



11226  
71  
29.  
  
**ISSSTE**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA:  
CLÍNICA MEDICINA FAMILIAR ISSSTE  
CULIACÁN, SINALOA.**

**I. S. S. S. T. E.  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
  
DIRECCION  
CULIACAN, SINALOA. 2502140109**

**CONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA  
POBLACIÓN MASCULINA DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE. EN LA U.M.F.  
MOCORITO, SINALOA., MÉXICO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR, PRESENTA:**

**DR. ARMANDO DANIEL GUADARRAMA GARCÍA.**

280955

**CULIACÁN, SINALOA.**

**OCTUBRE 1998**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
EN ECONOMÍA Y ESTADÍSTICA  
MEXICO

CONSEJO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
Y TECNOLÓGICAS

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

COMISIÓN NACIONAL DE VALORES  
EXTERNA

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN ECONOMÍA Y ESTADÍSTICA  
MEXICO

SECRETARÍA DE ECONOMÍA  
MEXICO

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

P.

/D.

**CONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA  
POBLACIÓN MASCULINA DERECHOBARRIENTE DEL ISSSTE, EN LA U.M.F.  
MUCUITO, BINALUA., MÉXICO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR, PRESENTA:**

**DR. ARMANDO DANIEL GUADARRAMA GARCÍA.**

**AUTORIZACIONES**

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA,  
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.**

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA,  
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.**

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES,  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.**

**CULIACÁN, SINALOA.**

**OCTUBRE 1995.**

**CONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN MASCULINA DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE, EN LA U.M.F. MOCORITO, SINALOA., MÉXICO.**

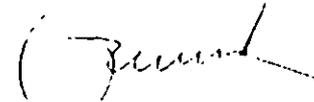
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:**

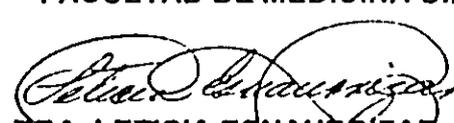
**DR. ARMANDO DANIEL GUADARRAMA GARCÍA.**

**AUTORIZACIONES**

  
**DRA. MA. DE LOS ÁNGELES ALVAREZ LÓPEZ.**  
**ASESOR DE TESIS ISSSTE**  
**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR,**  
**C.M.F. ISSSTE. CULIACÁN, SINALOA.**

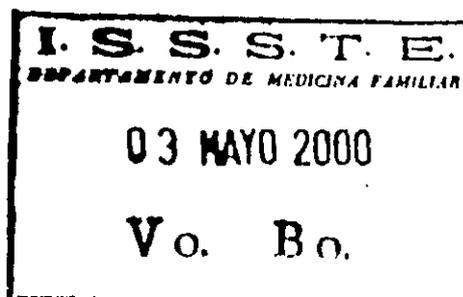
  
**DRA. AUREA MARIA CRESCO HERNÁNDEZ.**  
**ASESOR DE TESIS ISSSTE**  
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD PUBLICA.**  
**PROFESOR DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL CURSO DE**  
**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR, CULIACÁN**

  
**DR. LUIS CARLOS TORRES CONTRERAS.**  
**ASESOR TESIS U.N.A.M.**  
**PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

  
**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA Y MEDICINA**  
**FAMILIAR ISSSTE.**

CULIACÁN, SINALOA.

OCTUBRE 1995.



"Aquel que tiene vida sexual activa le incumbe  
la responsabilidad de la Planificación Familiar,  
para regular su fertilidad".

IMSS (1982). Boletín de Planificación  
Familiar, México, D.F. Año IV; No. 1.

A. Nita: con todo mi cariño, amor y respeto.

Por su comprensión y apoyo.... gracias.

A mis hijos Ana Libia y Mario Alejandro.

Los dos grandes motivos.

## ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	1
Antecedentes.....	5
Planteamiento del problema.....	11
Justificaciones.....	12
Objetivos.....	13
Metodología.....	14
Resultados.....	17
Discusión y conclusiones.....	21
Bibliografía.....	24
Anexos.....	29

## Introducción.

La población del mundo sobrepasa actualmente los cinco millones de habitantes. Se necesitaron cuatro millones de años para llegar al primer millar de millón hacia el año 1800. Cada año se agregaron al mundo 83 millones de seres humanos. Esta era la población que tenía México en 1988, de 1940 a 1970, pasó de una sociedad mayoritariamente agraria a una urbana. La mortalidad y morbilidad decrecieron mientras que la esperanza de vida se incrementó, esto aunado a los altos niveles de fecundidad dieron lugar al crecimiento acelerado y rejuvenecimiento poblacional. De tal forma que la tasa anual llegó al 3.5%, siendo una de las mas altas del mundo. En 1940 de 19.6 millones pasó a 69.7 en 1980. Al iniciar los setentas se presentó un descenso en la fecundidad, del 6.3 en 1970 a 3.8 en 1986, lo que significa una reducción de casi 40% en nuestro país. La variable mas importante para el descenso de la fecundidad ha sido el uso de los anticonceptivos a través del incremento de cobertura. Este fenómeno fue producto del comportamiento reproductivo de las parejas en el D.F., y siete entidades federativas ( Baja California, Chihuahua, Coahuila, México, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas) donde vive el 40.8% de los habitantes y que presentan los niveles de fecundidad mas bajos. Los restantes estados de la República Mexicana se consideran de *alta fecundidad*; con un promedio de hijos de más de cuatro y su número se duplica cada 20 año {28} .

Es importante mencionar que la explosión demográfica tienen repercusiones económicas, políticas, filosóficas, sociales y psicológicas y toma importancia radical en la actualidad considerando que nuestro mundo cuenta con recursos naturales limitados por lo tanto los problemas de conservación ambiental se tornan prioritarios así como también la limitación de nacimientos.

Las razones por las que una pareja decide el uso de anticonceptivos son: evitar los embarazos no deseados, deseo de espaciar los embarazos, limitar el núcleo de la familia, evitar posibles anomalías o malformaciones congénitas, proteger la salud

de la madre, dejar que la mujer sea mas dueña de planificar su vida y además de facilitar el mantener una relación sexual no supeditada al compromiso de casarse o a la eventualidad de ser padres. {13}

La decisión de utilizar anticonceptivos y la elección del método dependen fundamentalmente de dos condicionamientos prácticos: *eficacia* (operatividad) y *seguridad* (que entrañan para la salud). No es tarea fácil, ya que, no hay método anticonceptivo que sea en todo momento el mejor y el más seguro. Es conveniente comprender ciertos matices relativos a la evaluación de la eficacia de un anticonceptivo. En primer lugar, distinguir entre dos factores; efectividad teórica (como debería funcionar un método si se utiliza correcta y regularmente , sin negligencia ni errores humanos) y la efectividad práctica ( lo que sucede en la vida cotidiana, "hechos imputables al usuario" que se conjugan con los fallos del método). En segundo lugar, casi todos los anticonceptivos adquieren más eficacia si la persona los utiliza regularmente, y por largo tiempo. La gente mejora su técnica y se va acostumbrando paulatinamente al empleo periódico del método que se trate. Y por último, el porcentaje de eficacia de casi todos los métodos de control varía según la pareja que los utilice, ya sea para impedir o espaciar un embarazo. Los fallos en general son del 50% más elevado en los casos de demora en comparación con los de prevención del embarazo {13} .

Para el logro de metas nacionales de Planificación Familiar, se convierte en condición necesaria la cobertura a las 13,300 comunidades rurales; estas comprenden poblaciones entre 500 y 2,500 habitantes y otro grupo que es de localidades menores de 500 habitantes. {28} .

Mocorito es una ciudad, asentada en el municipio del mismo nombre, localizada al noroeste de Culiacán, capital del Estado de Sinaloa (a una distancia aproximada de 119 km. ). Tiene una extensión territorial de 2405.49 km<sup>2</sup>, una altura al nivel del mar de 83m {8}, tiene el 2.3% de la población total del Estado, y cuenta con 196 localidades que lo constituyen {9} , el municipio tiene una

población total de 51,674 habitantes, de éstos 26,437 son hombres y 25,327 son mujeres. La ciudad de Mocorito tienen una población total de 6,458 habitantes. De estos, 3,153 son hombres y 3,305 mujeres {7,8} .

La población derechohabiente hasta 31 de Diciembre de 1994 de la ciudad de Mocorito fue de 6,494, siendo 3,066 para el IMSS y 3428 para el ISSSTE {9} , incluyendo áreas de afluencia.

En un boletín del IMSS en 1982 {6} mencionan:

A).- Los factores que determinan la actitud favorable hacia la Planificación Familiar son:

- \* Convicción de la importancia de la Planificación familiar (factor de promoción de salud individual, familiar y social).
- \* Grado de ajuste de la pareja.
- \* Nivel económico del individuo y la pareja.
- \* Temores, prejuicios y ansiedad producidos por información inadecuada (mitos, creencias, prejuicios).
- \* Experiencias previas personales o ajenas (determinante en la toma de decisiones).
- \* Valores religiosos o morales marcadamente rígidos.
- \* Expectativas estereotipadas en relación a la fecundidad. Contemplándose como ejemplos: única forma de realización de la propia masculinidad o femineidad.

B).- Y los obstáculos que impiden el desarrollo del programa son:

- \* Tabúes y mitos sexuales.
- \* Machismo.
- \* Falta de recursos económicos.
- \* Falta de apoyo oficial.
- \* Influencias extranjeras.

- \* Intereses económicos y políticos.
- \* Intereses y creencias religiosas.
- \* Falta de especialistas autorizados.
- \* Comercialización del sexo.
- \* Rivalidades personales e institucionales.

Y por último, no hay que olvidar que el Médico puede aconsejar uno u otro método anticonceptivo pero la pareja será finalmente quien decida cuál es el que más conviene a sus intereses {29} .

