



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Tesis

Nivel de conocimiento en anticoncepción asociado a la participación masculina
en la elección de métodos anticonceptivos en El Centro De Salud Materno
Infantil Santa Anita, 2017

**Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Obstetricia**

Presentado por:

Autora: Dávila Dávila, Priscilla

Autora: Rojas Jaúregui, Joselyn

Asesora: Mg. Arbildo Rodriguez, Claudia Carola

Lima – Perú

2018

DEDICATORIA

A nuestras familias quienes siempre nos apoyaron y creyeron que lo haríamos posible, dándonos palabras de aliento, dedicación, enseñanza y amor a lo largo de toda nuestra carrera, motivándonos a seguir luchando. Ellos son y serán siempre las razones para seguir adelante y cumplir con todos nuestros objetivos.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a nuestros padres por darnos todo su amor, apoyo y sabiduría para poder lograr todas nuestras metas trazadas, tanto en la vida profesional como en nuestra vida personal.

En segundo lugar, a nuestra Alma Mater, la Universidad Norbert Wiener, por habernos acogido durante 5 años y a los catedráticos de la Universidad, en especial a la Doctora Claudia Arizpe por habernos compartido sus conocimientos para el logro de nuestras metas. A la EAP de Obstetricia encabezada por la Doctora Sabrina Morales, a la Magister Katty Salcedo y al personal administrativo por brindarnos todo el apoyo en el proceso de obtener el Título Profesional.

Por último, pero no menos importante a nuestra querida asesora Carola Arbildo, por ser nuestra guía en cada paso, por su paciencia y por haber dedicado su tiempo para poder lograr este proyecto que hoy culmina y nos llena de felicidad.

ASESORA DE TESIS:

MAG. CAROLA CLAUDIA ARBILDO RODRÍGUEZ

MIEMBROS DEL JURADO:

- PRESIDENTE: Dra. Sabrina Morales Alvarado

- SECRETARIO: Mag. José Luis Delgado Sánchez

- VOCAL: Lic. Jessica Yace Martínez

INDICE

Resumen	12
Abstract	13

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática	14
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Objetivos	16
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivos específicos	16
1.4. Justificación	16

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación	18
2.1.1 Antecedentes internacionales	18
2.1.2 Antecedentes nacionales	19
2.2 Bases teóricas	
2.2.1 Conocimiento	21
2.2.2 Participación	25
2.2.3 Planificación Familiar	27
2.2.4 Anticoncepción	28
2.2.5 Métodos anticonceptivos	29

2.2.6 Causas de la inasistencia de los varones al servicio de PPF	41
2.3 Definición operacional de términos	43

CAPÍTULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis	45
3.2 Variables	45
3.2.1 Variable	45
3.2.2 Operacionalización de variables	46

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y nivel de Investigación	47
4.1.1 Ámbito de la investigación	47
4.2 Población Y Muestra De La Investigación	47
4.2.1 Población	47
4.2.2 Muestra	47
4.3 Técnicas E Instrumentos Recolección De Datos	49
4.3.1 Técnicas	49
4.3.2 Instrumentos	49
4.4 Plan de procesamiento y análisis de datos	50
4.5 Aspectos Éticos	50

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSION

5.1 Resultados	52
5.2 Discusión	57

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones	60
6.2 Recomendaciones	61

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	62
----------------------------------	----

ANEXOS

Anexo I: Matriz de consistencia	66
Anexo II: Instrumento	68
Anexo III: Permisos	73
Anexo IV: Juicio de expertos	74
Anexo V: Validación de juicios de expertos	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	
Características sociodemográficas del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017	52
Tabla N° 2	
Nivel de Conocimiento en anticoncepción de los varones del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017	53
Tabla N° 3	
Grado de participación masculina en la elección de los métodos anticonceptivos del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017	54
Tabla N° 4	
Nivel de conocimiento en anticoncepción y participación masculina en la elección de métodos anticonceptivos en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017	55
Tabla N° 5	
Asociación entre nivel de conocimiento en anticoncepción y participación masculina en la elección de métodos anticonceptivos en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017	56
Tabla N° 6	
Uso del Método Anticonceptivo del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017	83
Tabla N° 7	
Método Anticonceptivo de mayor uso en las parejas del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017	83
Tabla N° 8	
Uso correcto del condón masculino en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017	84
Tabla N° 9	
Inicio y uso correcto de los Métodos Anticonceptivos en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017	85
Tabla N° 10	
Lugares donde obtener un Método Anticonceptivo del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017	86

Tabla N° 11

La atención del servicio de Planificación Familiar es gratuita en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017 86

Tabla N° 12

Aceptación de la pareja con respecto al uso del Método Anticonceptivo del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017 87

Tabla N° 13

Presta atención de los efectos secundarios en su pareja del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017 87

Tabla N° 14

Asistencia y participación en la elección de un Método Anticonceptivo del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017 88

Tabla N° 15

Causas de no participación en la elección de un método anticonceptivo en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017 88

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento en anticoncepción asociado a la participación masculina en la elección de métodos anticonceptivos en el Centro Materno Infantil Santa Anita, 2017.

Materiales Y Método: El presente estudio es observacional descriptivo prospectivo, de corte transversal. La población está conformada por varones jóvenes y adultos de 19 a 59 años, de sexo masculino, atendidos en el Centro Materno Infantil Santa Anita entre los meses de junio a Julio del 2017. La técnica empleada fue la entrevista, previo consentimiento informado de forma verbal y el instrumento empleado fue un cuestionario estructurado y validado exclusivamente para el estudio.

Resultados: La edad de la población de estudio fue 20 a 24 años, el 30,6 % tuvo secundaria completa, la ocupación más frecuente fue estudiante con un 23.5%. El nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en los varones fue regular con un 47.3% nivel bueno 46,6% y solamente un 6.1% malo. La participación parcial en la elección de un método anticonceptivo fue 65%; y menos del 2% participación nula, observándose que en el grupo con nivel de conocimientos regular y bueno hubo una participación completa de 68.2% (38.5% y 29.7%) sin embargo en el grupo con nivel de conocimientos malo la frecuencia con participación completa fue marcadamente menor (31.8%).

Conclusiones: La frecuencia de participación masculina fue notoriamente mayor en el grupo con nivel de conocimientos regular a bueno, favorable a una asociación del nivel de conocimientos y la participación masculina.

Palabras Claves: Participación, Conocimiento, Métodos Anticonceptivos, Población, Masculina

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge in contraception associated with male participation in the choice of contraceptive methods at the Santa Anita Mother and Child Center, 2017.

Materials and Method: The present study is a descriptive, prospective, cross-sectional observational study. The population is made up of young males and adults between 19 and 59 years of age, of male sex, attended at the Santa Anita Mother and Child Center between the months of June to July 2017. The technique used was the interview, the informed consent form verbal and the instrument used was a questionnaire structured and validated exclusively for the study.

Results: The age of the study population was from 20 to 24 years, 30.6% had complete high school, the most frequent occupation was student with 23.5%. The level of knowledge about contraceptive methods in men was regular with 47.3% good level 46.6% and only 6.1% bad. The partial participation in the choice of a contraceptive method was 65%; and less than 2% null participation, observing that in the group with regular and good levels of knowledge there was a full participation of 68.2% (38.5% and 29.7%), however in the group with the levels of knowledge markedly lower (31.8%).

Conclusions: The frequency of male participation was notably higher in the group with regular knowledge levels, favorable to the association of the level of knowledge and male participation.

Key Words: Participation, Knowledge, Contraceptive Methods, Population, Male

CAPÍTULO I

Planteamiento del Problema

1.1 Descripción de la realidad problemática:

La Planificación Familiar es un componente de la salud sexual y reproductiva que consiste en la acción responsable de la pareja en su derecho de elegir cuantos hijos desea tener y en qué momento de su vida tenerlos. A nivel mundial se ha encontrado que la participación del varón en la elección de un método anticonceptivo es poca o nula ya que por mucho tiempo los servicios de Planificación Familiar se han visto enfocados solo en mujeres y también a la escasez de métodos anticonceptivos para varones. Debido a esto el varón ha sido limitado a recibir orientación e información acerca de métodos anticonceptivos, por ende, no ha podido cambiar su accionar con respecto a la Planificación Familiar.¹ Se encontró también que el promedio de necesidad insatisfecha de Planificación Familiar al 2013 es de 19% y la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos se encuentra en un 50%, es decir que mundialmente existen países con una prevalencia menor al 10% en el uso de métodos anticonceptivos.⁷

En América Central se muestran a los servicios de Planificación Familiar destinados principalmente para las mujeres y poco esfuerzo se realiza para incentivar al varón en su participación.² Es lamentable que no se haya reafirmado que la Planificación Familiar es un tema que debe tratarse en pareja. En los últimos 15 años muchos profesionales de la salud se han dado cuenta de que es necesario contar con la participación del varón en los programas de salud sexual y reproductiva. Se reconoce, cada vez más que el varón está interesado en recibir información y está dispuesto a participar de la salud sexual y reproductiva, tanto la pareja como él, ya que esto depende de que ambas personas estén interesadas.^{3,4}

En Latinoamérica, debido a la cultura patriarcal, los varones no han estado comprometidos ni vinculados responsablemente con la salud sexual y reproductiva, especialmente con la planificación familiar. Como consecuencia tenemos que los varones no estén interesados ni al tanto de los avances logrados por las mujeres en temas de reproducción y la desigualdad en las relaciones de género aumente considerablemente.⁸

Según el INEI nuestro país cuenta con una población aproximada para el 2017 de 31 millones 826 mil habitantes y para el 2018 de 32 millones 162 mil habitantes, siendo nuestra tasa de crecimiento poblacional en el censo del 2007, 1.5 y; habiendo ésta, descendido en comparación con el censo de 1993, en donde nos encontrábamos en 2.2.⁹

En cuanto al inicio de la vida sexual, los hombres son más precoces pues, en promedio, inician su vida sexual a los 16,8 años. Actualmente el uso de un método anticonceptivo por parte de los varones es de (54,2%); el (39,5%) opta por los métodos modernos, mientras que el (14,5%) opta por los métodos tradicionales. En el Perú están disponibles los métodos de barrera (entre ellos el más usado es el condón); los métodos químicos o espermicidas y los métodos quirúrgicos (la vasectomía). Entre los métodos tradicionales tenemos el del “ritmo”, basado en abstenerse durante la fase fértil del ciclo menstrual, y el coito interrumpido.⁵

La falta de información, o bien, la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como la ausencia de asesoría, la consejería deficiente, la postura de algunas religiones, las barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales y lingüísticas y la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el uso adecuado de anticonceptivos. La inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado y la atención de salud.⁶

Por lo expuesto, consideramos importante realizar la investigación: “Nivel de Conocimiento sobre anticoncepción asociado a la Participación Masculina en la

Elección de Métodos Anticonceptivos en el Centro de salud Materno Infantil Santa Anita, 2017”.

1.2 Formulación del Problema:

¿Cuál es el nivel de conocimiento en anticoncepción asociado a la participación masculina en la elección de métodos anticonceptivos en el Centro Materno Infantil Santa Anita, 2017?

1.3 Objetivos:

1.3.1 Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimiento en anticoncepción asociado a la participación masculina en la elección de métodos anticonceptivos en el Centro Materno Infantil Santa Anita, 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de conocimientos en anticoncepción de la población masculina.
- Determinar el grado de participación masculina en la elección de método anticonceptivo.
- Conocer los factores sociodemográficos de la población masculina en la elección de métodos anticonceptivos.

