	18.9%	23	43.4%	20	37.7%	53	100.0%	
	Familiares	2	66.7%	0	0.0%	1	33.3%	3	100.0%	
	De la pareja actual (esposa)	35	42.2%	42	50.6%	6	7.2%	83	100.0%	
	De anterior(s) pareja	3	60.0%	2	40.0%	0	0.0%	5	100.0%	
	Total	85	43.4%	80	40.8%	31	15.8%	196	100.0%	

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 6 se puede observar una diferencia significativa asociada del nivel de instrucción (p:0.005) religión (p:0.04) y ocupación (p:0.02) en el nivel actitudinal de los varones. Se pudo evidenciar que a mayor nivel de instrucción es mayor el nivel de actitud positiva o buena, a diferencia de aquellos que con menor nivel de instrucción donde los niveles de actitud están en nivel de malo. Asimismo, según religión, se pudo evidenciar que aquellos en la condición de ateos o adventistas el nivel actitudinal hacia la planificación familiar fue considerada

como buena y es estadísticamente diferente al grupo de católicos donde el 47.6% tenía un nivel de actitud de malo.

También hubo diferencias significativas según la fuente de información ($p:0.00$) y el nivel de actitud.

Podemos evidenciar que del grupo que recibió información de personal de salud familiares, el 37.7% y el 33.3% respectivamente, tuvo una actitud buena. A diferencia de un 42.2% que recibió información de la pareja actual, que tuvo una actitud considerada como mala.

Tabla 7 ANTECEDENTES FAMILIARES ASOCIADOS A LA ACTITUD DE LOS VARONES FRENTE A LA PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA 2020

ANTECEDENTES FAMILIARES		PUNTAJE ACTITUD								P:
		Mala		Regular		Buena		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Anteriores parejas de convivencia	No tuvo	65	44.2%	61	41.5%	21	14.3%	147	100.0%	0.640
	1 a 2 pareja anteriores en convivencia	19	41.3%	17	37.0%	10	21.7%	46	100.0%	
	3 a más	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%	3	100.0%	
	Total	85	43.4%	80	40.8%	31	15.8%	196	100.0%	
Tiempo de convivencia con actual pareja	Hasta 1 año	4	44.4%	2	22.2%	3	33.3%	9	100.0%	0.403
	2 a 5 años	30	44.1%	28	41.2%	10	14.7%	68	100.0%	
	6 a 10 años	37	46.3%	32	40.0%	11	13.8%	80	100.0%	
	11 a 15 años	5	25.0%	10	50.0%	5	25.0%	20	100.0%	
	16 a 20 años	8	57.1%	4	28.6%	2	14.3%	14	100.0%	
	Más de 20 años	1	20.0%	4	80.0%	0	0.0%	5	100.0%	
Total	85	43.4%	80	40.8%	31	15.8%	196	100.0%		
¿Acudió al servicio de Planificación familiar?	Sí	4	10.8%	18	48.6%	15	40.5%	37	100.0%	0.000
	No	81	50.9%	62	39.0%	16	10.1%	159	100.0%	
	Total	85	43.4%	80	40.8%	31	15.8%	196	100.0%	

No hubo diferencias significativas según convivencia con anteriores parejas o tiempo de convivencia y su nivel de influencia en el nivel actitudinal.

Se pudo observar una diferencia significativa según la condición de haber acudido al servicio de planificación familiar del establecimiento de salud (p:0.00). Tal es así que en el grupo que había acudido al establecimiento de salud (n=37), el 40.5% tenía una actitud buena a diferencia de aquellos que no habían

acudido al establecimiento de salud (n=159), donde sólo el 10.1% tenía una buena actitud. Esta diferencia fue estadísticamente significativa



Gráfico 2. TENDENCIA DE LOS INDICADORES DE LA ACTITUD DE LOS VARONES FRENTE A LA PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA 2020

En el gráfico 2 se ha trazado una línea de referencia, de ese modo identificar a los indicadores considerados como negativos y positivos; así a menor puntaje mayor actitud negativa.