## ANTECEDENTES

Globalmente, el hombre no participa de la misma manera con la mujer en la responsabilidad para la regulación de la fertilidad. Los esfuerzos de la planificación familiar se han dirigido siempre y exclusivamente hacia la mujer; la falta de involucración del hombre es posible que refleje también las limitadas opciones para él. Los métodos comunes para el hombre son dependientes del coito tales como el condón y el coito interrumpido, y de forma permanente como la vasectomía. {22}

En 1993, se realizó un estudio a 375 Ginecólogos rusos, la muestra constó de especialistas departamentales, jefes de departamento clínico y ginecólogos de clínicas de salud. Aplicándoles un cuestionario sobre planificación familiar y contraceptivos. El promedio de edad fue de 37 años; 83% eran mujeres, de estas viviendo en ciudades medianas y grandes un 80%. Solamente el 55% había recibido adiestramiento en planificación familiar. La principal razón mencionada por el alto índice de aborto fue la deficiente educación, la *no involucración* de la pareja masculina, y la falta de contraceptivos modernos. Los médicos más experimentados con adiestramiento en planificación familiar estaban mejor informados sobre contracepción y demostraron una mejor actitud de interés hacia el paciente. {30}

**Mbizvo (1992)**, refiere que la contracepción, sea para espaciar, evitar el embarazo no deseado o limitar el tamaño de la familia, es casi siempre una prerrogativa femenina. De 711 hombres de Zimbabwe, 14% consideró la vasectomía como un método aceptable y ninguno era usuario de este método. El 15% tenía conocimiento previo de éste método, comparado con el 53% con conocimiento previo de la salpingoclasia. Solo el 6% reportó el uso común del condón, y entre los no usuarios del condón, el 58.9% podrían no usar el método si su esposa o pareja se lo solicitara. De los esposos que no querían mas hijos, el 41% dijeron que podrían consentir la esterilización de su esposa y el 19.5% considerarían la

vasectomía. Se reportó el 33.8% de los hombres con uso previo de condón. El 88% tenían una educación formal, aunque los rangos de aceptación decrecieron a menor educación y mayor edad. {14}

**Fakeye 1989. {4}** . En un estudio aplicado a 646 mujeres de Nigeria, reporta que las principales razones para no usar anticonceptivos por mujeres no embarazadas de 19 a 44 años son: oposición del hombre (31.4%), miedo al método (13.3%), no sabían de métodos anticonceptivos hasta el nacimiento del primer hijo (6.3%) y hasta que tenían el número deseado de hijos (13.6%). Otro hallazgo importante menciona la alta conciencia de un bajo aprovechamiento o pobre accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

**Chipfakacha (1993). {3}** menciona que, la creencia de que el hombre africano, debido a su *conservadurismo* fue un obstáculo para la aceptación de la contracepción por la mujer africana {3} . Demostró que el hombre africano ha cambiado su actitud desde el ultra-conservasionismo hasta el liberalismo de los 80 y 90, está bien informado y tiene el mismo grado de conocimiento en planificación familiar, espaciamiento y número de hijos, que su contraparte en el mundo desarrollado. Sin embargo, el hombre africano no acompaña a su pareja a los consejos de planificación familiar. Y asocia a ésta con el uso del condón y no con otros métodos tales como la píldora o el D.I.U.

En 1989, Posner {21} , demostró que contrariamente a la creencia popular, la aceptación de la contracepción con el propósito de espaciar los nacimientos es substancial aún en los hombres de educación más conservadora. El uso de anticonceptivos varió considerablemente entre ocupación-puesto laboral y estudiantes, en rangos entre 23 y 49%, respectivamente. Entre la clase trabajadora la prevalencia es baja, especialmente dentro del matrimonio. La posición del ISLAM con respecto a la fertilidad, aún entre los altamente educados, se dió como razón para rechazar el uso de anticonceptivos.

**Sorenson en 1989**, analizó las características de maridos latinos y no latinos. Encontró que las características relativas a la fertilidad en los no latinos fueron muy insignificantes. En cambio, en las parejas México-americanas fueron mucho más grandes; esto sugiere *estereotipos étnicos de dominancia masculina*. Las diferencias en la educación femenina dió una mejor explicación del problema: a mayor educación femenina menor dominancia masculina. {26}

En una encuesta realizada en 1988 en Chile, se observó que las razones más frecuentes para no usar métodos anticonceptivos fueron: el haber tenido una relación sexual inesperada y el no conocer ningún método. Los jóvenes no practicaban el coito con frecuencia y para ello necesitaban métodos adecuados para su situación. Llama la atención que sólo el 26.7% de las mujeres y 23.5 de los hombres conocían la respuesta correcta sobre el período fértil de la mujer, incluso en aquellas que habían recibido clases de educación sexual. Los métodos más conocidos fueron píldoras, D.I.U. y condón. Y los menos conocidos: métodos vaginales, abstinencia periódica. {25}

**Russell-Brown y cols, en 1992** en un estudio, evaluó los efectos de un curso de educación sexual sobre los conocimientos de anatomía y fisiología de la reproducción de los adolescentes, su actividad sexual y su conducta en lo que respecta al uso de anticonceptivos. Concluyendo que el programa de educación sexual no incrementa el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes sexualmente activos. Los resultados concuerdan con estudios previos en los que ha demostrado que la educación sexual no lleva a la iniciación prematura de la actividad sexual. Observó que el grado de escolaridad alcanzado y la edad, más que la educación sexual, son importantes para determinar la conducta sexual: los estudiantes con calificaciones bajas y de mayor edad son más proclives a ser sexualmente activos. {24}

**Ortigosa (1991)**, refiere que las principales fuentes de educación sexual fueron los padres y los maestros (75%); de los encuestados el 81% reportó recibirla

dentro de la escuela, 51% en la materia de ciencias naturales, 12% en orientación, de los padres el 47% y de los maestros el 27.3%. En cuanto a conocimientos de métodos anticonceptivos, el más conocido fue el condón, seguido del ritmo y los óvulos. El estudio permite afirmar que no existe diferencia considerable entre hombres y mujeres, por lo que no es necesario tratarlos diferente en el aspecto educativo. {19}

Una encuesta realizada en República Dominicana reveló que los hombres y mujeres dominicanos tienen un conocimiento similar sobre métodos anticonceptivos y tienen niveles semejantes de uso. El 21% de los hombres usa un método, 9% practica el ritmo, 7% el retiro y el 5% el condón. De los no usuarios, 61% considerarían el ritmo en un futuro, 43% el condón, 41% el retiro y el 15% la vasectomía. Los hombres demostraron una tendencia pronunciada a aprobar el método que sus esposas usaban al momento de la entrevista, demostrando también que los hombres cooperan. {2 }

Los métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres norteamericanas sexualmente activas, comprendidas entre los 15 y 44 años son: píldora (27%), Salpingoclasia (19%), Vasectomía (13%), Condón (12%), D.I.U. (6%) y los restantes con menos del 5%. {13}

En un estudio para explorar las diferencias en cuanto al conocimiento, actitud y conducta sexual en adultos mayores, usando la escala de actitud y conocimiento sexual por edad (White, 1982), se muestra un valor moderado de conocimiento y actitud permisiva, sin observarse diferencia significativa entre hombres y mujeres. La satisfacción sexual fue variable. La actividad sexual varió de 0 a 30 veces por mes, con una media de 4 veces por mes. {27}

McGinn y cols. en 1989, en África, relacionaron el empleo del condón estrechamente con el contacto con prostitutas y prevención de enfermedades de transmisión sexual, más que con la natalidad. De los 124 que explicaron su

renuencia a la planificación familiar, el 31% alegó que era nociva para la salud, y el 12% que iba contra sus creencias religiosas, pero la mayoría adujo razones personales. En general se evidenció una actitud positiva hacia la planificación familiar, resultando obvio que muchos de ellos tenían una idea errónea de la planificación. Gran cantidad de varones manifestaron temores respecto a la seguridad y permanencia de los métodos modernos. Además algunos creían que si sus mujeres usaban anticonceptivos les podrían ser infieles. {16}

**Mbizvo (1991)**, menciona que el hombre tiene en la actualidad un mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos, aprobación y uso común. Concluye que el hombre puede incluirse en los programas de información, educación y comunicación sin demérito de los mismos. El incremento en el uso de contraceptivos, resultó en una declinación en el nivel de fertilidad. {15}

**Piotrow, y cols. (1992)**, mencionan que a través de una campaña radial conducida entre 1988-1989, para promover la planificación familiar se emitieron mensajes radiales con comunicaciones motivacionales y panfletos sobre métodos anticonceptivos, lográndose incrementar del 56 al 59% durante la campaña. El uso del condón se incrementó del 5 al 10% y los restantes métodos también se incrementaron en gran forma. {28}

**Meyer (1991)**, al examinar investigaciones recientes sobre la prevención del embarazo adolescente reporta que de 71 referencias, 33 artículos se enfocan a un sólo sexo y solamente una fue en hombres, las restantes no diferencian entre sexos o sólo proveen escasos datos de diferente sexo. Discutiendo las consecuencias que ignoran o minimizan la contribución del hombre en el embarazo de adolescentes. {18}

En una encuesta a varones sobre la anticoncepción en República Dominicana (1987) {2} , donde tanto los hombres como las mujeres tienen niveles similares de conocimiento sobre métodos anticonceptivos e informan también niveles

semejantes de uso, difieren en temas como ciertos métodos de anticoncepción y el número de hijos que cada cónyuge desea individualmente. La muestra incluyó hombres casados y solteros, entre 15 y 59 años de edad.

Los niveles de fecundidad son más altos entre los hombres de 25 a 30 años y continúa su período reproductivo hasta los 50 años. Contrastando, en la mujer con un nivel de fecundidad mayor entre los 20 a 29 años, y declina considerablemente después.