1.4 Justificación:

La presente investigación busca asociar el nivel de conocimiento en anticoncepción con la participación masculina sobre la elección de algún método anticonceptivo. Fue preocupante ver la poca asistencia del varón al servicio de planificación familiar durante el tiempo que realizamos el internado, esto debido a la falta de motivación por parte de la pareja y del profesional de la salud, también

a la poca información que se les brinda y que poseen con respecto a los métodos anticonceptivos.

En el Perú, cuyo contexto sociocultural es muy variado, los hombres se han caracterizado por un patrón cultural “machista”, transmitido a través de generaciones, tanto por el padre como por la madre. Esto se ha observado en mayor medida en las regiones de la sierra y selva, cuyas características socioculturales difieren de las de la región costeña. Lo que se busca es poder sensibilizar a la población masculina de diversas zonas, de distintas edades y de diferentes grados de instrucción sobre lo que son los métodos anticonceptivos, como usarlos y cuáles son los beneficios que estos traen; para poder lograr así la participación del varón conjuntamente con la mujer en la elección de métodos anticonceptivos.³

CAPITULO II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes.

2.1.1 A nivel internacional encontramos los siguientes antecedentes:

Rodríguez, V. y col, (2016). En Cuba, realizaron una investigación titulada: “Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar”. Tuvieron como objetivo identificar los conocimientos y actitudes de varones sobre la planificación familiar. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal con enfoque cuanti-cualitativo en el que participaron 75 varones que acudieron a la consulta de planificación familiar acompañando a sus parejas. El 46,6% manifestó obtener información de libros, mientras que el 90,7% de varones conoce el condón como método anticonceptivo, el nivel de conocimiento en planificación familiar prevaleció en los varones con un grado de instrucción universitario en un 84%, con respecto a la actitud del varón el 68% de ellos mencionaron mantener sexo seguro. En conclusión, se llegó que en los programas de planificación familiar deberíamos enfocarnos también en los varones y brindarle mayor información sobre la planificación familiar y anticoncepción en los servicios de salud sexual y reproductiva.¹⁰

Sanabria, G. (2013). En Cuba, en la investigación titulada: “Investigaciones en salud sexual y reproductiva en la maestría en promoción y educación para la salud”. Tuvo como objetivo identificar la inclusión de temas sobre salud sexual y reproductiva en las tesis de la Maestría en Promoción y Educación para la salud. Fue un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. Como resultado obtuvo que de las 91 tesis analizadas el 51% correspondieron a temas de salud sexual reproductiva destacando en primer lugar “Los estilos de vida y comportamientos sociales” y segundo lugar “La evaluación de la efectividad de proyectos y programas de promoción y educación para la salud”, vinculándose a temas de SSR. En conclusión, se llegó que los temas sobre salud sexual y reproductiva son

importantes y debemos de incentivar más programas que ayuden a informar a la población sobre los temas de salud sexual y reproductiva.¹¹

Rojas, E. y col, (2011). En Cuba, en la investigación titulada: ``Participación Masculina en la Planificación Familiar``. Tuvieron como objetivo determinar si los varones asisten o no a los consultorios de planificación familiar, y si lo hacen, quienes son los que asisten con más frecuencia. Fue un estudio descriptivo, de corte transversal. El universo de estudio estuvo formado por 9 095 pacientes masculinos entre 15 y 65 años; se realizó un muestreo por conglomerados constituidos por los 19 consultorios del área, y fueron seleccionados al azar 10 pacientes por cada uno, para obtener un resultado de 190 hombres incluidos en el estudio. Se obtuvo que no asistieron a las consultas de planificación familiar el 83,7 % (edad promedio: 38 años) contra el 16,3 % de asistencia (edad promedio: 33 años), fue mayor la presencia de hombres con nivel universitario y de estudiantes (20 y 19 respectivamente) para un 10,5 % y 10 %. Se concluye que los que tienen una mayor asistencia a los servicios de Planificación Familiar son estudiantes y universitarios; por ello, las variables nivel de escolaridad y ocupación influyeron significativamente en dicho comportamiento.⁴

2.1.2 A nivel nacional encontramos los siguientes antecedentes:

Aspilcueta-Gho, D. (2013). En Lima - Perú, en la investigación titulada: "Rol del varón en la Anticoncepción, como usuario y como pareja". Tuvo por objetivo determinar cuáles son los factores que se anteponen a la información y a las decisiones sobre el ejercicio de la sexualidad y cómo regular la reproducción. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal. Según la información estadística obtenida mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en varones, del año 2008 demuestran que los hombres en comparación con las mujeres, inician su vida sexual a muy temprana edad, siendo este antes de los 15 años. Así mismo, se observa que el inicio de la actividad sexual es más frecuente antes de cumplir los 18 años, en la actualidad el 54,2% opta por métodos modernos destacando el condón como uno de ellos mientras que el 14,5% opta por métodos tradicionales en la cual el coito interrumpido y el método del ritmo predominan. Con respecto a nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos el 98% conoce los métodos modernos y el 88% conocen los

métodos tradicionales. En conclusión, el varón está interesado en recibir información en el servicio de planificación familiar, puesto que necesita que su salud mantenga una armoniosa relación con su pareja .⁵

Rentería E. (2015) En Lima – Perú, en la investigación titulada: “Participación de la población masculina en la planificación familiar en el Hospital San Juan de Lurigancho”. Tuvo como objetivo determinar la participación de la población masculina en la Planificación Familiar en el Hospital San Juan de Lurigancho. El estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal prospectivo, obteniendo una muestra de 146 varones; obteniendo como resultados que el método anticonceptivo que predomina es el preservativo masculino (14.8%) seguido del inyectable mensual (10.7%). En cuanto a las acciones, el 74% refirió que “Siempre” participan junto a su pareja en la toma de decisiones sobre el número de hijos y el 50.7% sobre la elección de algún método anticonceptivo, el 31.5% de varones casi nunca o nunca han utilizado algún método anticonceptivo y el 37% nunca o casi nunca han acudido al servicio de planificación familiar acompañando a su pareja. Se concluye que la participación de la población masculina en el tema es “Regular”. Por tanto, deberíamos concientizar al personal de salud a incluir al varón en charlas educativas y programas de servicio de planificación familiar para orientarlos mejor en el uso de los métodos anticonceptivos y los beneficios que tienen para su relación en pareja .¹²

Esteban Y. (2016). En Lima – Perú, en la investigación titulada: “Influencia de los factores socioculturales del varón para la aceptación del uso de métodos anticonceptivos en la pareja puérpera. Instituto Nacional Materno Perinatal”. Tuvo por objetivo determinar la influencia de los factores socioculturales del varón asociados a la aceptación del uso de métodos anticonceptivos en la pareja puérpera. El estudio fue de tipo observacional, analítico de casos y controles, siendo la población total 118 varones que visitaban a sus parejas hospitalizadas en el servicio de puerperio, divididos en dos grupos: 59 varones que aceptan el uso de métodos anticonceptivos por sus parejas (grupo caso) y 59 varones que no acepten el uso de métodos anticonceptivos por sus parejas (grupo control), con un muestreo no probabilístico pareado por fecha de parto. Obteniendo como resultado, para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas y para las variables cuantitativas, medidas de

tendencia central y promedios. Se pudo observar que no se encontraron factores sociales asociados a la aceptación de los varones para el uso de métodos anticonceptivos por sus parejas. Los factores culturales asociados a la aceptación de los varones para el uso de métodos anticonceptivos por sus parejas fueron el grado de instrucción superior, el nivel de conocimiento alto y medio y las creencias correctas sobre métodos anticonceptivos. Asimismo, se observó que los varones con nivel de instrucción superior y con creencias correctas tienen mayor probabilidad de aceptar el uso de métodos anticonceptivos, mientras que los varones con conocimiento bajo tienen mayor probabilidad de no aceptar el uso de métodos anticonceptivos por sus parejas. Se concluye que la influencia de los factores son las creencias y el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos.¹³

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Conocimiento

La transformación práctica de la naturaleza y de la sociedad son dos facetas de un mismo proceso histórico, que se condicionan y se penetran recíprocamente.

El concepto de conocimiento es ampliamente estudiado en la Teoría del Conocimiento, que inicia su construcción en Grecia Antigua y se continúa construyendo influenciado por el desarrollo de diferentes Corrientes del pensamiento filosófico.

Para Platón y Aristóteles, el conocimiento se obtiene por vías directa o indirecta, deduciendo nuevos datos de aquellos ya sabidos. Para Santo Tomás de Aquino, máximo representante de la corriente Escolástica, el conocimiento se produce como producto de la combinación de métodos racionales con la fe en un sistema unificado de creencias.¹⁴

La definición de conocimiento ha sido trabajada por diferentes autores desde diferentes disciplinas, como por ejemplo la Filosofía, la Psicología, la Gestión empresarial y la Informática.

“«Conocimiento significa entonces apropiarnos de las propiedades y relaciones de las cosas, entender lo que son y lo que no son»”

El conocimiento puede ser entendido, con relación a Datos e Información, como "información personalizada"; con relación al estado de la mente, como "estado de conocer y comprender"; puede ser definido también como "objetos que son almacenados y manipulados"; "proceso de aplicación de la experiencia"; "condición de acceso a la información y potencial que influye en la acción".¹⁵

El Diccionario filosófico acorde al materialismo dialéctico, define al conocimiento como:

"«El proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica»".¹⁴

El conocimiento tiene un carácter individual y social; puede ser: personal, grupal y organizacional, ya que cada persona interpreta la información que percibe sobre la base de su experiencia pasada, influida por los grupos a los que perteneció y pertenece. También influyen los patrones de aceptación que forman la cultura de su organización y los valores sociales en los que ha transcurrido su vida. Esto determina que el conocimiento existe, tanto en el plano del hombre como de los grupos y la organización, y que estos se encuentran determinados por su historia y experiencia social concreta.¹⁶

Conocimiento a priori y a posteriori:

Las expresiones a priori (en previo a) y a posteriori (en latín: posterior a), se utilizan para distinguir entre dos tipos de conocimiento: el conocimiento a priori es aquel que, en algún sentido importante, es independiente de la experiencia; mientras que el conocimiento a posteriori es aquel que, en algún sentido importante, depende de la experiencia.

Tradicionalmente, el conocimiento a priori se asocia con el conocimiento de lo universal y necesario, mientras que el conocimiento a posteriori se asocia con lo particular y contingente.

El conocimiento a priori es básico en algunas ramas de la epistemología (doctrina de fundamentos y métodos científicos), especialmente en las teorías racionalistas.

El término racionalismo viene del latín, ratio, razón; en Filosofía, es el sistema de pensamiento que actúa el papel de la razón en la adquisición del conocimiento, en contraste con el empirismo, el cual resalta el papel de la experiencia, sobre todo el sentido de la percepción.

La existencia del conocimiento a priori ha sido importante para formular argumentos que tratan de demostrar la existencia de Dios. Algunos filósofos han sostenido que negar el conocimiento a priori supone negar la posibilidad de probar la existencia de lo sobrenatural, ya que esto no es perceptible por los sentidos.

La existencia de verdades a priori es utilizada en ética, que es la parte de la Filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre, porque sus ideales básicos solo pueden ser captados mediante el uso de la razón.¹⁴

Mediante el conocimiento, el hombre asimila las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella. Ahora bien, la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución.

Se tienen así cuatro especies de consideraciones sobre la misma realidad, el hombre, y, en consecuencia, tenemos cuatro niveles diferentes de conocimiento.

Conocimiento empírico:

También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innúmeras tentativas. Es a metódico y asistemático.