Entre los indicadores que fueron percibidos como más negativos en la actitud fue el hecho de no acudir a la consulta brindada por el servicio de planificación familiar en pareja; ni solo, ni acompañando a la pareja; así mismo desconoce los temas referentes a la planificación familiar y no busca ayuda del profesional de salud.

También se observa como un indicador de actitud negativa el estar pendiente recordándole a la pareja las indicaciones médicas y el estar atento a la próxima cita con el personal de salud. Lo que nos indicaría, la falta de preocupación por la planificación familiar.

.

DISCUSIÓN

El rápido crecimiento de la población es un problema clave en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo; muchas mujeres en edad fértil no usan anticonceptivos por razones que incluyen la falta de apoyo de sus parejas masculinas. El apoyo o la oposición de los hombres a la anticoncepción de las mujeres tiene un impacto significativo en el uso de anticonceptivos, especialmente en los países en desarrollo. Tradicionalmente, las actividades anticonceptivas se centran en las mujeres. Las medidas anticonceptivas sin la participación activa de los compañeros masculinos no han dado lugar a un cambio en las medidas anticonceptivas necesarias. La participación de los hombres en las actividades de planificación familiar no debe limitarse a un mayor uso de métodos masculinos, sino a un mayor apoyo, reconocimiento e influencia de la comunidad en las políticas y planes anticonceptivos. Mergia et al, en el 2020, mide la satisfacción de los servicios de salud respecto a planificación familiar. Reconoce que aún existe niveles altos de insatisfacción en las usuarios y usuarios de los servicios de salud. La presencia de una familia completa tiene mayores probabilidades de cumplir con las demandas sanitarias de planificación. Concluye que la oferta de salud debe orientarse al involucramiento de las madres, pero junto a sus esposos, tanto para la planificación familiar como para la elección de un método anticonceptivo (10). Handelsman et al, en el 2019, en su trabajo “refiere que los hombres continúan teniendo un gran interés y compromiso con la planificación familiar efectiva (8). Chekole et al. refiere que los esposos son un factor muy influyente en la demanda de servicios de salud, así como de métodos de planificación familiar. Refiere que existen muy pocos estudios que permitan conocer claramente los factores y su fuerza de asociación (11). Belay et al.refiere que el uso de las mujeres del servicio de planificación familiar está influenciado por muchos factores, especialmente por su poder de decisión. La decisión personalizada de una mujer es importante, así como contar

con el apoyo del esposo. Los resultados expresaron que más del 60% de las mujeres tenían decisión propia en planificación(12). Mboane et al. refiere que en estudios previos en países en desarrollo sugieren que un esposo juega un papel influyente en el uso de anticonceptivos de una mujer. Refiere también que no se ha investigado el poder de decisión de los esposos o convivientes en la elección de un método anticonceptivo (13). Prata et al. refiere que el apoyo del esposo / compañero para la planificación familiar puede influir en el uso de anticonceptivos modernos de las mujeres. Reconocen asimismo que se hace necesario que la participación masculina positiva podría ser un gran apoyo para aumentar las coberturas de los planes de planificación familiar(14). Rahman et al refiere que en la gran mayoría de los hogares a nivel mundial, son los esposos quienes deciden sobre las acciones en el hogar. Esas decisiones claves determinan positivamente o negativamente en el acceso de las mujeres a servicios de salud (15). Shakya et al observó que la inequidad de género está asociado a bajas tasas de anticoncepción. Hay poca información de las razones de esa discordancia. Concluyen que hubo tendencias claras entre aquellos grupos de parejas que se comunicaban y las que no. Reconocen que el involucramiento del esposo con una actitud positiva es importante para el éxito de un programa de salud reproductiva. (16). Aspilcueta-Gho et al, refiere que el género es un determinante de inequidad y que el varón es un factor altamente influyente en la salud de la mujer. Observó que el apoyo del varón es muy bajo en el acompañamiento de la mujer en la elección de un método anticonceptivo (21). Estas disyuntivas motivo la presente investigación, bajo la necesidad de conocer una realidad en una zona muy poblada de la ciudad de Tacna. En nuestra muestra de varones, esposos o compañeros de las usuarias de métodos anticonceptivos, el 44.9% tenía entre 30 a 39 años, el 83.2% tenía la condición de conviviente. El 40.3% tenía 1 hijo seguido de un 32.7% con 2 hijos y un 13.3% hasta 3 hijos. El 75% requiere no haber tenido pareja con la cual convivió anteriormente. El 40.8% tiene un tiempo de convivencia con su actual pareja de 6 a 10 años seguido de un 34.7% de 2 a 5 años y un 10.2% de 11 a 15 años. Pudimos observar que el 81.1%