En cuanto a conocimiento sobre métodos anticonceptivos fue mayor en la mujer que en el hombre.

Los hombres mostraron tendencia pronunciada a aceptar los métodos que sus esposas estaban usando. Y por último concluyeron que las encuestas pueden facilitar el desarrollo de sistemas más eficaces de distribución de servicios de planificación familiar y poner cimientos para una mayor y más eficaz participación masculina futura.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El nivel de fecundidad para el estado de Sinaloa, es alto {28} debido probablemente a una deficiente cobertura y a la falta de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por parte del varón.

Inciden en este aspecto tabúes, prejuicios y estereotipos del machismo y fecundidad que obstaculizan los programas de planificación familiar. La responsabilidad de la mujer en cuanto a la toma de decisiones en ocasiones se ve afectada por la influencia del varón, quién determina la aceptación o no del método, a pesar de la posición contraria de la mujer, quién lleva la responsabilidad del cuidado de los hijos, anticonceptiva, el hogar, y no en pocas ocasiones también la carga económica. Por lo que la mujer se ve obligada a emplearse para solventar la economía familiar.

Por lo anterior y con el fin de conocer el grado de participación, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por parte del hombre, es que se realiza la presente investigación.

## JUSTIFICACIÓN

La planificación familiar se considera como un programa prioritario por parte del sector salud en la República Mexicana; y se considera así por su impacto a nivel social, poblacional, económico y político, de aquí que el presente trabajo busca brindar más información y conocimiento sobre el tema y para conocer el grado de participación, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por el varón en los programas de planificación familiar, en la población derechohabiente del ISSSTE en la ciudad de Mocorito; Sinaloa., con el fin de determinar la injerencia de éste en la toma de decisiones.

Con base en los estudios realizados en países subdesarrollados y desarrollados se concluye que la participación del hombre es vital para el desarrollo de los programas anticonceptivos, denotando que el grado de escolaridad influye sobre los mismos, tanto en el desarrollo como el logro de las metas de dichos programas.

## OBJETIVOS

- 1.- Evaluar el conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de la población masculina en la U.M.F. Mocorito, ISSSTE, Sinaloa.
- 2.- Determinar la participación de los mismos en la utilización de los métodos.
- 3.- Demostrar que a mayor edad y menor educación, es menor el conocimiento y la participación.
- 4.- Brindar mayor información sobre el tema.

## HIPÓTESIS

No se requiere, ya que se trata de un estudio descriptivo.

## METODOLOGÍA

1.- La presente investigación es una encuesta descriptiva y tuvo por objeto coleccionar los datos necesarios para su desarrollo. Para lo anterior se basó en un cuestionario sobre "Actitud de los varones ante la Planificación", tomando de la sección III, Planificación Familiar. {9}

2.- El trabajo se desarrolló en la Ciudad de Mocorito, Sinaloa, en la Unidad de Medicina Familiar, ISSSTE, en el período de Mayo de 1995 a Enero de 1996, para lo cual se capacitó al personal de enfermería de la Unidad Medicina Familiar, con el fin de optimizar el estudio y evitar sesgos en la información.

Se entrevistaron 152 derechohabientes masculinos entre las edades de 20 a 59 años, quienes acudían o acompañaban a sus familiares a la consulta médica. De éstos, 133 eran casados y 19 solteros.

Previa aplicación del cuestionario se brindó información sobre el tema en estudio y posteriormente se pidió su autorización para aplicar el cuestionario. Se solicitó la mayor fidedignidad y sinceridad en sus respuestas; así como también llenar en su totalidad el cuestionario. Se aclararon todas las dudas que surgieron durante la aplicación del mismo.

### MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Tradicionales.- Ritmo, retiro, métodos locales.

Modernos.- Condón, pastillas, inyección, DIU, vasectomía y salpingoclasia.

## CRITERIOS

- \* INCLUSIÓN
  - 1.- Sexo masculino.
  - 2.- Entre 20 a 59 años de edad.
  - 3.- Derechohabiente de la Unidad Medicina Familiar Mocorito, ISSSTE.
  - 4.- Aceptación a participar en el trabajo.
  - 5.- Escolaridad de primaria a profesional.

- \* EXCLUSIÓN
  - 1.- No cumplir con los criterios anteriores.
  - 2.- Bajo promedio de contestación (-80 % aceptable).

- \* ELIMINACIÓN
  - 1.- No aceptación a participar.
  - 2.- Renuencia y actitud negativa hacia el estudio.

El cuestionario constó de una ficha de identificación y 90 reactivos (ver anexo I).

El análisis de los datos recolectados se procesó con el manejador de base de datos FOXPLUS y la parte gráfica en el paquete estadístico Statistica, en una computadora 486 DX.

La metodología utilizada es Estadística descriptiva para los comentarios y conclusiones gráficos.

Se utilizó Análisis de Tablas de Contingencia para observar las tendencias y relaciones entre las preguntas. {1}

## **ASPECTOS ÉTICOS**

• De acuerdo al artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicada en el Diario Oficial de la federación el 6 de Enero de 1987 se considera el presente trabajo como:

**SIN RIESGO PARA LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

## RESULTADOS

En la encuesta aplicada a la población masculina derechohabiente del ISSSTE, en la Ciudad de Mocorito, Sinaloa., se observó lo siguiente:

De los 152 individuos encuestados se incluyeron 137; se excluyeron 4 por un bajo porcentaje de contestación y se eliminaron 11 (Estos debido a una actitud negativa y renuencia a participar en ella). El porcentaje de participación fue del 90.13%.

I).- **Los métodos más conocidos son:** Condón (85.4%), pastillas (78.9%), ritmo (64.3%), retiro (53.7%) y salpingoclasia (50.4%). En contraste con los métodos menos conocidos, a saber: vasectomía (48.8%), métodos locales (43.1%), inyección (39.8%) y DIU (36.6%). De lo anterior, se observa que la población conoce en mayor proporción por lo menos tres métodos modernos y dos tradicionales; y, de los menos conocidos, fueron tres métodos modernos y uno tradicional. (Fig. 1 y 2).

II).- Por otra parte, **los métodos más usados** ocuparon los siguientes porcentajes: Condón (51.2%), pastillas (41.5%), ritmo (33.3%), retiro (31.7%), salpingoclasia (15.4%), métodos locales (12.2%), DIU (8.1%), inyección (5.7%) y vasectomía (0.8%). Demostrando que el uso de todos los métodos es inferior al 50% de la población estudiada (Fig. 3) exceptuando el condón. Es importante denotar la relación entre conocimiento y uso; el condón, pastillas y ritmo guardan una relación concordante.

III).- Comparativamente hablando y con el objeto de tener un mejor manejo de la población, así como también una mayor representatividad, se dividió por quinquenios, siendo:

A).- Conocimiento del ritmo: Entre los 26 y 40 años de edad se agrupó a la mayoría de los encuestados con mayor conocimiento del método, por parte del grupo de 31 a 35 años (80%) seguido del grupo de 26-30 (78%) y posteriormente los de 36-40 (71%). El grupo de 20 a 25 años mostró un bajo conocimiento del método (40%). (Fig. 4).

B).- Conocimiento de la pastilla: Es mayor del 77% en general de la población estudiada; exceptuando al grupo de 41 y (+) que demostraron el 63%. (Fig. 5).

C).- Conocimiento del DIU: El comportamiento es similar al método anterior, pero con porcentajes menores al 50% (Fig. 6).

D).- Conocimiento de los métodos restantes: En estos no se observaron diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad.

#### **IV).- Conocimiento de los métodos en relación a la escolaridad:**

A).- Retiro: El nivel profesional demostró un porcentaje de conocimiento del 71% con respecto a los otros grados de escolaridad, los que no superaron el 40%. (Fig. 7).

B).- Pastillas: En todos los grados de escolaridad se superó el 57%, con una diferencia marcada superior para el nivel profesional. (Fig. 8).

C).- Condón: Todos superaron el 50% de conocimiento, con un comportamiento similar a los métodos antes citados. (Fig. 9).

D).- DIU: El porcentaje fue menor al 44% en el nivel profesional, y el más bajo para el de primaria (19%). (Fig. 10).

E).- Métodos locales: El nivel profesional promedió por arriba del 50%, en contraste con los otros niveles que no superaron al 31%. (Fig. 11).

F).- Salpingoclasia y Vasectomía: Similar a los anteriores, pero con una clara diferencia superior a nivel profesional, superando el 50%. (Fig. 12 y 13)

G).- Ritmo e inyección: No superaron en ningún momento el 50% de conocimiento en todos los niveles de escolaridad.

De lo anterior, se puede observar que a nivel profesional el porcentaje de conocimiento superó el 50% en casi todos los métodos; exceptuando al DIU, ritmo e inyección.

• De los más conocidos, cuatro son métodos modernos y dos tradicionales.

En contraste con el nivel primaria, en donde sólo dos métodos superaron el 50%. Los niveles de secundaria y preparatoria fluctúan entre los anteriores; sin embargo, aunque los porcentajes son mayores el comportamiento es similar al nivel primaria, los restantes no llegan a superar el 44%. (Ver cuadro I).

Las pastillas y el condón (métodos modernos) superan en todos los niveles de escolaridad el 50% de conocimiento.

V).- **Opiniones generales:** El 26.8% de los pacientes opinaron que el ritmo es un método seguro. Y el 63.4% refirieron manejarlo de acuerdo al ciclo menstrual de la pareja.

El 52.8% opinó que el retiro no es placentero y además exige un absoluto control de la eyaculación.

Las pastillas y la inyección tienen una opinión favorable en cuanto a su seguridad (59.3%) y además son fáciles de usar (65%).