A través del conocimiento empírico, el hombre común conoce los hechos y su orden aparente, tiene explicaciones concernientes a las razones de ser de las cosas y de los hombres, todo ello logrado a través de experiencias cumplidas al azar, sin metido y mediante investigaciones personales cumplidas al calor de las circunstancias de la vida; o valido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad; e, incluso, extraído de la doctrina de una religión positiva.

Conocimiento científico:

Es general, es decir, conoce en lo real lo que tiene de más universal, válido para todos los casos de la misma especie. La ciencia, partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie.

Es metódico, sistemático. El sabio no ignora que los seres y los hechos están ligados entre sí por ciertas relaciones.

Conocimiento filosófico:

Se distingue del científico por el objeto de la investigación y por el método. El objeto de las ciencias son los datos próximos, inmediatos, perceptibles por los sentidos o por los instrumentos, pues, siendo de orden material y físico, son por eso susceptibles de experimentación. El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, las cuales, por ser de orden suprasensible, traspasan la experiencia.

En la acepción clásica, la filosofía estaba considerada como la ciencia de las causas por sus causas supremas. Modernamente, se prefiere hablar del filosofar. El filosofar es un interrogar, un continuo cuestionar sobre sí y sobre la realidad. La filosofía es una búsqueda constante de sentido, de justificación, de posibilidades, de interpretación al respecto de todo aquello que rodea al hombre y sobre el hombre mismo, en su existencia concreta.

Conocimiento teológico:

Es aquel conjunto de verdades a las cuales los hombres llegan, no con el auxilio de su inteligencia, sino mediante la aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale, de modo especial, del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente por los hombres, después de haber pasado por la crítica histórica más exigente. El contenido de la revelación, hecha la crítica de los hechos allí narrados y comprobados por los signos que los acompañan, se reviste de autenticidad y de verdad.

Pasan tales verdades a ser consideradas como fidedignas y por tal razón son aceptadas. Esto se cumple con base en la ley suprema de la inteligencia: aceptar la verdad venga de donde viniere, en tanto que sea legítimamente adquirida.¹⁸

2.2.2 Participación

Es un término cuyo origen etimológico se deriva del latín “Participatio” el cual está formado por el prefijo “Pars o Parti” que significa “Parte o Porción”, el verbo “Capere” que es “Tomar o Agarrar” y por último el sufijo “Tio” que corresponde a (acción y efecto). Lo que lleva a interpretarla como la acción y efecto de tomar parte en algo, o de hacer partícipe a alguien más sobre algo, lo que quiere decir, noticiar o informar acerca de algún suceso.¹⁹

Según la RAE la palabra participar significa tomar parte de algo definiendo que participar es un proceso, que incluye la posibilidad de hacer, al tomar parte de algo, con la finalidad de provocar una reacción, participar entonces debe ser comprendida como una causa y como una consecuencia. Es la acción de involucrarse en cualquier tipo de actividad de forma intuitiva o cognitiva. Una participación intuitiva es impulsiva, inmediata y emocional, en cambio una participación cognitiva es premeditada y resultante de un proceso de conocimiento.²⁰

Los beneficios de la participación son diversos:

- Aporta el punto de vista de los usuarios/clientes que puede mejorar los proyectos y planes. Demuestra un compromiso con un servicio eficaz y transparente.
- Mejora la toma de decisiones al accionar.
- Evitar problemas de contestación que anulen la participación
- Facilita el desarrollo de los proyectos en fase de construcción.

Formas de participación

Uno de los conceptos de participación más generalizados es al que se refiere a la participación en espacios públicos. Éstos se clasifican en:

A. La participación ciudadana: es un derecho legítimo de todo ciudadano para intervenir en la gestión pública o en la toma de decisiones del gobierno, impulsando así el desarrollo local y la democracia participativa.

En la participación ciudadana, los ciudadanos se involucran directamente en acciones públicas generando una comunicación entre ciudadano y Estado.

Una de las características es la integración en la toma de decisiones generando una actividad clara con la actividad de participación. Por ello, planificar la estrategia de participación resulta de gran utilidad.

B. La participación política: considera todo tipo de actividad ciudadana dirigida a intervenir en la designación de los gobernantes y / o políticos e influir en ellos para con respecto a las políticas públicas. Las formas de participación política más conocidas son:

Votar que comprende actividades como sufragar en elecciones nacionales, regionales y locales, plebiscitos y referendo.

Campaña política son actividades de persuadir a otros a favor de un candidato, asistir a reuniones políticas, aportar dinero para campañas políticas, ser miembro de una organización política, desplegar afiches, distribuir propaganda política.

Actividad comunitaria, son acciones dirigidas a resolver problemas comunes a un sector de la población, y trabajar individual o colectivamente para resolver problemas comunitarios.

Actividad particular, se incluyen aquí actividades como ponerse en contacto con funcionarios públicos respecto a asuntos individuales del ciudadano.

Actividad de protesta, son acciones de manifestaciones y marchas de protesta, demandar fuerte y públicamente si el gobierno hace algo que se considera incorrecto o perjudicial, participar en campañas de desobediencia cívica.

C. La participación social: engloba todo tipo de actividades sociales sean de la comunidad del ciudadano o fuera de ellas. Su principal finalidad es la de defender y movilizar intereses sociales y la de crear una conciencia social.

La Participación Social supone:

- Dedicar un tiempo
- Disponer de un espacio de encuentro con los otros
- Valorar lo colectivo

- Valorar la propia aportación
- La aportación de apoyo y respaldo a las iniciativas
- El intercambio de información y experiencias

D. La participación comunitaria: es la acción colectiva para el desarrollo de una comunidad identificando sus necesidades y educando socialmente. La forma más común de participación comunitaria es el de beneficencia o voluntariado. La participación comunitaria es un proceso de trabajo colectivo mediante el cual los miembros de una comunidad deben intervenir activa y responsablemente en las tareas de organización, planeación y ejecución de sus proyectos de desarrollo.²¹

2.2.3 Planificación Familiar

Según el MINSA (Ministerio de Salud) la planificación familiar es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia.²³

La anticoncepción contribuye a reducir el número de embarazos riesgosos, permitiendo particularmente a las mujeres de postergar el embarazo hasta encontrarse en mejores condiciones de salud.²³

La prestación de servicios respetando los derechos humanos y reproductivos del usuario/a es fundamental para brindar atención de calidad. La planificación familiar es una estrategia fundamental en el logro de la salud sexual y reproductiva. En países en donde la fecundidad es baja, las tasas de muerte materna son igualmente bajas, y estas aumentan en la medida en que la fecundidad aumenta, por el reconocido riesgo acumulativo que ocurre durante la vida reproductiva y estas aumentan en la medida en que la fecundidad aumenta, por el reconocido riesgo acumulativo que ocurre durante la vida reproductiva.²³

2.2.4 Anticoncepción

La anticoncepción, es el término que se utiliza para designar las técnicas orientadas a evitar el embarazo. Existen numerosos métodos para evitar un embarazo: la administración de medicación hormonal (parche, anillo y píldora, inyectables e implantes), los dispositivos contraceptivos (barreras), los periodos de abstinencia sexual y la cirugía. No obstante, estos métodos no tienen el mismo grado de fiabilidad.

Es importante señalar que ningún método anticonceptivo protege totalmente frente a la infección por VIH u otras enfermedades de transmisión sexual.²⁴

Las opciones anticonceptivas según el MINSA son:

A. Temporales:

- Métodos de abstinencia periódica:
 - Del ritmo o de la “Regla”.
 - Billings o del moco cervical.
 - Métodos de los días fijos o del collar.
- Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA).
- Métodos de barrera:
 - Condón Masculino.
 - Condón Femenino.
 - Espermicidas.
- Hormonales:
 - Hormonales combinados:
 - Anticonceptivos orales combinados (AOC).
 - Anticonceptivos hormonales combinados de depósito.
 - Parche hormonal combinado.
 - Anillo vaginal combinado.
 - Hormonales solo progestágeno:
 - Píldoras.
 - Inyectables.
 - Implante.
- Dispositivo intrauterino:

- DIU liberador de cobre TCU 380 A.
- DIU liberador de progestágeno.

B. Permanentes:

- Bloqueo tubárico bilateral (BTB).
- Vasectomía.

C. Anticoncepción de Emergencia:

- Solo progestágeno.
- Combinados.¹⁶

2.2.5 Métodos Anticonceptivos

A. Temporales:

- Métodos de abstinencia: Está basado en el reconocimiento de signos y síntomas asociados a los periodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad, y el uso de periodos infértiles para la actividad sexual, para evitar embarazo.
 - Del ritmo, De la “Regla” u Ogino - Knaus: Método de abstinencia periódica basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.
 - Mecanismo de acción: Abstinencia sexual durante el periodo fértil del ciclo menstrual.
 - Uso: La mujer debe de registrar la duración de sus ciclos menstruales (menos 6 meses, ideal 12 meses).
El ciclo inicia 1er día del sangrado menstrual y termina el día anterior de la siguiente menstruación.
De la historia menstrual se obtiene el periodo fértil:
 - Para calcular el primer día del periodo fértil: reste 18 al ciclo más corto.

- Para calcular el último día del periodo fértil: reste 11 al ciclo más largo.
 - De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19no día del ciclo menstrual.
 - Eficacia: 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
 - Efectos secundarios: No existen efectos colaterales

- Billings o del moco cervical: Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales.
 - Mecanismo de acción: Abstinencia sexual en el periodo fértil del ciclo menstrual.
 - Uso: La usuaria debe de observar la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dichas zonas; durante los días fértiles el moco cervical tiene una apariencia viscosa, filante, semejante a la clara de un huevo cruda, elástica. Los días infértiles se caracterizan por una mayor sequedad y el moco cervical será más denso, escaso y pegajoso, o incluso ausente. El periodo fértil inicia desde la identificación del moco cervical y dura tres días desde su desaparición brusca.
 - Eficacia: 3 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso según teoría o 25 embarazos por cada 100 mujeres según su uso.
 - Efectos secundarios: No existen efectos colaterales

- Métodos de los días fijos o del collar: Métodos de abstinencia periódica que se apoya en perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual.
 - Mecanismo de acción: Abstinencia sexual durante el periodo fértil del ciclo menstrual.
 - Uso: Determinar por historia los ciclos de la mujer (26 a 32 días).

Indagarla aceptación de la pareja a no tener relaciones sexuales días fértiles.

Se ofrece como asistencia el collar de 32 perlas de colores y un anillo movable para marcar días del ciclo menstrual.

- Una perla roja marca inicio de menstruación
- Seis perlas marrones días no fértiles
- Doce perlas blancas días fértiles
- Trece perlas marrones días no fértiles

La mujer deber avanzar el anillo negro todos los días, y debe abstenerse de tener relaciones sexuales en los días que coincidan con las perlas blancas.

Eficacia: 3 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de embarazo según teoría o 25 embarazos por cada 100 mujeres según su uso.

Efectos secundarios: No existen efectos colaterales

- Método de lactancia amenorrea (MELA): Único método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia.
 - Mecanismos de acción: supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia de la lactancia materna exclusiva.
 - Uso: El bebé debe tener menos de 6 meses.
La madre debe seguir en amenorrea (sin regla).

La lactancia materna debe ser a demanda y exclusiva (el bebé no toma nada más que pecho, ni agua, ni infusiones), y no ocurre a menudo que esté más de 6 horas sin mamar por la noche, ni más de cuatro horas sin hacerlo de día.