no acudió al establecimiento de salud a recibir el servicio de planificación familiar acompañando a la usuaria. Chekole et al. en su población encontró una frecuencia de respuesta del 98%. Reconocen las mujeres que la participación de sus esposos fue apropiada en el 48% de ellas. Refirieron que el centro de salud jugó un papel importante en esta participación y que la información era mejor cuando el esposo participaba en comparación al grupo de mujeres que no acudía con su esposo (11).

Chekole et al. observó que el nivel de instrucción fue una variable fuertemente asociada a la participación del esposo. Concluyen que el establecimiento de salud juega un papel importante en la decisión de participación del esposo al generar estrategias que permitan su involucramiento (11). Mboane et al. refiere que la característica del no apoyo se encontró en esposos de procedencia rural; y en familias con más de 3 hijos. Concluyen que el apoyo del esposo fue negativo respecto a la intención de las mujeres. De esto se resume que es necesario conocer la características y actitud de los varones respecto a la implementación de algún método anticonceptivo para tener mayor probabilidad de éxito (13). Rahman et al refiere que el 60% de los esposos conocen de los derechos innerentes a la mujer, y que estos derechos son aún más especiales cuando se trata de embarazo, parto y puerperio. El 75% de los esposos participaron en el acceso a planificación familiar (15).

Medimos el nivel de actitud hacia la participación y encontramos en nuestra población que el 43.4% tiene una actitud mala seguido de un 40.8% como regular o indiferente y sólo el 15.8% de los varones tienen una actitud buena. Las variables asociadas principalmente fueron estado civil (p:0.001), el número de hijos (0.006), el acudir a atención institucionalizada (p:0.00), nivel de instrucción (p:0.006) religión (p:0.04), ocupación (p:0.02) y fuente de información (p:0.00). Belay et al encuentra que los factores principalmente asociados fueron el tener nivel de instrucción secundaria, ocupación estable, instrucción superior y tener

una edad relativamente joven. (12). Prata et al. encontró que la aprobación del esposo percibida como positiva por la mujer estuvo asociada significativamente. Asimismo, observaron una mayor asociación en parejas que llevan una adecuada comunicación entre esposo y esposa que aquellas que no. Reconocen que no exploraron el nivel de apoyo de los esposos y la actitud frente al uso de algún método o hacia el control sanitario existente. (14). Rahman et al concluye que el apoyo de la pareja, con una actitud positiva es muy favorable en el desarrollo de una buena salud materna. Los servicios de salud deben capacitar a la pareja y las estrategias deben estar enfocadas a trabajar con ese binomio conyugal (15) Zavaleta también relacionó la actitud de la pareja hacia la elección de un método anticonceptivo y encontró una actitud “indiferente” por parte de la pareja en un 63,22% (19). Cruz- Peñarán encontró que los hombres con educación primaria sin escolaridad estaban más inclinados a no usar métodos anticonceptivos que aquellos con educación profesional. La menor educación de la pareja y el origen rural del hombre se unieron con una actitud menos favorable hacia la práctica de la planificación familiar (22) .

Fernández et al. refiere que existe un dominio masculino en el escenario regional donde se desarrolló su investigación y que la mujer no es consciente de su disparidad e inequidad de género (20). Esta iniciativa se debe de explorar en nuestra población en investigaciones futuras así como reforzar la educación como lo refiere Rodríguez et al(17), quien propone medir el conocimiento y la actitud de los hombres hacia la planificación familiar. Afirma que existe una brecha desfavorable entre el conocimiento y la actitud de los hombres con respecto al marido y mujer en la planificación familiar efectiva.