La opinión del condón con respecto al placer de que es diferente (32.5%), es incómodo de usar (24.4%), eficaz y no falla (71.5%).

Referente al DIU, contestaron que se aplicaba en la matriz (56.1%), es un método seguro (18.7%), se aplica cuando la mujer menstrúa (23.6%) y se revisa cada seis meses (40.6%).

El 10.6% de los encuestados opina que los métodos locales son cómodos y placenteros.

El 59.3% afirma que la vasectomía es un método quirúrgico, sencillo para el hombre y continúa eyaculando, pero el semen es estéril. Además, el 30% opinaron que es un método ideal, aunque sólo el 0.8% del total es usuario de éste método.

METODO	PRIMARIA %	SECUNDARIA %	PREPARATORIA %	PROFESIONAL %
RETIRO	25	39	14	71
PASTILLAS	62	61	57	91
CONDON	58	83	79	94
DIU	19	28	21	44
LOCALES	31	17	21	57
SALPINGO	31	44	29	59
VASECTOMIA	19	33	38	60

**Cuadro 1. Porcentajes de conocimiento en relación al método anticonceptivo y nivel de escolaridad.**

RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE METODOS  
ANTICONCEPTIVOS APLICADA A HOMBRES  
DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE EN LA  
UMF-MOCORITO, SIN. CON RESPECTO A:

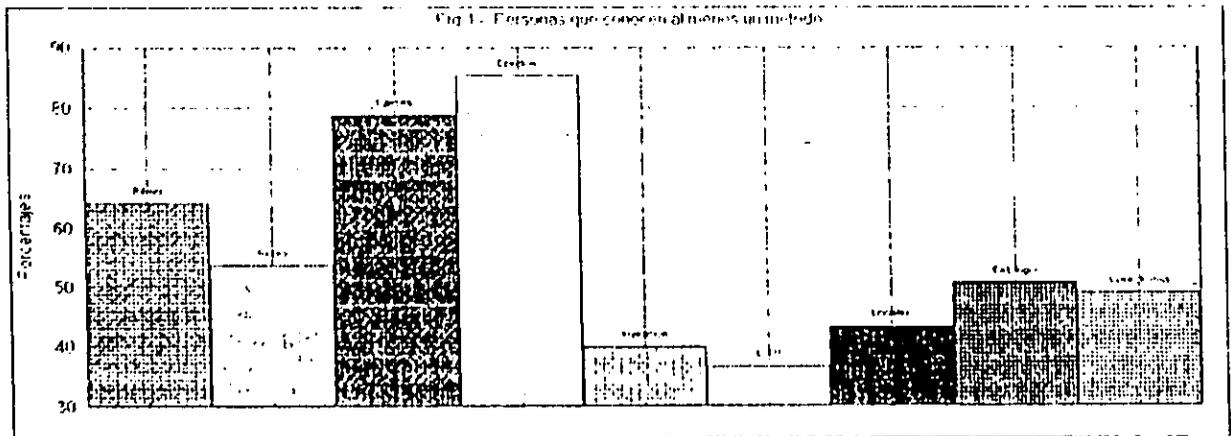


Fig. 2.- ¿Qué método anticonceptivo conoce?

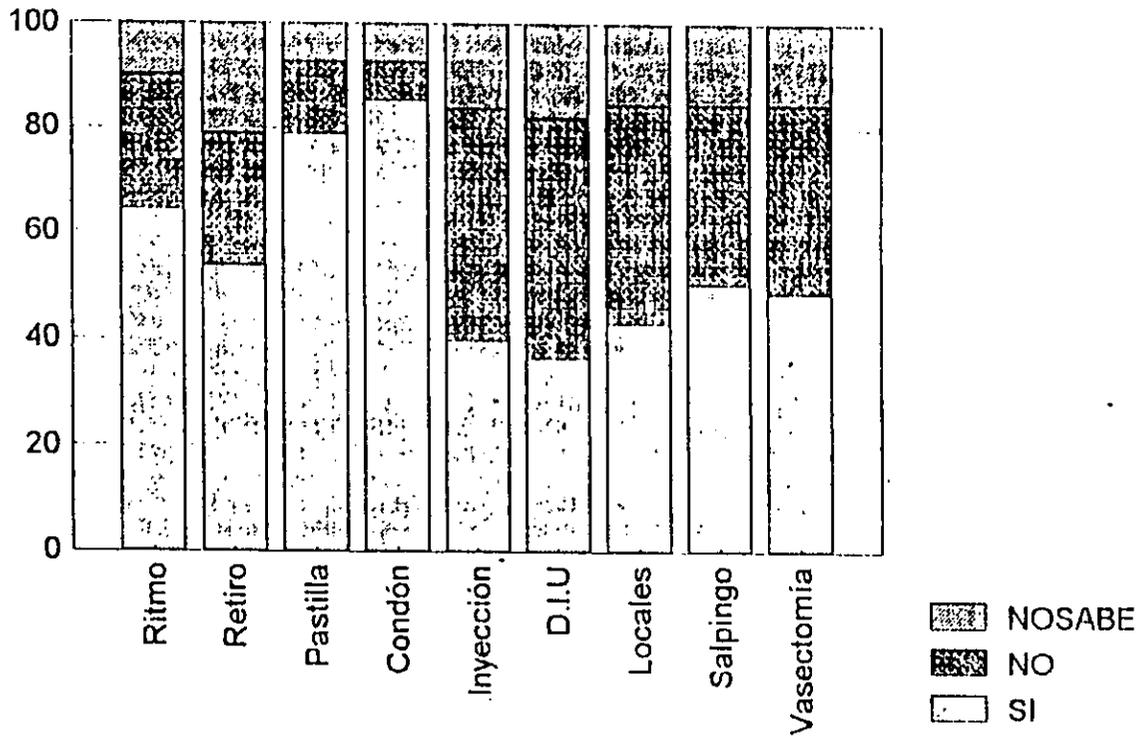


Fig. 3. ¿Qué métodos anticonceptivos ha usado?

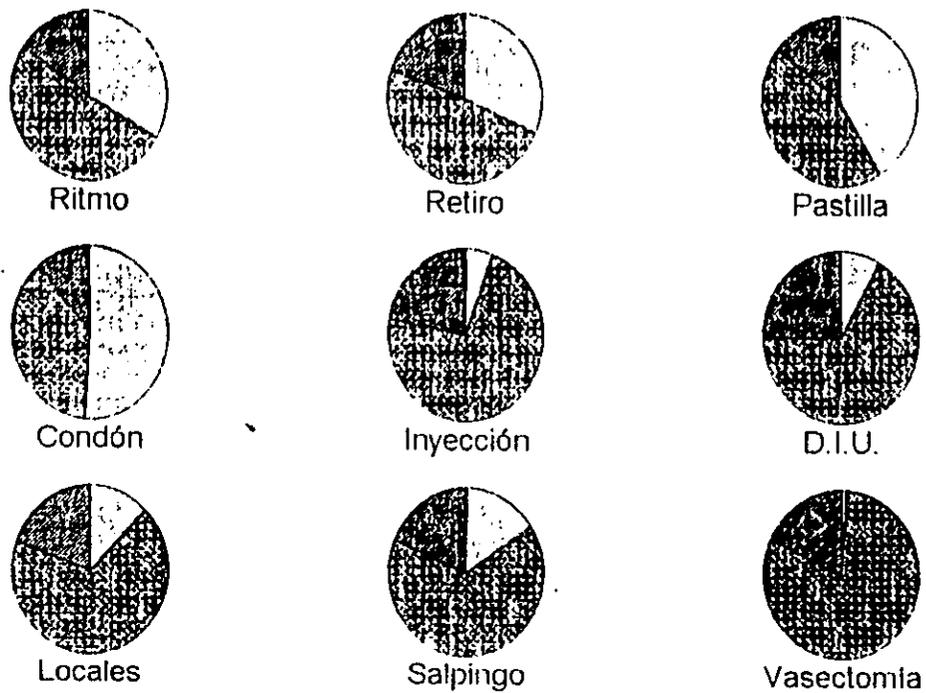


Fig. 4.- Conocimiento del ritmo por edad

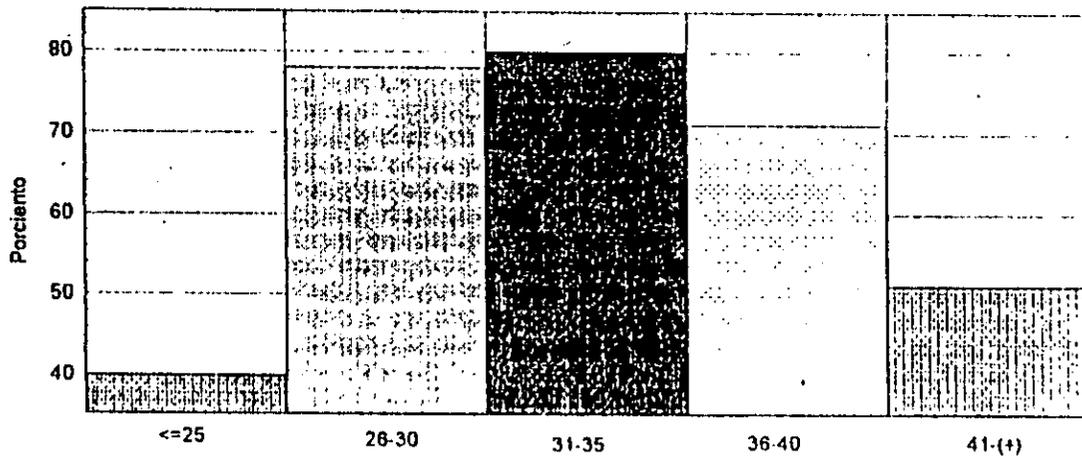


Fig 5 - Conocimiento de la pastilla por edad.