- Eficacia: 1 embarazo por cada 100 mujeres, en los primeros seis meses post partos según teoría y 2 embarazos por cada 100 mujeres, en los primeros seis meses post partos según su uso.
 - Efectos secundarios: No tiene efectos secundarios.
- Métodos de barrera: Basados en colocar una barrera física, que impide la unión del espermatozoide con el óvulo.
 - Condón masculino: Funda delgada de caucho (látex). Lubricada, sin nonoxinol-9.
 - Mecanismo de acción: impiden que los espermatozoides tengan contacto al tracto reproductor femenino.
 - Uso: Verificar la integridad de la cobertura y fecha de caducidad en la envoltura. Usar un condón nuevo en cada relación sexual.
Solo se debe colocar cuando el pene esta erecto, y retirar antes que el pene pierda la erección.
Eliminar el condón atado y envuelto en un papel higiénico en un depósito que evite el contacto con otras personas.
 - Eficacia: 15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
 - Efectos secundarios: irritación del pene o de la vagina por alergia.
 - Condón femenino: Es una funda amplia y delgada de polímero de nitrilo.

- Mecanismo de acción: impiden que los espermatozoides tengan contacto al tracto reproductor femenino.
 - Uso: se puede utilizar en cualquier momento y uno nuevo para cada acto sexual. Explicar a la usuaria:
 - Revisar fecha de caducidad y la integridad del paquete.
 - Elegir posición cómoda para la inserción del condón (levantando una pierna, cuclillas, sentada o recostada).
 - Apretar los lados del aro interno en el extremo cerrado del condón y deslizar dentro de la vagina.
 - Empujar el aro interno dentro de la vagina hasta el cuello uterino. Asegúrate de que no esté retorcido.
 - Dejar que el aro externo sobresalga de la vagina aproximadamente (2,5 cm).
 - Después de tener la relación sexual, apretar y enrollar el aro externo para mantener el semen dentro de la funda y quitarlo suavemente del canal vaginal.
 - Eliminar el condón envuelto en un papel higiénico en un tacho de basura.
 - Eficacia: 5 embarazos de cada 100 mujeres según uso perfecto y 21 embarazos por cada 100 según uso típico.
 - Efectos secundarios: no existe efectos secundarios
- Espermicidas: Productos químicos en forma de crema, óvulos, gel o tabletas vaginales que contienen nonoxinol-9, que destruyen los espermatozoides.
- Mecanismo de acción: inactivan los espermatozoides en el canal vaginal.
 - Uso: Colocar la tableta en el canal vaginal de 15 a 20 minutos antes del coito y recostarse durante este

mismo tiempo para la disolución de la tableta vaginal, sólo dura una hora después de la colocación.

No realizar duchas vaginales luego de la relación sexual y colocarse una tableta por cada relación sexual.

– Eficacia: 18 embarazos de cada 100 mujeres según uso teórico y 29 embarazos por cada 100 según uso típico.

– Efectos secundarios: pacientes mujeres con hipersensibilidad al componente del espermicida.

- Hormonales:

- Hormonales combinados.

- Anticonceptivos orales combinados (AOC): Son aquellos que contienen estrógenos y progestágeno para administración por vía oral.

- Mecanismo de acción: supresión de la ovulación y espesamiento del moco cervical

- Uso: La Toma debe de ser diaria.

Iniciar el método entre el 1^{er} y 5^{to} día de la menstruación, en caso de iniciar el método después del quinto día se debe de dar un método de respaldo como el preservativo.

En el caso de las píldoras de 28 se debe de reiniciar inmediatamente al día siguiente de terminar el blíster.

En el caso de las píldoras de 21 se descansa por 7 días y se reinicia inmediatamente al 8^{vo} día de terminar el blíster.

- Eficacia: 0.3embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso según teoría; 8 embarazo por cada 100 mujeres según uso típico.

- Efectos secundarios: amenorrea, nauseas, vómitos, mareos, aumento de peso y cefalea.

– Anticonceptivos hormonales combinados de depósito:
Son anticonceptivos parenterales que contienen estrógenos y progesterona. Existen dos composiciones.

- 5mg de valerato de estradiol y 50mg de enantato de noretisterona.
- 5mg de cipionato de estradiol y 25mg de acetato de medroxiprogesterona.
- Mecanismos de acción: supresión de la ovulación y espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Uso: Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación, técnica de la Z.

Iniciar el método entre el 1er y 5to día del ciclo menstrual; administrar cada 30 días, más o menos 3 días, fecha fija mensual.

- Eficacia: 0.05 embarazos por cada 100 mujeres según uso teórico y 3 embarazos por cada 100 según uso típico.
- Efectos secundarios: amenorrea, náuseas, vómitos, mareos, aumento de peso y cefalea.

– Parche hormonal combinado: Consiste en un parche adhesivo de 20cm cuadrado que se coloca en la piel, libera estrógeno y progestina a través de la piel en la sangre. Cada parche contiene (Norelgestromina 6.00mg y Etinilestradiol 0.60mg).

- Mecanismos de acción: supresión de la ovulación y espesamiento del moco cervical.
- Uso: Colocar el parche en los glúteos, la parte superior de la espalda o el brazo en el abdomen.
El parche se inicia el primer día del ciclo y se usa uno por semana por tres semanas consecutivas.

- Eficacia: 0.3 embarazos por cada 100 mujeres según uso teórico y 8 embarazos por cada 100 según uso típico.

- Efectos secundarios: amenorrea, náuseas, vómitos, mareos, aumento de peso, cefalea, irritación de la piel y mastalgia.

- Anillo vaginal combinado: Es un anillo delgado, flexible y transparente que contiene estrógenos y progesterona que se inserta en la vagina una vez por mes. Cada anillo vaginal contiene (Etinilestradiol 2.7mg y Etonogestrel 11,7mg).

- Mecanismo de acción: supresión de la ovulación y espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

- Uso: Iniciar el método entre el 1er y 5to día del ciclo menstrual. Para insertar el anillo vaginal, la mujer adopta la posición más adecuada ya sea en cuclillas, recostada o de pie con una pierna levantada.

El anillo se comprime entre el dedo pulgar y el índice, insertar en una posición cómoda en la vagina, una vez insertado el anillo debe quedarse en su lugar durante 3 semanas, y luego extraerlo el mismo día de la semana en que fue insertado

- Eficacia: 0.3 embarazos por cada 100 mujeres según uso teórico y 8 embarazos por cada 100 según uso típico.

- Efectos secundarios: flujo vaginal, irritación vaginal, cefalea, aumentó de peso, náuseas, sangrado irregular, mastalgia, expulsión espontanea del anillo vaginal.

- Hormonales solo progestágeno.

- Píldoras: Son aquellas que solo poseen progestágeno.

- Mecanismos de acción: inhiben parcialmente la ovulación y espesa el moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides.
- Uso: Iniciar el método entre el 1^{er} y 5^{to} día de la menstruación, en caso de iniciar el método después del quinto día se debe de dar un método de respaldo como el preservativo durante los primeros 7 días de uso. La usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento incluso durante la menstruación, la toma debe de ser diaria y a la misma hora.
- Eficacia: 0.3 embarazos por cada 100 mujeres según uso teórico y 8 embarazos por cada 100 según uso típico.
- Efectos secundarios: cefalea, cambios en el apetito, aumentó de peso, ciclos menstruales irregulares, amenorrea, mastalgia, náuseas, mareos, depresión.
 - Inyectables: Son anticonceptivos parenterales que solo contienen progestágeno, como son el acetato de medroxiprogesterona (AMPD) 150 mg x 1ml(intramuscular), acetato de medroxiprogesterona 104 mg x 0.65ml (subcutáneo), enantato de noretisterona x 200 mg (intramuscular).
- Mecanismos de acción: Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoide y supresión de la ovulación en un 50%
- Uso: Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación, técnica de la Z.
Iniciar el método entre el 1er y 5to día del ciclo menstrual; administrar cada tres meses pudiendo adelantar hasta 2 semanas o en caso de olvido aplicar con una demora de 2 semanas.

- Eficacia: 0.3 embarazos por cada 100 mujeres según uso teórico y 3 embarazos por cada 100 según uso típico.
 - Efectos secundarios: sangrado irregular, no presenta menstruación, sangrado profuso o prolongado, cefalea, acné, alteraciones en el peso, tensión mamaria, mareos.
 - Implante: Es un pequeño cilindro delgado, flexible, no biodegradable, que se coloca debajo de la piel de la parte superior interna del brazo.
 - Mecanismo de acción: supresión de la ovulación y espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
 - Uso: Iniciar el método entre el 1er y 5to día del ciclo menstrual
 - Eficacia: 0.05% según falla teórica y en el uso típico 1 de cada 100 mujeres.
 - Efectos secundarios: sangrado irregular, no menstruación, sangrado profuso o prolongado, cefalea, acné, alteraciones en el peso, tensión mamaria, mareos.
- Dispositivo intrauterino:
 - DIU liberador de cobre TCU380 A: Son dispositivos que se inserten en la cavidad uterina y liberan cobre, tienen una duración de hasta 12 años.
 - Mecanismo de acción: afecta la capacidad de los espermatozoides e interfiere en el proceso reproductor antes que ocurra la fertilización.
 - Uso: En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cambio de método.
 - En el post parto inmediato hasta 48 horas.
 - Durante la operación cesárea.
 - En el puerperio tardío a partir de la sexta semana.
 - En el post aborto inmediato o en los primeros 7 días post aborto no complicado.

- Eficacia: 0.6 embarazos por cada 100 mujeres según uso teórico y 0.8 embarazos por cada 100 según uso típico.
- Efectos secundarios: amenorrea, dismenorrea severa, sangrado vaginal leve o profuso, dolor abdominal o pélvico, perforación uterina.
- DIU liberador de progestágeno: Son dispositivos que se inserta en la cavidad uterina y liberan levonorgestrel y tiene una duración de 5 años.
 - Mecanismo de acción: inhiben parcialmente la ovulación y espesa el moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides.
 - Uso: En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cambio de método.
 - En el post parto inmediato hasta 48 horas.
 - Durante la operación cesárea.
 - En el puerperio tardío a partir de la cuarta semana.
 - En el post aborto inmediato o en los primeros 5 días post aborto no complicado.
 - Eficacia: 0.1 embarazos por cada 100 mujeres según uso teórico y 0.1 embarazos por cada 100 según uso típico.
 - Efectos secundarios: dismenorrea, trastornos menstruales, perforación uterina, hilos ausentes, cefalea, acné, tensión y dolor mamario.

B. Permanentes: Son métodos quirúrgicos electivos de complejidad intermedia.

- Bloqueo tubárico bilateral: Se realiza una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio para evitar la unión del espermatozoide y el óvulo.

- Mecanismo de acción: Es la oclusión y sección de las trompas de Falopio para impedir la unión del espermatozoide con el ovulo.
- Uso: La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía.
- Eficacia: 0.5 embarazos por cada 100 mujeres según uso teórico y 0.5 embarazos por cada 100 según uso típico.
- Efectos secundarios: lesiones de la vejiga o del intestino, sangrado superficial, dolor en la incisión, hematoma, infección de herida y fiebre postoperatoria.
- Vasectomía: Es una intervención quirúrgica electiva, considerada cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre.
 - Mecanismo de acción: La oclusión de los conductos deferentes que impide la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo.
 - Uso: puede ser realizada, en cualquier momento, mediante dos técnicas:

La convencional, en la que se realiza una o dos incisiones en el escroto.

