

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DECISIONES DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LOS HOMBRES UNIVERSITARIOS DE LA
UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA 2017**

**NATHALIA DELGADO GONZÁLEZ
BEATRIZ ANDREA HENAO CARMONA
MARYI YIZET JARAMILLO MARÍN
YEIMY JOHANA JIMÉNEZ IVARRA
NATALIA ANDREA SUAREZ MORALES**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
TULUA- VALLE
2018**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DECISIONES DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LOS HOMBRES UNIVERSITARIOS DE LA
UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA 2017**

**NATHALIA DELGADO GONZÁLEZ
BEATRIZ ANDREA HENAO CARMONA
MARYI YIZET JARAMILLO MARÍN
YEIMY JOHANA JIMÉNEZ IVARRA
NATALIA ANDREA SUAREZ MORALES**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE ENFERMERA

**Directora
LUZ ADRIANA SUAREZ JARAMILLO
Enf. MSc. Salud Pública**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
TULUA- VALLE
2018**

CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT	8
TÍTULO	8
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBELMA	9
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	13
3.1 OBJETIVO GENERAL	13
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
4. MARCO REFERENCIAL	14
4.1 MARCO CONCEPTUAL	14
4.2 MARCO DE ANTECEDENTES:	15
4.3 MARCO TEORICO	19
4.4 MARCO LEGAL	26
5. METODOLOGÍA	28
5.1 TIPO DE ESTUDIO	28
5.2 ÁREA DE ESTUDIO:	29
5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	29
5.4 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	31
5.5 AJUSTE DE LA MUESTRA POR NO RESPUESTA	31
5.6 VARIABLES	32
5.7 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	32
5.8 ANALISIS DE RESULTADOS	33
5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
6. RESULTADOS	36
7. DISCUSIÓN	47
8. CONCLUSIONES	52
9. RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFIA	54

Lista de figuras

Figura 1 Estructura y aplicación del marco conceptual de Ottawa.....	22
Figura 2 Proceso de apoyo decisional	23
Figura 3 Participación en la toma de decisión de planificación familiar	42

Lista de tablas

Tabla 1 Características demográficas.....	36
Tabla 2 Factores socioculturales	37
Tabla 3 Factores económicos	38
Tabla 4 Conocimientos sobre el programa de planificación familiar	39
Tabla 5 Salud sexual y reproductiva	40
Tabla 6 Métodos anticonceptivos utilizados por los hombres universitarios y sus parejas	41
Tabla 7 Factores y participación en la toma de decisión de planificación familiar ..	42

Lista de Anexos

Anexo 1. Operacionalización de variables	56
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	62
Anexo 3 Consentimiento informado	71
Anexo 4. Carta de aprobación para realizar el proyecto de investigación	74
Anexo 5 Carta de aprobación del comité de Ética	75

RESUMEN

Las acciones diseñadas para aumentar la participación de hombres en programas de planificación familiar (PF), no han sido las adecuadas y han presentado una tendencia de captación de a las mujeres.

Objetivo. Determinar los factores que influyen en la participación de los hombres en la toma de decisiones de PF en estudiantes universitarios.

Metodología. Estudio correlacional, transversal, con 325 estudiantes de la UCEVA, se aplicó una encuesta de Annette O'Connor, los datos fueron analizados con SPSS v.20.

Resultados. La edad promedio fue 22.6 años. El 85.8% estaban solteros, el 91,4% procedían del área urbana, el 92.9% estaban afiliados al SGSSS, el 56.0% tiene pareja, el 34.8% manifestó tener encuentros sexuales con otras personas, el 78.8% no tiene hijos y el principal método de PF fue el condón (32.6%) para prevenir ETS (43,7%). El 61.5% no conoce el programa de PF de la EPS, el 71.7% no conoce el programa de la UCEVA y el 94.5% no asiste a un programa de PF. El 20.9% no participa en la toma de decisión de PF, los factores que pueden influir son la crianza y educación sexual por ambos padres ($p=0.10$), no conocer los programas de PF ($p=0.06$); sentir vergüenza, o ser motivo de burla al asistir a un programa de PF ($p=0.02$).

Conclusiones. En el proceso de la toma de decisión los hombres no tienen conocimiento de los programas de PF ni asisten a ellos, sin embargo, participan en la toma de decisión de planificación familiar.