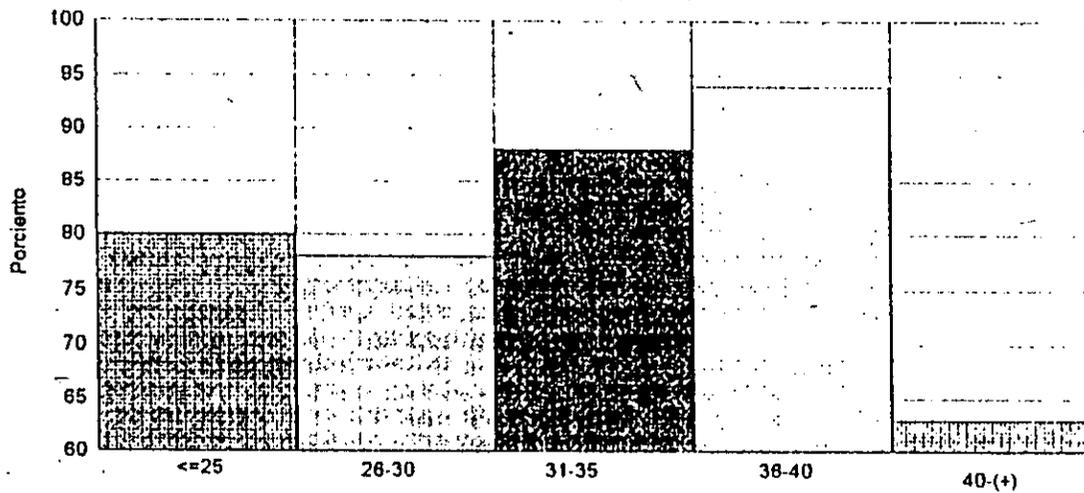


Fig. 6.- Conocimiento del D.I.U. por edad

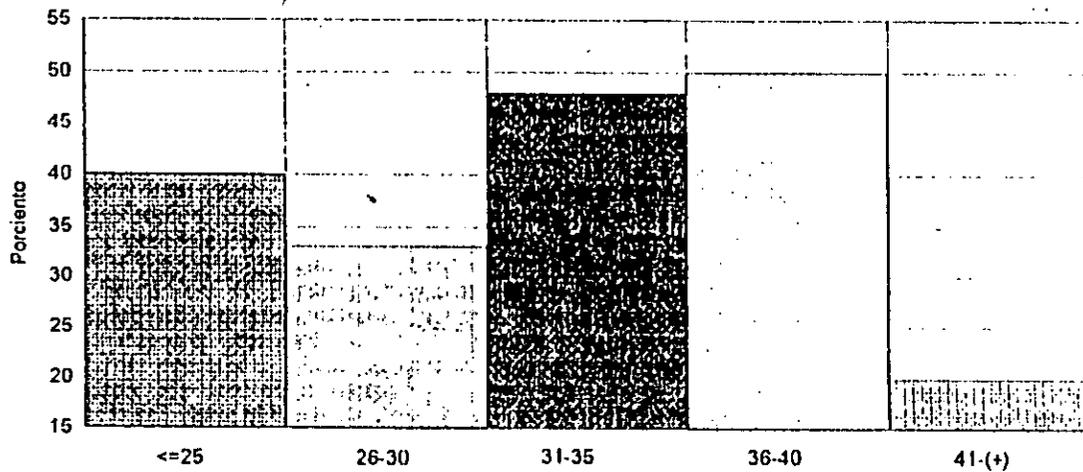


Fig. 7 - Conocimiento del telex por escolaridad

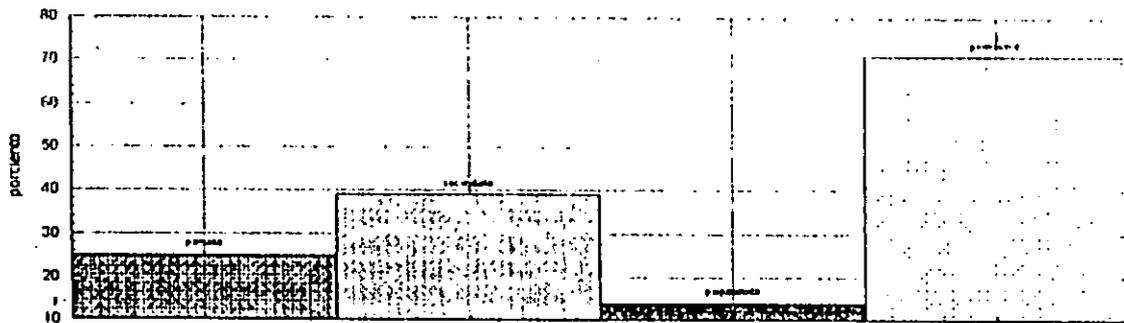


Fig. 8 - Conocimiento de las pastillas por escolaridad

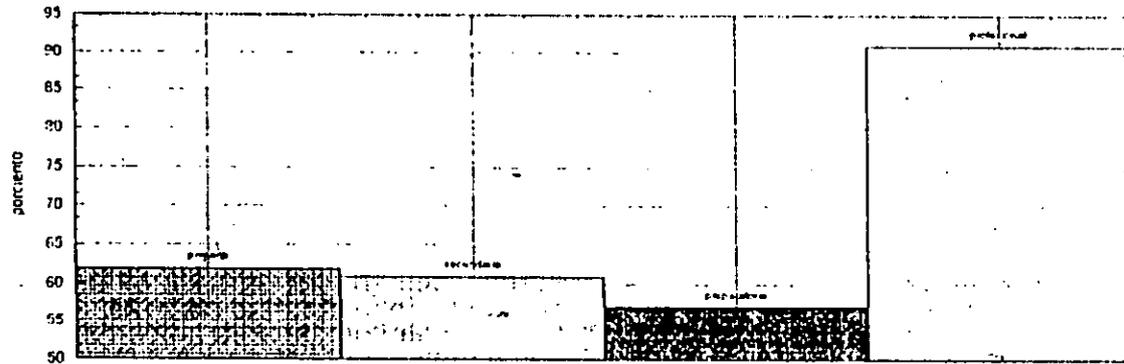


Fig. 9 - Conocimiento del condón por escolaridad

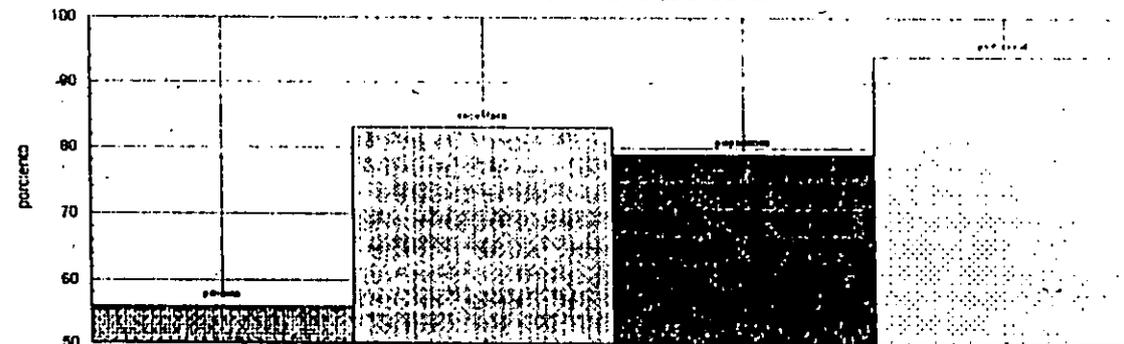


Fig. 10 - Conocimiento del DIU por escolaridad

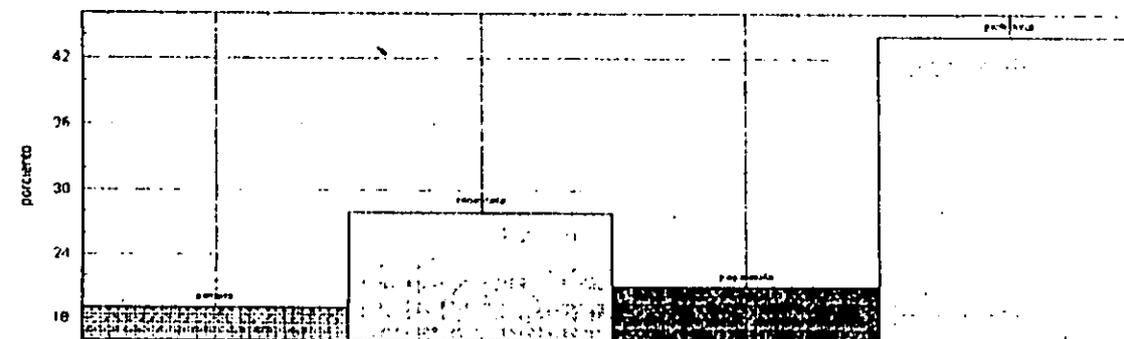


Fig. 7 - Distribución de las pautas por escolaridad

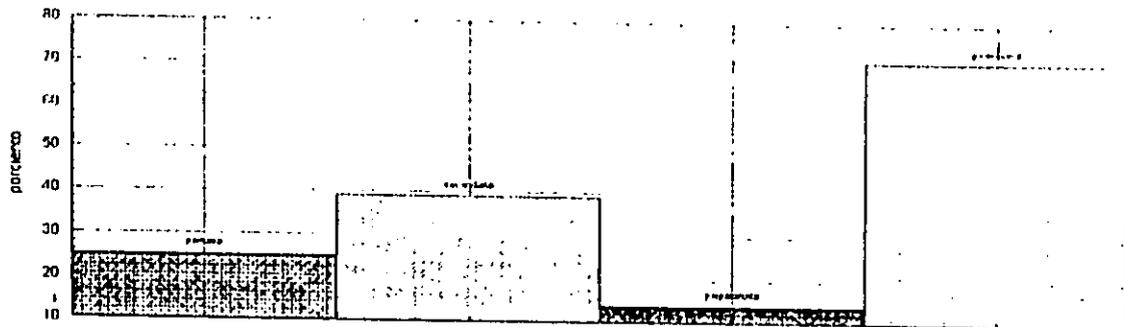


Fig. 8 - Distribución de las pautas por escolaridad

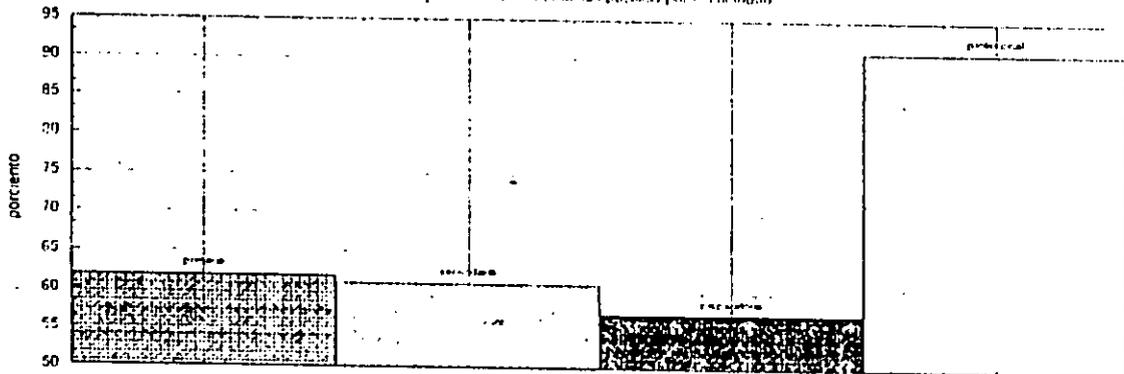


Fig. 9 - Distribución de los centros por escolaridad

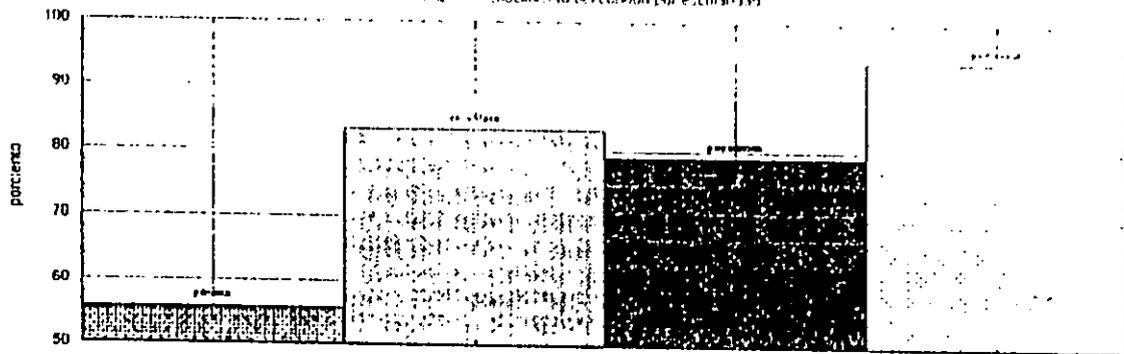


Fig. 10 - Distribución de los centros por escolaridad