La técnica sin bisturí que es la más recomendada.
 - Eficacia: 0.15 embarazos por cada 100 mujeres según uso teórico y 0.15 embarazos por cada 100 según uso típico.
 - Efectos secundarios: inflamación severa, equimosis, hematoma, infección en la herida, granuloma,

C. Anticoncepción de Emergencia: Son todos los métodos hormonales que se usan como emergencia, luego de una relación sexual sin protección, violación o por ruptura del condón para evitar un embarazo no deseado.

- Método de Yuzpe se utilizan píldoras combinadas.

- Píldoras con combinaciones de etinilestradiol 50mcg y levonorgestrel 250mcg, dos dosis de 2 tabletas cada 12 horas.
- Método de solo progestágeno: levonorgestrel.
 - Levonorgestrel tabletas de 0,75mg, por dos dosis.
 - Levonorgestrel, 1.5 mg, una sola dosis.
- Mecanismos de acción: Inhiben parcialmente la ovulación y espesa el moco cervical.
- Uso: Tomar la primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección, la segunda y última dosis 12 horas después de la primera dosis.
 - Eficacia: 95% solo los de progestágenos (levonorgestrel) 75% solo los anticonceptivos combinados (método de Yuzpe).
 - Efectos secundarios: fatiga, náuseas, vómitos, mareos, cefalea y mastalgia.¹⁶

2.2.6 Causas de la inasistencia de los varones al servicio de PPF.

- **La edad:** La etimología del termino edad, proviene del latín aetas, -atis, que refiere a la vida o tiempo que se vive. Los significados de la edad, como una categoría de periodificación aludiendo al ciclo de vida que transcurre desde el momento que nacemos hasta que morimos.²⁵
- **El conocimiento de métodos anticonceptivos:** es la información almacenada sobre aquellos métodos que previene o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los métodos anticonceptivos deben cumplir con requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida.^{18,16}

- **Oposición de la pareja al uso de anticonceptivos.** Existen diversas razones por las que un hombre objeta a la planificación familiar, unos desean tener más hijos, mientras que otros se oponen al uso de los métodos modernos, inclusive algunos no quieren usarlos porque temen que sus mujeres les sean infieles si están protegidas contra el embarazo. Mientras que otro grupo quiere controlar el comportamiento de la pareja, o argumenta razones religiosas.¹

- **La poca motivación de los hombres para acudir a consulta de PPF** a elegir junto con su pareja un MAC, solicitar consejería o un MAC para él, no solo está dada por el desconocimiento de los hombres, sino también por el de la mujer que debería motivar a su pareja a participar. Además, es pobre la labor educativa del equipo de salud en materia sexual y reproductiva dirigida a la comunidad. Por otra parte, el hecho de tener que compartir la entrada a la consulta en una sala de espera llena de mujeres incrementa la timidez y la evitación de dicha situación, por lo que en algunos países se han diseñado las consultas solo para los hombres, pero pensamos que lo óptimo es que acuda la pareja.⁵

- **Falta de sensibilidad por el uso MAC.** En nuestro estudio algunos hombres refirieron no gustarle el uso del condón porque se rompen con facilidad, les produce irritación en el pene o les disminuye sensibilidad en el coito, sin embargo, se reporta que su uso está aumentando en el mundo por ser la estrategia principal para la prevención del SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).⁵

- **La comunicación deficiente de pareja** se ha relacionado con mayor tasa de abandono de los MAC, con el embarazo no deseado y con la propagación de las ITS y además es una razón importante para la no participación del hombre en la PF. Cuando la pareja se comunica de manera abierta e íntima adoptan una actitud más flexible ante las problemáticas que plantea el tener y mantener una salud reproductiva y la adopción de una paternidad responsable, convirtiéndose esto en una

premisa para una mayor efectividad y calidad del accionar de los servicios sanitarios en esta dirección.⁵

- **Horarios de atención de los servicios de Planificación Familiar.** Proviene del latín horarius que hace referencia a las cantidades de horas. El uso común está vinculado al periodo temporal durante el tiempo que se lleva a cabo una actividad. En el caso del servicio de salud el horario de atención al paciente se rige en base al reglamento interno del establecimiento siendo que en algunos centros de salud el horario de atención en el servicio de planificación familiar sea en ambos turnos mientras que en algunos hospitales y puestos de salud solo es en la mañana, si bien es cierto que en los centros de salud el horario de atención es en ambos turnos el paciente tiene que estar una hora antes de cualquiera de los turnos por cuestiones de cupos hacia el servicio de planificación familiar y poder obtener uno.^{4,5}

2.3 Definición Operacional de Términos

Nivel de conocimiento: El nivel de conocimiento es un conjunto de información almacenada que se adquiere a través de experiencia o aprendizaje sobre distintos temas. Según el presente trabajo se clasificará en: Nivel de conocimiento Bueno, Regular y Malo.¹⁸

Participación Masculina: Es la acción de involucrarse en cualquier tipo de actividad de forma intuitiva o cognitiva. Para nuestro estudio el tipo de participación que utilizan los varones es cognitiva porque es premeditada y resultante de un proceso de conocimiento. Clasificando la participación masculina en: completa, parcial y nula.¹⁹

Elección De Métodos Anticonceptivos: La adopción de un método anticonceptivo es una opción individual, no existe un método de aplicación universal.

Un método anticonceptivo debe ser seguro, eficaz y fácil de usar. Para ayudar a elegir es preciso escuchar, informar y transmitir adecuadamente esa información sobre las distintas opciones existentes, siempre teniendo en cuenta las prioridades de la paciente y de su pareja.²²

Factores Sociodemográficos: Son una serie de características del estado social de los jóvenes y adultos, tales como la edad, religión, estado civil, ocupación, grado de instrucción, ingreso mensual, etc.

CAPITULO III

Hipótesis y Variables

3.1 Hipótesis

El nivel de conocimiento en anticoncepción está asociado a la participación masculina en la elección de los métodos anticonceptivos.

3.2 Variable

a) Variable 1:

Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos:

- Bueno (Puntaje: 16 - 20)
- Regular (Puntaje: 11 - 15)
- Malo (Puntaje: 0 - 10)

b) Variable 2:

Participación masculina en la elección de métodos anticonceptivos.

- Completa (Puntaje: 3)
- Parcial (Puntaje: 2 - 1)
- Nula (Puntaje: 0)

c) Variable 3:

Factores sociodemográficos

3.2.1 Operacionalización de variables

Variables	Tipo de variable	Dimensión	Indicadores	Escala de Medición	Técnica o instrumento de medición
Variable 1: Nivel de conocimiento					
Nivel de conocimiento sobre MAC	Cualitativa	En anticoncepción	Bueno Regular Malo	Ordinal	Cuestionario
Variable 2: Participación masculina en la Elección de métodos anticonceptivos.					
Participación masculina en la Elección de métodos anticonceptivos.	Cualitativa	Según proceso de conocimiento	Total Parcial Nula	Ordinal	Cuestionario
Variables sociodemográficas					
Edad	Cuantitativa	El número de años cumplidos	<20 20 a 24 25 a 29 30 a 34 34 a 39 40 a 44 45 a 49 50 a 54 >54	Continua	Cuestionario
Religión	Cualitativa	Católica. Evangélica. Cristiana. Ninguna. Otra.....	Católica. Evangélica. Cristiana. Ninguna. Otra	Nominal	Cuestionario
Estado civil	Cualitativa	Soltero Casado Conviviente Divorciado	Soltero Casado Conviviente Divorciado	Nominal	Cuestionario
Grado de Instrucción	Cualitativa	Sin estudios Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico incompleto Técnico completo Universitario incompleto Universitario completo	Sin estudios Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico incompleto Técnico completo Universitario incompleto Universitario completo	Ordinal	Cuestionario
Ocupación	Cualitativa	Obrero Independiente Profesional Técnico Estudiante Otro Ninguna	Obrero Independiente Profesional Técnico Estudiante Otro Ninguna	Nominal	Cuestionario

CAPITULO IV

Diseño Metodológico

4.1 Tipo y nivel de investigación:

El presente estudio es de tipo analítico, prospectivo de corte transversal.

4.1.1 Ámbito de la Investigación

La presente investigación se realizará en el CMI Santa Anita, institución de salud de nivel I-4, ubicado en parque Lampa de Oro s/n distrito de Santa Anita.

4.2 Población y Muestra

4.2.1 Población

La población está conformada por pacientes jóvenes y adultos de 19 a 59 años, de sexo masculino, atendidos en el Centro Materno Infantil Santa Anita entre los meses de junio a julio del 2017, siendo 2508 varones.

4.2.2 Muestra

La muestra se calculó utilizando la fórmula de población finita.

Obteniendo como resultado un total de 294 varones.

Factor de Ajuste

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 p * q}{d^2(N-1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

$$n_f = \frac{n_c}{1 + \frac{n_c}{Nt}}$$

Dónde:

N = Total de la población

n = Muestra calculada

Z α = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en nuestro caso 50% = 0.5) para maximizar el tamaño muestra

q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)

d = precisión (en la investigación se usa un 5%=0.05)

Dónde:

n_c = Muestra Calculada

n_f = Muestra Final

N_t = Población finita dada

$$n = \frac{2508 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 (2508 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 333$$

$$n_f = \frac{333}{1 + \frac{333}{2508}} = 294$$

Tipo de muestreo: No probabilístico, por conveniencia utilizando los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- Varones de 19 años a 59 años.
- Varones que acuden al Centro Materno Infantil Santa Anita.
- Varones que acepte participar del presente estudio.

Criterios de Exclusión

- Varones menores de 19 o mayor de 59 años.
- Varones que no acuden al Centro Materno Infantil Santa Anita.
- Varones que no acepten participar en este estudio.
- Varones con trastornos psicológicos.

4.3 Técnica de instrumentos de recolección de datos

4.3.1 Técnica

La técnica empleada fue una entrevista realizada a través de un cuestionario estructurado (anexo), anónimo. Para ello se realizaron las siguientes actividades:

Autorizaciones: Se solicitó el permiso por escrito a la directora del CMI Santa Anita, Dra. Marina Pro Herrera.

Validación del Instrumento: La validación del presente instrumento se realizó mediante juicio de expertos y el grado de concordancia entre ellos, así como también la aplicación de una prueba piloto. (Ver Anexo).

Confiabilidad del instrumento: Se aplicó la prueba de confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente Kuder Richardson, en Microsoft Excel 2013, luego de aplicar una prueba piloto a 59 encuestados. (Ver Anexo).

Proceso de selección: Se seleccionó a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión de donde se recolectará los datos y se le solicitará el consentimiento informado de forma oral.

Recolección de los datos: Se procedió a la entrevista que tuvo una duración de 10 minutos.

4.3.2 Instrumentos de recolección de datos

- **Primera parte:** Datos Sociodemográficos.
- **Segunda parte:** Nivel de Conocimiento y uso de algún método anticonceptivo que constara de 14 preguntas, con una puntuación de 1.5 puntos para 13 preguntas y 0.5 puntos para 1 pregunta. Adicionalmente se está incluyendo en la pregunta 2 un acápite (*) para determinar cuál es el método anticonceptivo más usado por la población de estudio.
- **Tercera parte:** Participación masculina en la elección de métodos anticonceptivos que consta de 3 preguntas, con una puntuación de 1 punto cada una.
- La última pregunta está relacionado al objetivo sobre dificultades o posibles motivos por las cuales la población de estudio no asiste o asistiría a la consulta de Planificación Familiar.

En relación al nivel de conocimiento se utilizó la siguiente escala

Escala	Puntuación
Bueno	16 – 20
Regular	11 – 15
Malo	0 – 10

En relación a la participación masculina se utilizó la siguiente escala.