CONCLUSIONES

1. El 43.4% de los varones, pareja de usuarias de planificación familiar, tiene una actitud mala seguido de un 40.8% como regular o indiferente y sólo el 15.8% de los varones tienen una actitud buena. Entre los indicadores que fueron percibidos como más negativos en la actitud fue el hecho de no acudir a la consulta brindada por el servicio de planificación familiar en pareja, ni solo ni acompañando a la pareja, así mismo desconoce los temas referentes a la planificación familiar.
2. Los factores sociales que se encontraron asociados a la actitud fueron el estado civil ($p:0.001$), el número de hijos (0.006) y el hecho de acudir a atención institucionalizada ($p:0.00$). Solo el 15.8% de los varones encuestados mostró buena actitud. A mayor número de hijos el nivel de preocupación actitudinal es buena. Los que tenían 1 hijo, el 44.1% tenían una actitud mala.
3. Las variables culturales asociadas y que establecen un nivel de influencia significativa en la actitud del varón son el nivel de instrucción ($p:0.005$), religión ($p:0.04$), ocupación ($p:0.02$) y fuente de información ($p:0.00$). A mayor nivel de instrucción actitud buena, el 47.6% de los católicos tenían una mala actitud, quienes recibieron orientación del personal de salud mostraron una mejor actitud.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al personal de salud y autoridades correspondiente realizar actividades a fin de promover espacios de encuentro y apoyo a la mujer gestante involucrando a la pareja para desarrollar temas de acompañamiento a la gestante, equidad de género, responsabilidad paterna, interacción y diálogo en diferentes estratos socioculturales de la región que permitan diseñar actividades diferenciadas por grupos poblacionales
2. Se recomienda a la comunidad científica en general, responsables de la salud familiar, realizar trabajos de investigación que profundicen con respecto a la actitud negativa y sus relaciones tanto con los caracteres idiosincráticos, las costumbres culturales, así como mitos y creencias en los varones hacia el apoyo en planificación familiar.
3. Se recomienda a la comunidad científica en general, responsables de la salud familiar, realizar trabajo de investigación sobre los factores interculturales que involucren cambios en la eficacia de los programas de planificación familiar.
4. Se sugiere a las autoridades y profesionales de salud de la Región de Tacna elaborar un plan estratégico local de atención social, de intervención personalizada dirigido por trabajadores de salud, para involucrar a la pareja en la planificación familiar efectiva. Pudiendo iniciarse con un trabajo de investigación operativa de campo con grupos seleccionados y comparados con grupo control sin intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Programme WHOMH and NH/ SM. Unsafe abortion : global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. 1998 [citado 11 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64087>
2. Center for Reproductive Rights. Supreme Court Hears Case Challenging Trump-Pence Denial of Birth Control Coverage [Internet]. 2020 [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://reproductiverights.org/story/supreme-court-hear-case-challenging-trump-pence-denial-birth-control-coverage>
3. Ananth CV, Wilcox AJ, Savitz DA, Bowes WA, Luther ER. Effect of maternal age and parity on the risk of uteroplacental bleeding disorders in pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. octubre de 1996;88(4 Pt 1):511-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8841208/>
4. Al-Farsi YM, Brooks DR, Werler MM, Cabral HJ, Al-Shafei MA, Wallenburg HC. Effect of high parity on occurrence of anemia in pregnancy: a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 20 de enero de 2011;11:7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21251269/>
5. Koo Y-J, Ryu H-M, Yang J-H, Lim J-H, Lee J-E, Kim M-Y, et al. Pregnancy outcomes according to increasing maternal age. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. marzo de 2012;51(1):60-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22482970/>
6. OMS. WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care [Internet]. 2010. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO_MPS_10.03_eng.pdf
7. Lopez LM, Hilgenberg D, Chen M, Denison J, Stuart G. Behavioral interventions for improving contraceptive use among women living with HIV. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 31 de enero de 2013;(1):CD010243. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440846>