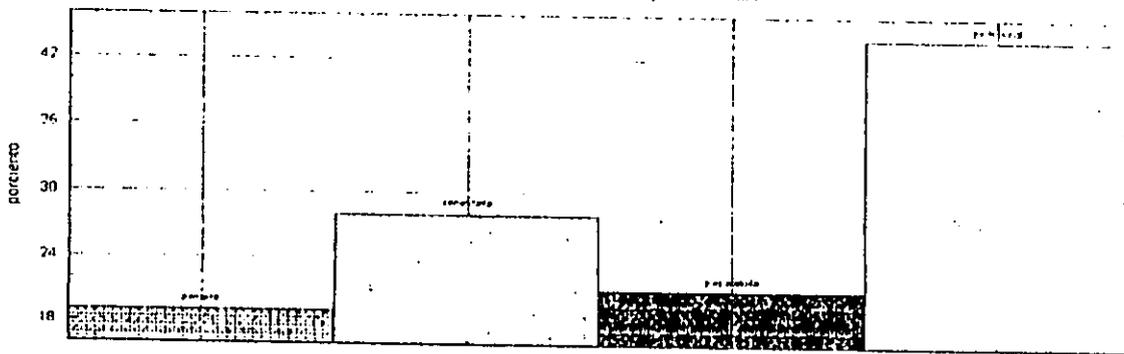


Fig. 11. Conocimiento de los métodos locales por escolaridad

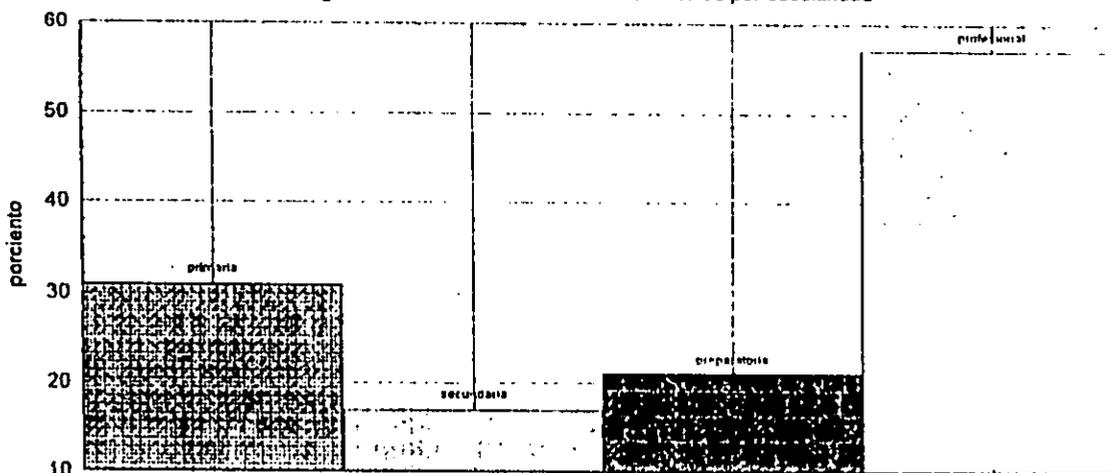


Fig. 12.- Conocimiento de la salpingoclasia por escolaridad

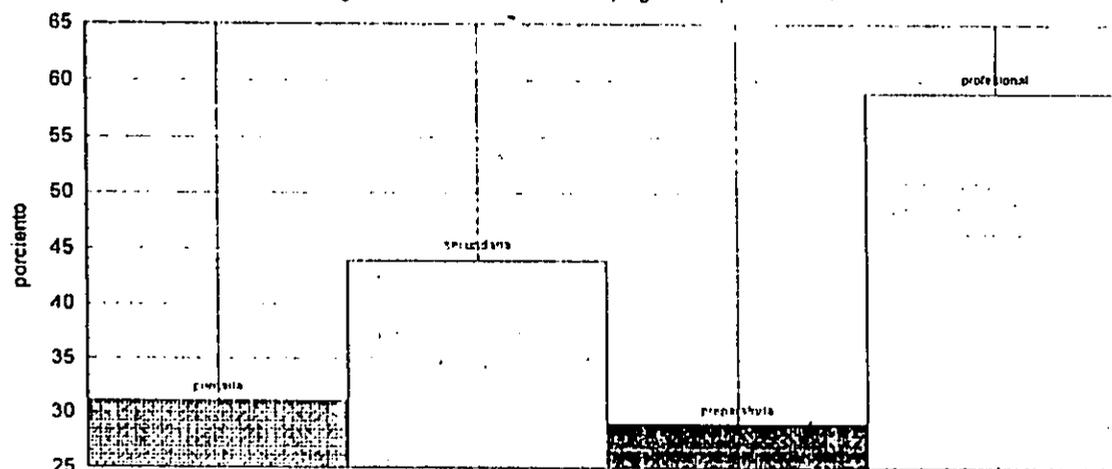
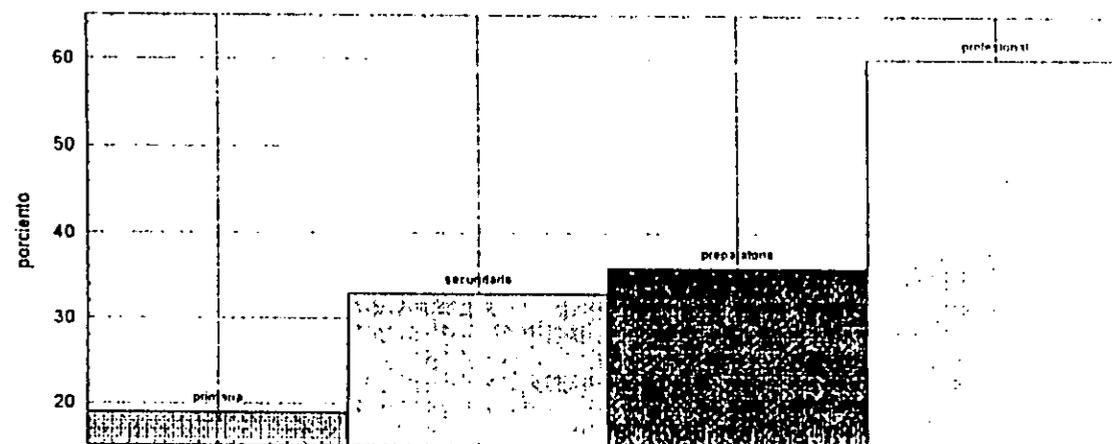


Fig. 13 Conocimiento de la vaseclonía por escolaridad



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

En el presente estudio, se observó que de los 137 sujetos encuestados, el grado de conocimiento sobre anticonceptivos fue regular. Con mayor porcentaje en tres métodos modernos ( condón, pastillas y salpingoclasia ) y dos tradicionales (ritmo y retiro); en tres de éstos tienen injerencia el varón, pero de baja seguridad anticonceptiva en la práctica real. En los restantes se involucra a la mujer.