Escala	Puntuación
Completa	3
Parcial	2 – 1
Nula	0

4.4 Plan de procesamiento y análisis de datos

El proceso de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0 para Windows. Este programa permitió construir una base de datos, su codificación y el cálculo de frecuencia y porcentaje, con lo que se analizó los resultados estadísticos.

Para las variables cuantitativas se utilizaron las medidas de tendencia central media mediana y moda, también se utilizaron las frecuencias y porcentajes.

4.5 Aspectos Éticos

Para el desarrollo de la presente investigación se aplicaron dos principios éticos:

Principio de autonomía:

A los participantes que están incluidos en este estudio fueron previamente informados sobre el estudio, y pudieron decidir de forma voluntaria a través de su consentimiento informado oral a participar en el estudio.

Principio de No Maleficencia:

Durante el proceso de la investigación se evitó producir algún tipo de daño sobre la información recolectada de los participantes, por ello se conservó la confidencialidad de toda la información obtenida, y para mayor seguridad y cumplimiento con este principio cada instrumento fue anónimo.

CAPITULO V

Resultados y Discusión

5.1 RESULTADOS

Tabla N° 1: Características sociodemográficas del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	Frecuencia	Porcentaje
EDAD		
< 20 años	26	8,8
20 a 24 años	90	30,6
25 a 29 años	64	21,8
30 a 34 años	48	16,3
35 a 39 años	26	8,8
40 a 44 años	13	4,4
45 a 49 años	15	5,1
50 a 54 años	7	2,4
> 54 años	5	1,7
RELIGION		
Católica	217	73,8
Evangélica	29	9,9
Cristiana	33	11,2
Otros	15	5,1
ESTADO CIVIL		
Soltero	84	28,6
Casado	38	12,9
Conviviente	165	56,1
Divorciado	7	2,4
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin estudios	1	,3
Primaria Incompleta	4	1,4
Primaria completa	10	3,4
Secundaria incompleta	44	15,0
Secundaria completa	90	30,6
Técnica incompleta	34	11,6
Técnica completa	41	13,9
Universitaria incompleta	39	13,3
Universitaria completa	31	10,5
OCUPACION		
Obrero	28	9,5
Independiente	55	18,7
Profesional	31	10,5
Técnico	41	13,9
Estudiante	69	23,5
Otro	28	9,5
Ninguna	42	14,3
Total	294	100,0

En la tabla N° 1 podemos visualizar que la edad que predomina en la población masculina se encuentra entre los 20 a 24 años con un 30.6%. La religión que predomina es la católica con un 73.8%. En relación al estado civil se obtuvo que los varones son convivientes en un 56.1%. Con respecto al grado de instrucción se observó que la mayor población masculina cuenta con secundaria completa con un 30.6%. Por último, se visualiza que la ocupación que mayor porcentaje obtuvo fue la de estudiantes con un 23.5%.

Tabla N° 2: Nivel de Conocimiento en anticoncepción de los varones del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	137	46,6
Regular	139	47,3
Malo	18	6,1
Total	294	100,0

En la tabla N° 2 se visualiza que el 47.3% de varones encuestados tienen un nivel de conocimiento fue regular, mientras que un 6.1% cuentan con un nivel de conocimiento malo.

Tabla N° 3: Grado de participación masculina en la elección de los métodos anticonceptivos del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Grado de participación masculina en la elección de un método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Completa	99	33,7
Parcial	191	65,0
Nula	4	1,4
Total	294	100,0

En la tabla N° 3 se visualiza que el 65,0% de varones encuestados tienen una participación parcial en la elección de métodos anticonceptivos, mientras que el 1.4% cuentan con una participación nula en la elección de métodos anticonceptivos.

Tabla N° 4: Nivel de conocimiento en anticoncepción y participación masculina en la elección de métodos anticonceptivos en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Nivel de Conocimiento	Participación Masculina					
	Nula y Parcial		Completa		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Malo	50	49.0	61	31.8	111	37.8
Regular	40	39.2	74	38.5	114	38.8
Bueno	12	11.8	57	29.7	69	23.5
Total	102	100.0	192	100.0	294	100.0

En la tabla N° 4 se visualiza que en el grupo de varones con nivel de conocimiento regular y bueno hubo una participación completa de 68.2% (38.5% y 29.7%) sin embargo en el grupo con nivel de conocimientos malo la frecuencia con participación completa fue marcadamente menor (31.8%). Mientras que, en el grupo con conocimientos malo, la participación nula o parcial es mayor (49.0%).

Tabla N° 5: Asociación entre nivel de conocimiento en anticoncepción y participación masculina en la elección de métodos anticonceptivos en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Nivel de Conocimiento	Nivel de Participación Masculina				p-valor
	Nula o Parcial		Completa		
	n	%	n	%	
Malo	50	17,0	61	20,7	0,001*
Regular	40	13,6	74	25,2	
Bueno	12	4,1	57	19,4	
Total	102	34,7	192	65,3	

(*) Se aplicó estadístico Ji-Cuadrado, IC=95%, $X^2 = 14,37$

En la tabla N° 5 se visualiza una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la participación masculina ($p=0.001$), en el grupo de varones con nivel de conocimiento regular hubo una participación completa de 25,2% sin embargo en el grupo con nivel de conocimientos malo la frecuencia con participación completa fue marcadamente menor con un 20,7%. Mientras que, en el grupo con conocimientos malo, la participación nula o parcial es de 17%.

5.2 DISCUSIÓN

La población de estudio de la presente investigación, estuvo conformada por varones que asistieron al Centro Materno Infantil Santa Anita, se obtuvo una muestra de 294, durante los meses de junio y julio del 2017. Se encontró que la edad de la mayoría de los varones oscila entre los 20 a 24 años con un total de 30.6 %.

En su estudio **Rojas**, Tuvo como objetivo determinar si los varones asisten o no a los consultorios de planificación familiar, y si lo hacen, quienes son los que asisten con más frecuencia. Se obtuvo que de los varones que no asistieron a las consultas de planificación familiar (83,7%) son aquellos varones que están en edad promedio de 38 años. Concordando con uno de nuestros resultados en el promedio de edad de varones que pasados los 25 años no acuden al servicio de planificación familiar llegando a la conclusión que los que tienen una mayor asistencia a los servicios de Planificación Familiar son aquellos varones en las que sus edades oscilan entre los 20 a 24 años.

Con un mayor porcentaje también se encontró que en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, predominaron el grado de instrucción secundaria completa con un 30,6% y el grado de instrucción superior o universitaria representado por un 23.8%. Estos resultados concuerdan con el estudio hallado por **Rodríguez**, donde presentan que los varones con grado de instrucción superior representado por un 84% y resultado obtenido por **Esteban** donde los factores culturales asociados a la aceptación de los varones para el uso de métodos anticonceptivos por sus parejas fueron el grado de instrucción superior y las creencias correctas sobre métodos anticonceptivos, obteniendo que los varones con nivel de instrucción superior y con creencias correctas tienen mayor probabilidad de aceptar el uso de métodos anticonceptivos. Expresando que a mayor es el nivel de grado instrucción, mayor es la aceptación del varón en la elección de un método anticonceptivo.

Respecto al nivel de conocimiento en anticoncepción se visualiza que el 47.3% de varones encuestados tienen un nivel de conocimiento regular, mientras que un 6.1% cuentan con un nivel de conocimiento malo. Estos resultados se asemejan

al estudio de **Aspilcueta**, en donde su grupo de varones respecto a nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos, el 98% conoce los métodos modernos y el 88% conocen los métodos tradicionales. Esto nos puede indicar que a medida que incrementa el grado de instrucción, tienen mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Concluyendo que el varón debería de recibir mayor información sobre los métodos anticonceptivos, su clasificación y beneficios que pueden traer en su salud sexual reproductiva; para poder incentivar de esta manera la participación en la elección de un método que pueda beneficiarle satisfactoriamente a él y su pareja.

Según **Esteban**, tuvo por objetivo determinar si la influencia de los factores socioculturales está asociada a la aceptación del uso de los métodos anticonceptivos, siendo el factor cultural asociado al nivel de conocimiento alto y medio. Asimismo, se observa que los varones con conocimiento bajo tienen mayor probabilidad de no aceptar el uso de métodos anticonceptivos por sus parejas, concluyendo que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos es uno de los factores que influyen en su uso. Concordando con nuestra investigación, en donde el grupo con nivel de conocimientos regular y bueno mostro una participación completa de 68.2% (38.5% y 29.7%), comparado con quienes tuvieron un nivel de conocimientos malo donde solo el 31.8% tuvo participación completa en la elección de métodos anticonceptivos, lo que favorece a una fuerte sospecha de que el nivel de conocimientos se asocia a la participación masculina, siendo este dato estadísticamente significativo. De manera porcentual podemos apreciar que mientras más eficiente sea el conocimiento de parte del varón sobre los métodos anticonceptivos se evidenciara una mayor participación de parte suya.

De acuerdo al grado de participación masculina en la elección de un método anticonceptivo se encontró que el (65.0%) de varones tienen una participación parcial en la elección de métodos anticonceptivos, solo el 1.4% cuentan con una participación nula. En estos resultados, **Rentería** menciona que el 50.7% de varones si participa junto a su pareja en la elección de algún método anticonceptivo, el 37% nunca o casi nunca han acudido al servicio de planificación familiar acompañando a su pareja. Coincidiendo con que la participación de la población masculina en el tema es "Regular" Por tanto deberíamos concientizar al

personal de salud a incluir al varón en programas de servicio de planificación familiar para orientarlos mejor en el uso de los métodos anticonceptivos y los beneficios que tienen para su relación en pareja.

CAPITULO VI

Conclusiones y Recomendaciones

6.1 CONCLUSIONES

- En relación al nivel de conocimientos por parte del varón hacia los métodos anticonceptivos encontramos que poseen un nivel de conocimiento regular.
- La frecuencia de participación masculina completa, es notoriamente mayor en el grupo de varones que mostraron un nivel de conocimientos entre regular a bueno comparado con aquellos que mostraron un nivel de conocimientos malo observándose que esta asociación es estadísticamente significativa.
- Acerca de los factores sociodemográficos observamos que, los que tienen más asistencia son aquellos varones en las que su edad oscila entre los 20 – 24 años, pertenecen a la religión católica, en su mayoría son convivientes, solo cuentan con secundaria completa, y en cuanto a su ocupación son estudiantes.
- Por último, se encontró que el método anticonceptivo que predomina en la población masculina del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita fue el condón.