8. Handelsman DJ. Male Contraception. En: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, Chrousos G, Dungan K, Grossman A, et al., editores. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2019 [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279094/>
9. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. *Stud Fam Plann* [Internet]. septiembre de 2014 [citado 11 de mayo de 2020];45(3):301-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727534/>
10. Mergia M, Shegaze M, Ayele G, Andarge E, Yeshitila YG, Wassihun B, et al. Mothers' satisfaction with health extension services and the associated factors in Gamo Goffa zone, Southern Ethiopia. *PloS One* [Internet]. 2020;15(5):e0232908. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32379820>
11. Chekole MK, Kahsay ZH, Medhanyie AA, Gebreslassie MA, Bezabh AM. Husbands' involvement in family planning use and its associated factors in pastoralist communities of Afar, Ethiopia. *Reprod Health*. 18 de marzo de 2019;16(1):33.
12. Belay AD, Mengesha ZB, Woldegebriel MK, Gelaw YA. Married women's decision making power on family planning use and associated factors in Mizan-Aman, South Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Womens Health* [Internet]. 8 de marzo de 2016;16:12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26952021>
13. Mboane R, Bhatta MP. Influence of a husband's healthcare decision making role on a woman's intention to use contraceptives among Mozambican women. *Reprod Health* [Internet]. 23 de abril de 2015;12:36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25902830>
14. Prata N, Bell S, Fraser A, Carvalho A, Neves I, Nieto-Andrade B. Partner Support for Family Planning and Modern Contraceptive Use in Luanda, Angola. *Afr J Reprod Health* [Internet]. junio de 2017;21(2):35-48. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29624938>
15. Rahman AE, Perkins J, Islam S, Siddique AB, Moinuddin M, Anwar MR, et al. Knowledge and involvement of husbands in maternal and newborn health in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 18 de junio de 2018;18(1):247. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29914410>
16. Shakya HB, Dasgupta A, Ghule M, Battala M, Saggurti N, Donta B, et al. Spousal discordance on reports of contraceptive communication, contraceptive use, and ideal family size in rural India: a cross-sectional

- study. BMC Womens Health [Internet]. 04 de 2018;18(1):147. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30180845>
17. Rodríguez Morales V, Bernal Z, Castañeda I, Rodríguez Cabrera A. Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2016;42(1):101-14. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2016.v42n1/o11>
 18. Coelho AC da S, Pereira AL, Nepomuceno CC. Saberes e práticas de homens perante o planejamento reprodutivo. Rev Enferm Cent-Oeste Min [Internet]. 2016 [citado 5 de junio de 2020];6(3):2398-409. Disponible en: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/1079/1172>
 19. Zavaleta jenny. Relación entre la actitud de la pareja respecto a la elección de métodos anticonceptivos en puérperas de parto eutócico del Hospital de San Juan de Lurigancho periodo noviembre - diciembre del 2015 [Internet]. [Lima, Perú]: UNMSM; 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4722/Salcedo_cj.pdf?sequence=3
 20. Fernández Y, Calle A. Empoderamiento femenino: La vía para la apropiación y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Manglar [Internet]. 15 de octubre de 2018 [citado 12 de mayo de 2020];14(2):107-14. Disponible en: <https://erp.untumbes.edu.pe/revistas/index.php/manglar/article/view/79>
 21. Aspilcueta-Gho D. Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. julio de 2013 [citado 12 de mayo de 2020];30(3):480-6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342013000300018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 22. Cruz-Peñarán D de la, Langer-Glas A, Hernández-Prado B, González-Rengijo GF. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú. Salud Pública México [Internet]. 19 de noviembre de 2003 [citado 5 de junio de 2020];45(6):461-71. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6496>
 23. Norma Técnica de salud de planificación familiar/Ministerio de salud. Dirección General e Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y reproductiva - Lima: Ministerio de Salud; 2017. 130p.;ilus. [Internet]. MINSA; 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>