Estos resultados son compatibles a los mostrados por Ortigoza (1991) {19}

Con respecto al uso, el condón (51.2%) es el único que supera el 50%, porcentaje inferior en comparación al observado en conocimiento, lo cual NO es del todo satisfactorio pues refleja a su alto impacto en los programas de planificación familiar, y por consecuencia lógica los altos índices de fecundidad. {28}

Por lo anterior se hace aparente la necesidad de diseñar programas enfocados al hombre y su corresponsabilidad en la anticoncepción.

Con respecto a los métodos más usados: Condón (51.2%), ritmo (33.3%) y retiro (31.7%); existe una marcada diferencia con lo encontrado en República Dominicana{2} que fue : condón (15%), ritmo (9%) y retiro (7%); o lo reportado por Mbizvo en Zimbabwe{14} donde se reporta el uso del condón (6%); éste mismo autor reporta que los rangos de aceptación de métodos anticonceptivos decrecieron a mayor edad y menor educación, datos que se corroboran en el presente trabajo.

En un estudio realizado en Chile, {25} reportó como métodos más usados: ritmo, pastillas, condón, y coito interrumpido (retiro), en orden decreciente; realizado éste a estudiantes entre los 15 y 24 años de edad. Sólo una responsabilidad del varón.

El uso del condón se relaciona en gran parte con contactos sexuales imprevistos, prostitutas y para la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS), más que con la prevención del embarazo. {16}

En contraparte con lo reportado en los Estados Unidos de Norteamérica, donde se aplicó un estudio a mujeres sexualmente activas, entre los 15 y 44 años de edad

reportándose en orden decreciente: pastillas (27%), Salpingoclasia(19%), Vasectomía (13%), condón (12%), DIU (6%), y Diafragma (5%), los métodos restantes son inferiores al 5% {13}.

Para lo anterior se concluye que el control anticonceptivo en los países desarrollados se basa primordialmente en métodos modernos, en estrecha relación con la infraestructura médica, educativa, social y económica del país, nada comparado con lo observado en países subdesarrollados {14 y 15}, en donde las deficiencias son palpables a todos niveles, reflejándose en la sobrepoblación con detrimento de sus recursos.

Con respecto a la escolaridad, el comportamiento es homogéneo en todos los métodos con una clara predominancia del nivel profesional.

En relación a las pastillas y escolaridad, es importante destacar que el nivel primaria superó al nivel secundaria y preparatoria. Llama la atención la depresión en la gráfica del nivel preparatoria en los métodos: retiro, pastillas, condón, DIU y salpingoclasia cuando era de suponerse que el conocimiento debería comportarse en forma gradual conforme el nivel de preparación alcanzado. Es importante recalcar que el comportamiento es similar, a pesar de que los porcentajes de conocimiento para cada método son diferentes.

Para los métodos locales por escolaridad, se refleja nuevamente que el nivel primaria supera a los niveles secundaria y preparatoria; lo que refleja un mayor conocimiento de pastillas y métodos locales.

Por último, la relación vasectomía y escolaridad, como era de esperarse, fue en orden ascendente desde el nivel primaria hasta el profesional, pero con un porcentaje muy por debajo de lo esperado.

El DIU y las pastillas son prerrogativas femeninas, quienes no en pocas ocasiones se deciden por el método obligadas por su situación, sin consultar a su pareja, quién de antemano rechaza uno u otro método, lo que deja en claro la dominancia masculina al respecto.{26}.

Otro punto a mencionar es el papel que juega la educación sexual en los planteles escolares, que más que predisponer a los jóvenes a la promiscuidad o uso de anticonceptivos, los concientiza sobre su responsabilidad reproductiva y retarda el

inicio de la actividad sexual {24}. Los programas deben ser impartidos por personal capacitado (maestros, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.), los cuales tengan conocimiento pleno y no únicamente anatómico y fisiológico, sino que incluya también temas sobre sexualidad y planificación familiar, lo más integral posible; y de ser factible, dirigirlo también a las escuelas para padres, en todos los centros educativos del país; así como también dirigirlo a ese gran sector que no tiene acceso a la enseñanza sistematizada y a los programas nacionales de salud. {19,24 y 25}.

Por todo lo anterior se concluye que:

El conocimiento de métodos anticonceptivos es regular y su uso bajo.

Debemos buscar una mayor participación y responsabilidad del varón en la comunidad y con su pareja en la toma de decisiones para la planificación familiar.

A mayor educación, mayor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

A menor educación, mayor desconocimiento, menor participación y apoyo a los programas de planificación familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

- {1} Bhattacharyya, G. And Johnson, R. (1985). *Statistics. Principles and methods*. John Wiley & Sons. New York.
- {2} Compendio (1987). Encuesta de varones proporciona datos confiables sobre la anticoncepción en la República Dominicana. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. No. especial de 1987. Págs. 38-39.
- {3} Chipfakacha, V.G. (1993). Attitudes of males on contraception: a KAPE survey. *East. Afr. Med. J.* Feb; 70 (2), Págs. 82-84.
- {4} Fakeye, O. ; Babaniyi, O. (1989). Reasons for non-use of family planning methods at Ilorin, Nigeria: male opposition and fear of methods. *Trop. Doct.* Jul; 19(3), Págs. 114-117.
- {5} Guemez, et al. (1988) Tipos de Estudios más comunes en Medicina; diversas clasificaciones y nomenclaturas Epidemiología Clínica, Edit. Trillas, México, D.F. Cap. I Págs. 13-22.
- {6} IMSS (1982). Boletín de Planificación Familiar. México, D.F. Año IV, No. 1. Enero-Febrero, pág. 1.
- {7} INEGI (1990). *Resultados Definitivos por localidad (Integración territorial)*. XI Censo General de Población y Vivienda (1990). INEGI.
- {8} INEGI (1990). *XI Censo General de Población y Vivienda 1990*. INEGI.
- {9} INEGI (1995) *Anuario Estadístico del Estado de Sinaloa*. Ed. 1995.

{10} Leñero O., L. (1992). *Varones, Neomachismo y Planeación Familiar*. Fundación Mexicana para la Planeación Familiar. MEXFAM. Págs. 169-195.

{11} Mac Mahon y Pugh (1988). *Principios y Métodos de Epidemiología*. Prensa Médica Mexicana. Reimpresión México.

{12} Márquez de C., M:J: (1990). *Probabilidad y Estadística para ciencias químico-biológicas*. Mc-Graw Hill. México.

{13} Master, W.H.; Johnson, V.E. y Kolodny, R.C. (1987). Evaluación de la Eficacia y Riesgo de los Métodos Anticonceptivos. *La Sexualidad Humana*. Control de la Natalidad. Ed. Grijalbo. Barcelona España. Vol 1, Cap. 6. Págs. 173-215.

{14} Mbizvo, M.R. ; Adamchak, D.J. (1992). Male fertility regulation: a study on acceptance among men in Zimbabwe. Dept of Obstetrics and Gynaecology, University of Zimbabwe Medical School, Avondale, Harare. *Cent. Afr. J. Med.* Feb.; 38(2), Págs. 52-57.

{15} Mbizvo, M:T:; Adamchak, D.J. (1991). Family planning Knowledge, attitudes and practices of men in Zimbabwe. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Zimbabwe, Harare. *Stud. Fam. Plann.* Jan-Feb.; 22(1); Págs. 31-38.

{16} McGinn, T.; Bamba, A. And Balma, M. (1989). Male knowledge, use and attitudes regarding family planning in Burkina Faso. *International Family Planning Perspectives*. Vol. 15. Number 3, Sep., Págs. 84-87.

{17} Méndez R.,I.; Namihira G. D; Moreno A,L. Y Sosa de M.,C. (1994). *El Protocolo de la Investigación*. Lineamientos para su elaboración y análisis. Ed. Trillas. Tercera reimpresión. México.

{18} Meyer, V.F. (1991). A critique of adolescent pregnancy prevention research: the invisible white male. DePaul University, Chicago Illinois 60604. *Adolescence*. Spring. 26(101); Págs. 217-222.

{19} Ortigosa, C.; Cortez H., E.; Garnica R.,L y Martínez H., A. (1991). Sexualidad y reproducción. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. 59, Oct., Págs. 293-298.

{20} Piotrow, P.T.; Kincaid, D.L.; et al. (1992). Changing men's attitudes and behavior: the Zimbabwe Male Motivation Project. Center for Communication Programs, Population Communication Services, Johns Hopkins University, Baltimore, MD 21202. *Stud. Fam. Plann.* Nov-Dec. 23(6 pt 1); Págs. 365-375.

{21} Posner, J.K.; Mbodji, F. (1989). Men's attitudes about family planning in Dakar, Senegal. *J. Biosoc. Sci.* Jul. 21(3), Págs. 279-291.

{22} Ringheim, K. (1993). Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, World Health Organization, Geneva, Switzerland. *Stud. Fam. Plann.* Mar-apr; 24(2),. Págs. 87-99.

{23} Rojas S., R. (1984). *El proceso de la investigación científica*. Ed. Trillas. México. Primera reimpresión.

{24} Russell-Brown, P.; Rice, J.C.; Hector, O. And Bertrand, J.T. (1992). El efecto de la educación sexual en los adolescentes de San Kitts y Nevis. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 112(5). Mayo. Págs. 413-424.