6.2 RECOMENDACIONES

- Valorar el nivel de conocimiento en los individuos, promoviendo en los varones la educación del mejor nivel posible porque ello permitirá una participación activa en los procesos de salud como en la elección métodos anticonceptivos.
- Que los gestores en los establecimientos de salud consideren adecuar los espacios respecto a la infraestructura de los consultorios de planificación familiar en la cual pueda entrar la pareja y no solo la mujer para de esta manera promover la participación activa de los varones durante la consulta.
- Sensibilizar a la población masculina adulta mayor de 30 años sobre el uso de métodos anticonceptivos, la sensibilización puede ser realizada en un ambiente adecuado y cómodo donde no se atente contra el pudor del varón, inculcando los riesgos y beneficios con la finalidad de que las ideas cerradas cambien a favor de la anticoncepción.
- Promover la educación sexual en los establecimientos de salud y centros de estudios para que, de esta manera, los varones obtengan una información completa y veraz sobre la clasificación, uso y eficacia de los métodos anticonceptivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prendes M, Aparicio Z, Guibert W. Participación de los hombres en planificación familiar. Rev. Cubana Med. Gen. Integ. 2001; 17(3):216-21.
2. Lundgren R, Gribble J, Greene M, Emrick G, Monroy M. Cultivando el interés de los hombres por la planificación familiar en las zonas rurales de El Salvador. 2005; 36(3):176-180.
3. De la Cruz D, Langer A, Hernández B. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú. 2003; 45(6):461.
4. Rojas E, Sánchez A, Olalde L. Participación Masculina en Planificación Familiar. Medicentro 2011; 15(2).
5. Aspilcueta-Gho D. Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2013; 30(3):480-6.
6. Estrada F, Hernández-Girón C, Walker D, Campero L, Hernández-Prado B, Maternowska C. Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. Salud Pública Mex. 2008; 50:472-481.
7. Organización mundial de la salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Suiza. 2013. NML: WA 900.1.
8. Pinilla G., Forero B., Valdivieso C. Servicios de salud sexual y reproductiva según los adolescentes varones. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2009, vol. 27 (2), pp. 164-168.
9. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Estadísticas de población y vivienda. Perú. 2017. [En línea] 2017 Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/> [Visto el: 30 enero 2018].
10. Rodríguez, V. y col. Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar. Rev. Cubana de Salud Pública. 2016; 42(1): pp.101-114.
11. Sanabria, G. Investigaciones en salud sexual y reproductiva en la maestría en promoción y educación para la salud. Rev. Cubana. Salud pública vol.39 suppl.1 La Habana 2013; 39(5):903-914.

12. Rentería E, Determinar la participación de la población masculina en la Planificación Familiar en el Hospital San Juan de Lurigancho. Tesis de bachiller. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. 5-7 pp.
13. Esteban, Y. Influencia de los factores socioculturales del varón para la aceptación del uso de métodos anticonceptivos en la pareja púerpera. Instituto Nacional Materno Perinatal. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016. 1-2 pp.
14. Rosental, M, Ludin, P. (1973). Diccionario Filosófico. Editora Política. [La Habana.1973].
15. Díaz, Jr. (2004). Modelo de gestión del conocimiento (GC) aplicado a la universidad pública en el Perú. Monografía. [En línea] 2004 Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/monografias/Principal.asp>. [Visto el 25 noviembre 2017].
16. Ministerio de salud. Norma Técnica De Salud De Planificación Familiar. [En línea]. Disponible en: https://www.saludarequipa.gob.pe/redislay/descargas/NT_PLANIF_FAM2016.pdf. [Visto el 25 de septiembre del 2017].
17. Núñez, I. (2004). La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva socio-psicológica. [En línea]Acimed2004;12(3).Disponibleen:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es. [Visto el 25 de noviembre 2017].
18. Pereira, Lucy (2012). El conocimiento y sus niveles. [En línea] 2012. Disponible en: <https://es.slideshare.net/Lucypereira/el-conocimiento-y-sus-niveles>. [Visto el 25 de noviembre del 2017].
19. Definición de participación. [En línea] 2015. Disponible en: <http://conceptodefinicion.de/participacion>. [Visto el 02 de diciembre 2017].
20. Dueñas, L. y García, E. El estudio de la cultura de participación, aproximación a la demarcación del concepto. [En Línea] 2012. Disponible en: http://www.razonypalabra.org.mx/N/N80/M80/07_DuenasGarcia_M80.pdf. [Visto el 02 de diciembre del 2017].

21. Hidalgo, H. (2016). Participación social política y ciudadana (tipos, características, modalidades y formas de participación). [En línea] 2016. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos107/participacion-social-politica-y-ciudadana-tipos/participacion-social-politica-y-ciudadana-tipos.shtml#ixzz506UsBBMU>. [Visto el 01 de diciembre del 2017].
22. Soriano H, Rodenas L y Moreno D. Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones. Rev Clín Med Fam 2010; 3 (3): 206-216.
23. Ministerio de salud. Planifica tu futuro. [En línea]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2014/planfam/index.html> [visto el 08 de febrero del 2018].
24. Hernández, M. (2016). Efectos Terapéuticos y Adversos Producidos de los Anticonceptivos [En Línea]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/307355492/PREVIO-FARMA> [visto el 08 de febrero del 2018].
25. Escorcía, L. La edad biológica vs la edad cronológica: reflexiones para la antropología física. tesis de bachiller. D.F, México. Universidad Nacional Autónoma De México. 2015. 309:15-20pp.

ANEXOS

ANEXO I: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

“ NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ANTICONCEPCION ASOCIADOS A LA PARTICIPACION MASCULINA EN LA ELECCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL SANTA ANITA, 2017”

Problema general	Objetivo General	Hipótesis de la investigación	Variables	Metodología	Población y muestra	Técnicas e instrumento
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre anticoncepción asociado a la participación masculina en la elección de métodos anticonceptivos en el Centro Materno Infantil Santa Anita, 2017?	Determinar el nivel de conocimiento en anticoncepción asociados a la elección de métodos anticonceptivos en el Centro de salud Materno Infantil Santa Anita, 2017.	H1: El nivel de conocimiento en anticoncepción está asociado a la participación masculina en la elección de los métodos anticonceptivos.	Variable Independiente: - Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos: Bueno Regular Malo	1. Tipo de estudio: Analítico Prospectivo Corte trasversal	Población La población está conformada por pacientes de 19 a 59 años, de sexo masculino, atendidos en el CSMI Santa Anita entre los meses de Junio a Julio, siendo una población total de 294 varones.	Técnicas: La técnica empleada fue una entrevista anónima, la cual conto con el consentimiento verbal de los participantes.

	Objetivos Específicos		Variable Dependiente: - Participación masculina en la Elección de métodos anticonceptivos: Total Parcial Nula Variable Factores sociodemográficos: Edad Religión Estado civil Grado de Instrucción Ocupación			Instrumento: Se utilizó un cuestionario que consta de tres partes: Primera parte: Factores Sociodemográficos Segunda parte: Conocimiento y uso de algún método anticonceptivo Tercera parte: Participación masculina en la elección de métodos anticonceptivos
--	------------------------------	--	--	--	--	--

ANEXO II: INSTRUMENTO

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ANTICONCEPCION ASOCIADOS A LA PARTICIPACION MASCULINA EN LA ELECCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SANTA ANITA, 2017

CUESTIONARIO

Estimado Caballero: La presente encuesta tiene como finalidad recabar información sobre conocimiento y participación masculina en la elección de algún método anticonceptivo. Por ello, pedimos su colaboración respondiendo con toda sinceridad las preguntas. Si alguna pregunta no fuera clara, con mucho gusto responderé a sus inquietudes:

Parte I: Datos Sociodemográficos

1. **Edad:** _____ años

2. **Religión:**

1. Católica
2. Evangélica
3. Cristiana
4. Ninguna
5. Otra.....

3. **Estado Civil:**

1. Soltero
2. Casado
3. Conviviente
4. Divorciado

4. **Grado de Instrucción:**

1. Sin estudios
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Técnico incompleto
7. Técnico completo
8. Universitario incompleto
9. Universitario completo

5. Ocupación:

- 1. Obrero
- 2. Independiente
- 3. Profesional
- 4. Técnico
- 5. Estudiante
- 6. Otro
- 7. Ninguna

Parte II: Marque la respuesta que considere correcta sobre el conocimiento y uso de algún Método Anticonceptivo.

1. ¿Para qué sirven los métodos anticonceptivos?

- a. Para que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tendrán
- b. Para evitar los embarazos no deseados
- c. Para tener los hijos en el momento más adecuado
- d. Todas son correctas

2. ¿Usted y su pareja alguna vez han usado un método anticonceptivo?

- a. Si
- b. No

***Si la respuesta es "SI", mencione que método anticonceptivo han usado.**

.....
.....

3. Marque usted cuales son los métodos anticonceptivos naturales:

- a. Método del ritmo o regla, moco cervical, método de la lactancia, coito interrumpido.
- b. Condón masculino, espermicida, cremas vaginales y óvulos vaginales.
- c. Píldora, inyectable, implante, parche hormonal y anillo vaginal.
- d. Vasectomía y ligadura de trompa.
- e. T cobre.

4. Marque usted cuales son los métodos anticonceptivos hormonales:

- a. Método del ritmo o regla, moco cervical, método de la lactancia, coito interrumpido.
- b. Condón masculino, espermicida, cremas vaginales y óvulos vaginales.
- c. Píldora, inyectable, implante, parche hormonal y anillo vaginal.
- d. Vasectomía y ligadura de trompa.
- e. T cobre.

5. Marque usted cuales son los métodos anticonceptivos definitivos:

- a. Método del ritmo o regla, moco cervical, método de la lactancia, coito interrumpido.
- b. Condón masculino, espermicida, cremas vaginales y óvulos vaginales.
- c. Píldora, inyectable, implante, parche hormonal y anillo vaginal.
- d. Vasectomía y ligadura de trompa.
- e. T cobre.

6. Marque usted cuales son los dispositivos intrauterinos (DIU):

- a. Método del ritmo o regla, moco cervical, método de la lactancia, coito interrumpido.
- b. Condón masculino, espermicida, cremas vaginales y óvulos vaginales.
- c. Píldoras, inyectables, implante, parche hormonal y anillo vaginal.
- d. Vasectomía y ligadura de trompa.
- e. T cobre.

7. Marque usted cuales son los métodos anticonceptivos de barrera:

- a. Método del ritmo o regla, moco cervical, método de la lactancia, coito interrumpido.
- b. Condón masculino, espermicida, cremas vaginales y óvulos vaginales.
- c. Píldoras, inyectables, implante, parche hormonal y anillo vaginal.
- d. Vasectomía y ligadura de trompa.
- e. T cobre.

8. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos es para varones?

- a. Coito interrumpido.
- b. Preservativo
- c. Vasectomía
- d. Todas las anteriores

9. Respecto al uso del condón masculino marque lo correcto:

- a. La colocación es con el pene erecto
- b. Se coloca antes de iniciar la relación sexual
- c. Protege contra ITS, VIH y embarazo no deseado
- d. Todas son correctas

10. Marque lo correcto sobre el inicio y uso de los métodos anticonceptivos (MAC):

- a. El inicio de un método anticonceptivo debe de ser con regla.
- b. Ninguno es seguro al 100%.
- c. La Ligadura de Trompas debe ser autorizada por la mujer y su pareja.
- d. Todas son correctas.

11. Acerca del coito interrumpido (retirar el pene antes de que el varón eyacule) Marque lo correcto:

- a. Es el mejor método porque es natural.
- b. Nunca falla.
- c. No importa si eyaculó un poco dentro, lo importante es que no sea todo.
- d. Aún si eyacula un poco alrededor de la vagina puede embarazar a la pareja.

12. ¿Cuáles son los efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales? (píldoras, inyectables e implantes).

- a. Evita la ovulación o días de peligro en la mujer.
- b. Ausencia o irregularidades en su regla.
- c. Dolor de cabeza, cambios en el carácter y aumento de peso.
- d. Todas son correctas.

13. ¿Dónde puede conseguir un método anticonceptivo?

- a. Hospital o Centro de Salud
- b. Clínica particular
- c. Farmacias
- d. Todas

14. ¿Sabía usted que los Métodos Anticonceptivos y la atención por Planificación Familiar en los Hospitales o Centros de Salud del Estado son gratuitos?

- a. Si
- b. No

Parte III: Participación masculina en la elección de métodos anticonceptivos:

1. Aceptaría que su pareja utilice algún método anticonceptivo.

- a. Si
- b. No

2. Si su pareja utiliza algún método anticonceptivo, usted está pendiente de los efectos secundarios y/o molestias que pueda presentar su pareja.