Palabras claves. Participación, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, anticoncepción.

ABSTRACT

Actions designed to increase male involvement in birth control and family planning programs (BC/FP) have been inadequate and were targeted by female population.

Objective. Determine the factors that influence male involvement in BC/FP decision making for undergraduates.

Methodology. Correlational and cross-sectional study with 325 students from the Unidad Central Del Valle Del Cauca (UCEVA). An Annette O'Connor survey was applied, and data was analyzed using SPSS statistics 20.

Results. The average age was 22,6 years old. 85,8% respondents were single; and 91,4% came from the urban area; 92,9% were in the Colombian National Health and Social Security System (SGSSS, by its Spanish acronym); 56,0% had a couple; 34,8% had sexual encounters with other people; 78,8% had no children; and for 32,6% condom was the main BC/FP contraceptive method to prevent STD (43,7%). 61,5% was not aware of BC/FP programs offered by Health promoting entities (EPS, by its Spanish acronym); 71,7% was not familiar with UCEVA's program; and 94,5% was not attending to a BC/FP program. 20,9% was not involved in the BC/FP decision making; the factors that may have influenced them were upbringing and sexual education by the parents ($p=0.10$), not knowing any BC/FP programs ($p=0.06$); being ashamed or being mocked when attending to a BC/FP program ($p=0.02$).

Conclusions. Men are not familiar with BC/FP programs nor attend to any of them during the process of decision making, however, they take part in birth control decision making.

Key words. Participation, sexual and reproductive healthcare, birth control and family planning, contraception.

TÍTULO

Algunos factores que influyen en la toma de decisiones de planificación familiar de los hombres universitarios de la Unidad Central del Valle del Cauca del año 2017.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBELMA

En Latinoamérica y otras regiones del mundo, principalmente en los países subdesarrollados, la transmisión de costumbres y tradiciones mantienen una cultura machista. Según José Olavarría (1), la función paterna es una función de poder, el modelo hegemónico de masculinidad se ordena en torno a la función paterna; su figura central es el padre y su prescripción fundamental llama a todo hombre a ser un patriarca, tomando el control de las mujeres a través de la sexualidad, creando la discriminación y subordinación del género femenino.

Este comportamiento masculino evidencia una cultura patriarcal en la sociedad actual, “los varones no han estado comprometidos ni vinculados responsablemente con la salud, el auto cuidado y la sexualidad, y asumen estos asuntos con dificultad descontextualizados de los avances logrados por las mujeres” (2) (3).

En el caso de la vinculación de los hombres en los programas de promoción de la salud, se ha visto la escasa participación como producto del desconocimiento o la falta de interés por estos temas, por ejemplo, en el programa de planificación familiar las acciones para hacer efectiva la incorporación de los hombres se dirigen a la divulgación, información y educación, y no precisamente a la identificación de las necesidades masculinas, inmersas en el entramado de condicionamientos socioculturales y de género. (4).

A pesar de que se ha impartido información sobre planificación familiar, esta no ha sido suficientemente clara o no ha sido tomada en cuenta por algunos hombres; En 1994, en el innovador Programa de Acción emitido en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) se incluía una recomendación a los gobiernos referente a los hombres y la salud reproductiva: se “Deberían hacerse esfuerzos especiales por insistir en la parte de responsabilidad del hombre y promover la participación activa de los hombres en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia” (5).

Los gobiernos en la actualidad están tomando cartas en el asunto debido al aumento poblacional, al incremento de las enfermedades de transmisión sexual

(ETS), a la mortalidad infantil, aumento en la práctica de abortos, embarazos a temprana edad entre otros. En Colombia, el Ministerio de Protección Social indica que las políticas de salud sexual y reproductiva (SSR) lo han hecho ver como “Un país latinoamericano exitoso en cuanto a la disminución de fecundidad, debido a la rápida urbanización, el aumento de la escolaridad y la gran aceptación de la planificación familiar por parte de la comunidad”(6).

Las estrategias y acciones en cuanto a planificación familiar tienen como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables. Los derechos humanos en el ámbito de la sexualidad son interdependientes con el derecho a la dignidad, la libertad y la igualdad, esto implica que las personas, hombres y mujeres, deben ser autónomos sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, tales como la actividad sexual, la orientación sexual o la identidad de género y su relación con la salud sexual y la salud reproductiva (7).