{25} Solange V., M.; Herold, J.M.; Morris, L. y López, I.M. (1992). Encuesta de salud reproductiva en adultos jóvenes del Gran Santiago. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 112(1). Págs. 19-30.

{26} Sorenson, A.M. (1989). Housband's and Wive's characteristics and fertility decisions: a diagonal mobility model. Department of Sociology, University of toronto, Ontario, Canadá. *Demography*. Feb; 26(1), Págs. 125-133.

{27} Steinke, E.E. (1994). Knowledge and attitudes of older adults about sexuality in ageing: a comparison of two studies. Departament of Nursing, College of Health Proffesions Wichita State University, Kansas 67260. *J. Adv. Nurs*. March; 19(3): Págs. 477-485.

{28} Urbina F., M.; Palma Cabrera, J.L. y Gómez del Campo, A. (1991). El impacto de la planificación Familiar en algunos indicadores de bienestar social. *Medicina Social, Gaceta Médica de México*, Vol. 127 No. 2; Marzo-Abril. Págs. 153-161.

{29} Vazquez- Benitez, Efrain, (1997) Bases para la selección de los métodos anticonceptivos. PAC. MG-1.; Parte D. Libro 2 GINECOLOGIA. Págs. 47-49.

{30} Visser, A.P.; Bruyrd, N.; Remennick,L. (1993). Family planning in Russia: experience and attitudes of gynecologists. International Health Foundation, Brussels, Belgium. *Adv. Contracept*. Jun; 9(2); Págs. 93-104.

## AGRADECIMIENTOS

Brindo un sincero reconocimiento a los estadísticos: Ignacio Osuna Ramírez y Felipe de J. Peraza Garay; quiénes tuvieron a bien brindarme su apoyo y colaboración para la elaboración del presente trabajo en su parte estadística.

Agradezco también a la Sra. Yolanda Ledezma Inzunza, Enfermera Auxiliar de la U.M.F. Mocorito, su valiosa ayuda para la aplicación de las encuestas.

Y a la Srita. Dora Silvia Rodríguez Lares, para la elaboración del manuscrito.

**ANEXOS**

CUESTIONARIO SOBRE EL CONOCIMIENTO Y LA PARTICIPACION DE LOS-  
HOMBRES EN LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR:

=====

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

=====

Se recomienda leer cuidadosamente las preguntas antes de con-  
testar, en caso de duda pregunte.

- 1.- Considera Usted que la Planificac*ión* Familiar?
  - a. La aceptan todos los hombres.
  - b. La mayoría de los hombres la aceptan.
  - c. Algunos hombres la aceptan.
  - d. Casi todos los hombres la rechazan.
- 2.- Porqué creé Usted que algunos hombres se oponen a la Plani-  
ficación Familiar?
  - a. Por el machismo.
  - b. Desean más hijos.
  - c. Cuestiones religiosas.
  - d. Ignorancia.
  - e. Otras. Cuales? \_\_\_\_\_
- 3.- Porqué creé Usted que algunas mujeres rechazan la Planifi-  
cación Familiar?
  - a. Les hace daño el método anticonceptivo.
  - b. Desean más hijos.
  - c. Tienen miedo al esposo.
  - d. Cuestiones religiosas.
  - e. Ignorancia.
  - d. Otras. Cuales? - \_\_\_\_\_
- 5.- Que hace el hombre cuando su esposa usa Métodos Anticoncep-  
tivos?
  - a. Participa activamente con ella, y la apoya.
  - b. Acepta que ella lo use, pero él no se mete.
  - c. No se interesa pues es asunto de la mujer.
  - d. Oponerse a que su mujer los use.
- 6.- Y Usted que opina al respecto?
  - a. Que el hombre debe oponerse a la Planificación Familiar.
  - b. Que el hombre no debe intervenir, NO es asunto suyo.
  - c. Que el hombre debe aceptar que la mujer lo use.
  - d. Que el hombre debe de intervenir y apoyar a que su espo-  
sa los use.

Le voy a nombrar una lista de Métodos Anticonceptivos que pue-  
den usar tanto el hombre como la mujer; diga que opina de ellos  
(Reactivos del 7 al 15).

	LO CONOCE		LO HA USADO	
	S I	N O	S I	N O
RITMO				
RETINO(Del miembro o pene de- la vagina).				

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

	LO CONOCE		LO HA USADO	
	SI	NO	SI	NO
PASTILLAS ORALES				
CONDON O PRESERVATIVO				
INYECCION HORMONAL				
D.I.U. (Aparato)				
METODOS LOCALES (Espumas, - Ovulos, Jaleas).				
SALPINGOCLASIA (Esterilización Femenina).				
VASECTOMIA (Esterilización Masculina)				

16.- Quién le recomendó el método anticonceptivo?

- a. Una amistad.
- b. Institucion de Salud.
- c. Médico Privado.
- d. Nadie o No aplica.
- e. Otros. Cuales? \_\_\_\_\_

17.- Al utilizar por primera vez de métodos anticonceptivos; -  
quién tomó la decisión de usarlo?

- a. Usted decidió planificar.
- b. Su esposa decidió planificar.
- c. Ambos decidieron planificar.

18.- Actualmente que método anticonceptivo utiliza?

- a. Ritmo.
- b. Preservativo o Condón.
- c. Pastillas orales.
- d. Inyección Hormonal.
- e. D.I.U. (Aparato).
- f. Esterilización (En su esposa o Usted).
- g. Otros. Cuales? \_\_\_\_\_
- h. Ninguno.

19.- Quién le proporciona el método anticonceptivo actualmente?

- a. Institución de Salud.
- b. Médico Privado.
- c. Usted lo adquiere en forma particular.
- d. Otros. Cual? \_\_\_\_\_
- e. No usa método anticonceptivo.

-QUE OPINA USTED DEL CONDON O PRESERVATIVO:

	SI	NO	NO SABE.
20.-Es eficaz y no falla.			
21.- Se consigue facilmente			
22.-Es incomodo usarlo			
23.-Evita enfermedades de - transmisión sexual.			
24.-Disminuye el placer			

	S I	N O	N O S A B E
25.-Es adecuado para usarlo con su esposa.			
26.-Sólo debe usarse con mujeres de la calle.			
27.- Proteje del embarazo.			
28.- Es un método defectuoso.			
29.- Proteje del daño de los anticonceptivos hormonales.			
30.- Se siente la misma satisfacción			
31.- A los hombres les gusta usarlo			

-QUE OPINA USTED DE LOS ANTICONCEPTIVOS: (PASTILLAS E INYECCION)

	S I	N O	N O S A B E
32.- Suprimen la ovulación			
33.- Es un método seguro			
34.- Causan cambios en la mujer			
35.- Aumentan el riesgo de Obesidad, Hipertensión, Varices.			
36.- Mi esposa los usa.			
37.- Método fácil de usar			
38.- Otra opinión, CUAL?			

-QUE OPINA USTED DEL DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (D.I.U.) O - - TAMBIEN CONOCIDO COMO APARATO?

	S I	N O	N O S A B E
39.-Se aplica en la matriz			
40.-Es molesto.			
41.- Es un método seguro.			
42.- No produce efectos sobre el organismo de la mujer.			
43.- Se aplica cuando la mujer está Mestrando.			
44.- Se revisa cada 6 meses			
45.- No produce molestias			

-QUE OPINA USTED DEL RITMO:

	S I	N O	N O S A B E
46.- Es un método seguro.			
47.- Se maneja de acuerdo a la Mestración de la mujer.			
48.- Sabe con que frecuencia menstrua su esposa.			
49.- Sabe cuando se debe de abstener de tener relaciones sexuales.			
50.- Sabe si su esposa tiene ciclos menstruales regulares.			
51.- Sabe cuando se pueden tener relaciones sexuales seguras con éste método.			

-QUE OPINA USTED DEL RETIRO(Cuando el hombre retira el miembro o pene de la vagina de la mujer para eyacular fuera)?

	S I	N O	N O	S A B E
52.- Exige absoluto control de la eyaculación				
53.- Exige conocer la funcionalidad sexual del hombre				
54.- Puede causar transtornos en el hombre				
55.- Ofrece un bajo margen de seguridad anticonceptiva.				
56.- Es placentero				
57.- Desconozco o no lo utilizo				

-QUE OPINA USTED DE LOS METODOS LOCALES(Espumas, Ovulos y Jeleas anticonceptivas)?

	S I	N O	N O	S A B E
58.- Ofrece bajo margen de seguridad anticonceptiva.				
59.- Se usa antes de la relación sexual(Su aplicación)				
60.- Debe aplicarse antes de cada relación sexual.				
61.- Contienen sustancias que matan a los espermatozoides.				
62.- Son fáciles de adquirir.				
63.- Es cómodo y placentero usarlos.				
64.- Los he utilizado.				

-QUE PIENSA DE LA VASECTOMIA(Operación para esterilizar al varón)?

	S I	N O	N O	S A B E
65.- Es un método quirúrgico sencillo para el hombre.				
66.- Es un método desagradable				
67.- Se pierde potencia sexual				
68.- Es un método ideal.				
69.- Se pone una a mano con la mujer.				
70.- El hombre sigue igualmente eyaculando pero el semen es estéril.				
71.- Se pierde la virilidad.				
72.- Le parece un método costoso				
73.- Le interesaría la opinión de sus parientes y amigos para hacerla.				



I. S. S. S. T. E.

UNIDAD MEDICA O ESCUELA  
JEFATURA DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION

LIBRO No. 1 HOJA 49

FOLIO No. 1501/00

FECHA DE EXPEDICION 27/10/2000

~~JEFE DE ENSEÑANZA DE UNIDAD MEDICA O  
DIRECTOR DE ESCUELA~~