- a. Si
- b. No

3. Le gustaría asistir y participar con su pareja para elegir un Método Anticonceptivo.

- a. Si
- b. No

4. Si la respuesta a la pregunta anterior fue "NO" ¿Cuáles serían los posibles motivos por el cual no asiste o asistiría a la consulta de Planificación Familiar?

- a. Falta de tiempo por trabajo.
- b. No me interesa, es cuestión de mujeres.
- c. Falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos.
- d. Falta de comunicación con la pareja.
- e. Desconfianza en el personal de salud femenino.

ANEXO III: Permisos

Solicitar: Autorización para realizar investigación científica en el Centro Materno Infantil Santa Anita.



Universidad
WIENER



Lima, 19 de Abril del 2017

CARTA N° 13-04-199-2017DFCS/UPNW

*Dra. Marina Pro Herrera
Director del Centro Materno Infantil Santa Anita*

Presente.

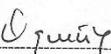
De mi mayor consideración,

Mediante el presente expreso a Ud. el saludo institucional y el mío propio.

Asimismo, me permito solicitarle vuestra autorización para que las Bachilleres Priscilla Dávila Dávila y Joselyn Rojas Jauregui, de la carrera profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, puedan realizar sus encuestas y así poder ejecutar su proyecto de tesis "Nivel de conocimiento asociado a la participación masculina en la elección de métodos anticonceptivos en el C.M.I Santa Anita 2017".

Agradezco la atención al presente y hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi distinguida consideración y estima personal.

Atentamente,



*Dr. Agustín Ramón Iza Stoll
Decano (e)
Facultad de Ciencias de la Salud*

ANEXO IV: Juicio de expertos

1. Mg. Gloria Marín Guevara.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....


FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

Lic. Leticia Gloria Marín Guevara
Obstetriz
C.O.P. N° 3699
Hospital Nacional "Hipólito Urdanue"

2. Dra. Claudia Arispe Alburqueque.

ANEXO 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.		X	Falta respuesta al último ítem
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.		X	El nivel de conocimiento disminuye le preguntas.

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

3. Lic. Mercedes López Romero.

ANEXO 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			El Instrumento recoge información, pero algunos NO
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.		X	Solo se debe tener en cuenta solo 4 ítems

SUGERENCIAS:

Disminuir las preguntas de cada ítem para que pueda entender mejor el cuestionario.

MINISTERIO DE SALUD
DISA IV LIMA ESTE
C.S. NOCIETO
Mercedes López Romero

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

4. Lic. Blanca Ipanaqué Gálvez

ANEXO 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

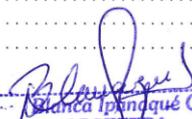
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....

 Blanca Ipanaqué Gálvez
 OBSTETRA
 COP 21412
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ANEXO V: VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS

Datos de calificación:

1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3. La estructura del instrumento es adecuada.
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6. Los ítems son claros y entendibles.
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.

CRITERIOS	JUECES					SUMA
	J1	J2	J3	J4	J5	
1	1	1	0	1	1	4
2	1	0	1	1	1	4
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	1	1	1	1	5
7	1	0	0	1	1	3
TOTAL	7	5	5	7	7	31

1: de acuerdo 0: desacuerdo

PROCESAMIENTO:

Ta: N° TOTAL DE ACUERDO DE JUECES

Td: N° TOTAL DE DESACUERDO DE JUECES

Prueba de Concordancia entre los Jueces:

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \cdot 100$$

b: grado de concordancia significativa

$$b: \frac{31}{31 + 4} \times 100 = 0.8857$$

$$31 + 4$$

Según Herrera

Concordancia entre los Jueces:

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta



Excelente validez

Evaluación de Conocimiento

Se aplicó la prueba de confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente Kuder Richardson, en Microsoft Excel 2013, luego de aplicar una prueba piloto a 59 encuestados.

Se obtuvo un KR20 de 0,75 considerando que el instrumento es confiable (>0,70)

Formula:

$$K_{r20} = \frac{n}{n - 1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

Dónde:

n = Total de Ítems

V_t= Varianza total

p = Porcentaje de personas que responden correctamente cada Ítem

q = Porcentaje de personas que responden incorrectamente cada Ítem

$$K_{r20} = \frac{14}{14 - 1} * \frac{9.33664524 - 2.8313703}{9.33664524} = 0.75034239$$

Estadísticas de confiabilidad

Kuder Richardson	N de elementos
0,75	14

Tiene alta confiabilidad

Cuadro 4: Interpretación del Coeficiente de Confiabilidad	
Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

Fuente: Ruiz 2000, p. 70

ITEMS																
N°	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10	ITEM11	ITEM12	ITEM13	ITEM14		
1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	9	
2	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	7	
3	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11	
4	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	12	
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	13	
6	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	
7	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	
8	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	
9	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	6	
10	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	6	
11	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	11	
12	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	10	
13	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	10	
14	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	10	
15	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	6	
16	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	11	
17	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	11	
18	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	
19	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	10	
20	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	9	
21	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	13	
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
23	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	12	
25	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	9	
26	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	10	
27	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	
28	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	9	
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	12	
31	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	6	
32	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	8	
33	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	6	
34	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
35	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	9	
36	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	9	
37	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4	
38	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	9	
39	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	7	
40	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	
41	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	
42	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	
43	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	
45	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	9	
46	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	6	
47	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	11	
48	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	
49	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	12	
50	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	9	
51	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	9	
52	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	11	
53	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	12	
54	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	8	
55	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	9	
56	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11	
57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
58	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	7	
59	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	10	
p	0.694915254	0.813559322	0.711864407	0.711864407	0.762711864	0.66101695	0.6440678	0.38983051	0.59322034	0.42372881	0.6779661	0.55932203	0.77966102	0.93220339	Vt	9.33664524
q=(1-p)	0.305084746	0.186440678	0.288135593	0.288135593	0.237288136	0.33898305	0.3559322	0.61016949	0.40677966	0.57627119	0.3220339	0.44067797	0.22033898	0.06779661		
p.q	0.212008044	0.151680552	0.205113473	0.205113473	0.180982476	0.22407354	0.22924447	0.23786268	0.24130997	0.24418271	0.21832807	0.2464809	0.17178972	0.06320023	2.8313703	

RESULTADOS

Tabla N° 6: Uso del Método Anticonceptivo del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Uso del Método Anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
No	51	17,4
Si	243	82,7
Total	294	100,0

En la tabla N°6 podemos visualizar que el 82,7% de varones usa algún método anticonceptivo y el otro 17,4% no utiliza ninguno.

Tabla N° 7: Método Anticonceptivo de mayor uso en las parejas del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Método Anticonceptivo de mayor uso en las parejas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	51	17,4
Condón	168	57,1
Inyectables	26	8,8
Inyectable de 3 Meses	20	6,8
Píldoras	29	9,9
Total	294	100,0

En la tabla N°7 se visualiza que el 57,1% de varones encuestados usan como método anticonceptivo el condón y solo el 6,8% sus parejas usan como método anticonceptivo el inyectable trimestral.

Tabla N° 8: Uso correcto del condón masculino en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Uso correcto del condón masculino	Frecuencia	Porcentaje
La colocación es con el pene erecto	49	16,7
Se coloca antes de iniciar la relación sexual	42	14,3
Protege contra ITS, VIH y embarazo no deseado	35	11,9
Todas son correctas	168	57,1
Total	294	100,0

En la tabla N°8 se visualiza que el 57,1% de los varones encuestados marcaron que todas las alternativas son correctas con el respecto al uso del condón masculino, mientras que el 11,9% marcaron que el condón solo se usa para protegerse contra ITS, VIH y un embarazo no deseado.

Tabla N° 9: Inicio y uso correcto de los Métodos Anticonceptivos en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Inicio y uso correcto de los Métodos Anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
El inicio de un método anticonceptivo debe de ser con regla.	56	19,0
Ninguno es seguro al 100%.	92	31,2
La Ligadura de Trompas debe ser autorizada por la mujer y su pareja.	39	13,3
Todas son correctas.	107	36,4
Total	294	100,0

En la tabla N° 9 se visualiza que el 36,4% de los varones encuestados marcaron que todas las alternativas son correctas con respecto al inicio y uso de métodos anticonceptivos, mientras que el 13,3% marcaron que solo es correcta la alternativa que menciona que la ligadura de trompas debe ser autorizada por la mujer y su pareja.

Tabla N° 10: Lugares donde obtener un Método Anticonceptivo del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Lugares donde obtener un método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Hospital o Centro de Salud	42	14,3
Clínica particular	27	9,2
Farmacias	18	6,1
Todas son correctas	207	70,4
Total	294	100,0

En la tabla N°10 se visualiza que el 70,4% de los varones encuestados marcaron que todas las alternativas son correctas con respecto al establecimiento en donde se puede adquirir un método anticonceptivo, mientras que el 6,1% marcó que solo pueden adquirir un método anticonceptivo en las farmacias.

Tabla N° 11: La atención del servicio de Planificación Familiar es gratuito en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Atención del servicio de planificación familiar es gratuita	Frecuencia	Porcentaje
No	23	7,8
Si	271	92,2
Total	294	100,0

En la tabla N°11 se visualiza que el 92,2% de los varones encuestados saben que la atención por planificación familiar y la entrega de métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud del Estado son totalmente gratuitos, sin embargo, el 7,8% no cuentan con esa información.

Tabla N° 12: Aceptación de la pareja con respecto al uso del Método Anticonceptivo del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Aceptación de la pareja	Frecuencia	Porcentaje
No	35	11,9
Si	259	88,1
Total	294	100,0

En la tabla N°12 se visualiza que el 88,1% de varones encuestados manifiestan que, si aceptarían que su pareja utilice algún método anticonceptivo, sin embargo, el 11,9% manifiestan que no aceptarían que su pareja utilice algún método anticonceptivo

Tabla N° 13: Presta atención de los efectos secundarios en su pareja del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Presta atención de los efectos secundarios en su pareja	Frecuencia	Porcentaje
No	69	23,5
Si	225	76,5
Total	294	100,0

En la tabla N°13 se visualiza que el 76,5% de varones encuestados manifiestan que si está pendiente de los efectos secundarios y/o molestias que pueda presentar su pareja ante el uso de algún método anticonceptivo, mientras que el 23,5% no está pendiente de los posibles efectos secundarios que pueda presentar su pareja ante el uso de métodos anticonceptivos.

Tabla N° 14: Asistencia y participación en la elección de un Método Anticonceptivo del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Asistencia y participación	Frecuencia	Porcentaje
No	30	10,2
Si	264	89,8
Total	294	100,0

En la tabla N°14 se visualiza que el 89,8% de los varones encuestados manifiestan que, si les gustaría asistir y participar junto con su pareja en la elección de un método anticonceptivo, mientras que el 10,2% manifiesta que no asistiría ni participaría en la elección de algún método anticonceptivo.

Tabla N° 15 Causas de no participación en la elección de un método anticonceptivo en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2017

Causas de no participación	Frecuencia	Porcentaje
Si participa	264	90,0
No, por Falta de tiempo	16	5,4
No, porque no me interesa	6	2,0
No, por falta de conocimiento	3	1,0
No, por falta de comunicación	1	,3
No, por desconfianza en el personal	4	1,4
Total	294	100,0

En la tabla N°15 se visualiza que el 90,0% de los varones encuestados si participan en la elección de algún método anticonceptivo, mientras que el 5,4% manifiesta que la principal razón por la que no participan en la elección de un método anticonceptivo es por la falta de tiempo. Por otro lado, solo el 0,3% de varones no participa en la elección de un método anticonceptivo debido a la falta de comunicación que existe entre la pareja.