24. Family Planning 2020 [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.familyplanning2020.org/>
25. Family Planning - United Nations Population Division | Department of Economic and Social Affairs [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2019.asp>
26. Festin MPR. Overview of modern contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 13 de marzo de 2020 [citado 12 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693420300456>
27. Kantorova V. UNMET NEED FOR FAMILY PLANNING. :4.
28. Festin MPR, Kiarie J, Solo J, Spieler J, Malarcher S, Look PFAV, et al. Moving towards the goals of FP2020 — classifying contraceptives. *Contraception* [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 12 de mayo de 2020];94(4):289-94. Disponible en: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(16\)30114-7/abstract](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(16)30114-7/abstract)
29. Trussell J. Contraceptive Efficacy. *Arch Dermatol* [Internet]. 1 de septiembre de 1995 [citado 12 de mayo de 2020];131(9):1064-8. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/557107>
30. Cordero-Franco C. Reviving permanent contraception: New medical procedures or new service delivery modalities? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 20 de diciembre de 2019 [citado 12 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693419301804>
31. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in contraceptive use worldwide, 2015. 2015.
32. Bener A, Gerber LM, Sheikh J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *Int J Womens Health* [Internet]. 10 de mayo de 2012 [citado 12 de mayo de 2020];4:191-200. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363135/>
33. Bahamondes L, Fernandes A, Monteiro I, Bahamondes MV. Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 20 de diciembre de 2019 [citado 12 de mayo de 2020];

Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693419301786>

34. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) Johns Hopkins Bloomberg School of public health/center for communication programs (CCP), Knowledge for health project. Family planning: a global Handbook for providers (2018 update).
35. Simmons RG, Jennings V. Fertility awareness-based methods of family planning. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 20 de diciembre de 2019 [citado 12 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693419301798>
36. Yuen F, Nguyen BT, Swerdloff RS, Wang C. Continuing the search for a hormonal male contraceptive. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 19 de febrero de 2020 [citado 12 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693420300304>
37. WHO | Task sharing to improve access to Family Planning/Contraception [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/task-sharing-access-fp-contraception/en/>
38. Helzner JF. Men's involvement in family planning. *Reprod Health Matters* [Internet]. 1 de enero de 1996 [citado 12 de mayo de 2020];4(7):146-54. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(96\)90018-X](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(96)90018-X)
39. Gayathry D, Reddy M, Rammana BV. Evaluation of husband–wife communication regarding family planning among the couple of reproductive age group in the field practice area of Prathima Institute of Medical Sciences, Karimnagar. 2018;
40. Liendo R, Azucena E. Participación de la población masculina en la planificación familiar en el hospital San Juan de Lurigancho - marzo 2015. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2015 [citado 13 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4176>
41. Moscoso H, Julia E. “Factores asociados a la falta de participación en la planificación familiar en varones que acuden al Centro de Salud Sandrita Pérez El Pedregal, MINSA 2018”. *instacron:UNSA* [Internet]. 2019 [citado 13 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/329740>
42. Ministerio de Salud del Perú. Red de Salud De Tacna. Dirección regional de TAcna [Internet]. Página Oficial de la Dirección de Salud de Tacna.

[citado 11 de junio de 2020]. Disponible en:
<http://www.redsaludtacna.gob.pe/microredes/cononorte>

43. Rentería Liendo EA. “Participación de la población masculina en la planificación familiar en el Hospital San Juan de Lurigancho- Marzo 2015” [Internet] [Tesis]. [Lima, Perú.]: Universidad Mayor de San Marcos; 2015 [citado 4 de junio de 2020]. Disponible en:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Yj2Rn1Hq16UJ:cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4176/Renter%25C3%25ADa_le.pdf%3Fsequence%3D3+&cd=19&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe

ANEXOS

ENCUESTA DE PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN MASCULINA EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

A. FACTORES SOCIALES

EDAD: _____

ESTADO CIVIL:

1. Casado
2. Soltero
3. Viudo
4. Divorciado
5. Separado
6. Conviviente

Nº DE HIJOS: _____ (Colocar el número de hijos bajo su cargo)

LUGAR DE PROCEDENCIA

1. Tacna
2. Arequipa
3. Puno
4. Lima
5. Otro

OCUPACION:

1. Sin ocupación
2. Independiente formal
3. Independiente informal
4. Dependiente Contratado
5. Dependiente Nombrado

RELIGION:

1. Ninguna
2. Católica
3. Adventista
4. Testigo de Jehová
5. Otro: _____

B. FACTORES CULTURALES

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

1. Sin instrucción
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Superior incompleta
7. Superior completa

ANTERIORES PAREJAS EN CONVIVENCIA:

1. No tuvo
2. 1 a 2 pareja anteriores en convivencia
3. 3 a más

TIEMPO DE CONVIVENCIA CON ACTUAL PAREJA:

_____ años _____ meses

¿Acudió al establecimiento de salud al servicio de Planificación familiar?

1. Si
2. No

¿Fue abordado alguna vez por personal de salud para orientación en Planificación familiar?

1. Si
2. No

¿De quién recibió información en Planificación Familiar?

1. Diarios/revistas
2. Internet
3. Profesional de la salud
4. Amigos
5. Familiares
6. De la pareja actual (esposa)
7. De anterior(s) pareja

C. MEDICION DE ACTITUD

	Nunca	Casi nunca	No opino	Casi siempre	Siempre
1. Participa junto a su pareja en la toma de decisión sobre el número de hijos a tener.					
2. Participa junto a su pareja en la toma de decisión sobre en qué momento tener hijos.					
3. Participa junto a su pareja en la toma de decisión sobre la elección de algún método anticonceptivo					
4. Si su pareja utiliza algún método Anticonceptivo, usted está pendiente de recordarle las indicaciones que le dio el personal de salud.					
5. Si su pareja utiliza algún método Anticonceptivo, usted está pendiente de recordar la próxima cita.					
6. Si su pareja utiliza algún método Anticonceptivo, usted está pendiente de los efectos secundarios y/o molestias que pueda presentar su pareja.					
7. Ha notado que sus opiniones y Decisiones influyen en las decisiones de su pareja.					
8. Cuando acude a consulta al servicio de Planificación Familiar, va solo.					
9. Acude a consulta al servicio de Planificación Familiar acompañando a su pareja.					
10. Permite que su pareja utilice algún método anticonceptivo					
11. Utiliza algún método anticonceptivo.					
12. Si desconoce algún tema referente a Planificación Familiar, busca ayuda de algún profesional de la salud.					

ANEXOS

Fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.7	0.7	12

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Participa junto a su pareja en la toma de decisión sobre el número de hijos a tener	30.949	33.946	0.607	0.725	0.6
Participa junto a su pareja en la toma de decisión sobre en qué momento tener hijos.	31.071	34.610	0.507	0.662	0.6
Participa junto a su pareja en la toma de decisión sobre la elección de algún método anticonceptivo	31.694	34.839	0.482	0.330	0.6
Si su pareja utiliza algún método Anticonceptivo, usted está pendiente de recordarle las indicaciones que le dio el personal de salud.	32.224	32.729	0.612	0.553	0.6
Si su pareja utiliza algún método Anticonceptivo, usted está pendiente de recordar la próxima cita.	32.449	35.326	0.441	0.474	0.6
Si su pareja utiliza algún método Anticonceptivo, usted está pendiente de los efectos secundarios y/o molestias que pueda presentar su pareja.	31.837	34.281	0.514	0.377	0.6
Ha notado que sus opiniones y Decisiones influyen en las decisiones de su pareja.	30.985	41.297	0.179	0.097	0.7
Cuando acude a consulta al servicio de Planificación Familiar, va solo.	33.117	43.755	-0.031	0.085	0.7
Acude a consulta al servicio de Planificación Familiar acompañando a su pareja.	32.821	37.645	0.369	0.226	0.6
Permite que su pareja utilice algún método anticonceptivo	30.270	41.921	0.214	0.135	0.7
Utiliza algún método anticonceptivo.	32.378	48.739	-0.334	0.155	0.8
Si desconoce algún tema referente a Planificación Familiar, busca ayuda de algún profesional de la salud.	32.398	39.974	0.183	0.091	0.7