La educación académica ha permitido que a pesar de los obstáculos que se han encontrado en planificación familiar (PF) los hombres están pensando en futuro, con proyectos claros de vida, con estudios, viajes, mejoramiento de calidad de vida y por esta razón se estén interesando en los métodos de anticoncepción (MAC). Según Arrúa Armoa y colaboradores, (8) entre los métodos anticonceptivos más conocidos están el preservativo y la píldora del día después pero desconocen su efectividad.

En el Valle del Cauca, instituciones como Profamilia, hospitales, puestos de salud, escuelas, colegios y universidades están haciendo parte de una campaña de concientización de los jóvenes para que conozcan de primera mano los pro y los contra de una actividad sexual temprana y el uso adecuado de los métodos de planificación familiar; la política de salud sexual reproductiva tiene como fin incentivar el derecho que tienen los seres humanos a decidir el futuro. Ospina Medina y colaboradores (9) mencionan que los hombres que aún se resisten a la planificación familiar (PF) se ubican en las zonas rurales por falta de información y acceso a programas de salud.

Ochoa Marín y Vásquez Salazar, (10) señalan que la falta de oportunidades educativas, la cultura machista impartida, mitos, creencias religiosas, tradiciones entre otros, y la falta de recursos económicos de muchos jóvenes son algunas razones del porque los hombres no acuden de forma voluntaria a planificación familiar (PF), no entienden que esto va a favor del hombre como persona, como ser social que debe protegerse de embarazos no deseados, de enfermedades de transmisión sexual (11).

En Tuluá se encontró que los estudios realizados sobre planificación familiar, están relacionados y dirigidos hacia el sexo femenino y no sobre el sexo masculino y abordaron los temas de la educación sexual, sexualidad en el adulto mayor, y autocuidado en la salud sexual (12-15).

La información recopilada permite analizar que el hombre no ha tenido un papel principal como sujeto de investigación alrededor del tema de la planificación familiar y los factores que intervienen a la hora de decidir al respecto de su salud sexual y reproductiva más allá del método anticonceptivo. Por lo tanto la pregunta de investigación que se planteó resolver es: **¿Cuáles son algunos factores que influyen en la toma de decisiones de planificación familiar de los hombres universitarios en el año 2017?**

2. JUSTIFICACIÓN

El interés de esta investigación surgió de la problemática encontrada en el estudio que se realizó durante la práctica de la asignatura del joven en la Institución Agrícola Campo Alegre de Andalucía Valle del Cauca en el año 2015, el que se evidenció el poco conocimiento, participación e interés que tienen los adolescentes varones sobre el tema de inicio de su actividad sexual y planificación familiar, evadiendo responsabilidades como padres de familia y poca cooperación con la pareja en la decisión ante el método anticonceptivo.

El presente estudio pretendió pesquisar si existía la misma pauta en hombres universitarios de diferentes programas de la Unidad Central del Valle del Cauca, pues se consideró que como profesionales de enfermería en formación es de suma importancia conocer los factores sociales, culturales y económicos que contribuyen en la decisión de planificación familiar; cabe resaltar que los programas han profundizado sus estrategias en torno a la captación femenina, lo cual aporta parámetros de gran prevalencia a los programas de promoción y prevención, salud sexual y reproductiva incorporando métodos para cautivar la población masculina y sus parejas, mejorando adherencia y continuidad sobre la decisión de la anticoncepción, teniendo en cuenta que para lograr que un varón pueda participar se deben brindar un fácil acceso a estos programas.

Además al llevar a cabo esta investigación se adquirieron competencias en investigación para desarrollar en un futuro otros proyectos y ahondar en el campo amplio de la investigación.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que influyen en la participación de los hombres en la toma de decisiones de la planificación familiar en estudiantes universitarios en el año 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1. Identificar los conocimientos sobre los programas de salud sexual y reproductiva referido por los hombres.
- 3.2.2. Identificar los métodos anticonceptivos utilizados por los hombres universitarios.
- 3.2.3. Describir los factores socioculturales y económicos que intervienen en la decisión de la planificación familiar.
- 3.2.4. Identificar la participación en la toma de decisión de planificación familiar.
- 3.2.5. Determinar la asociación entre los factores y participación la toma de decisiones de planificación familiar.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO CONCEPTUAL

Para esta investigación, los conceptos que se manejaron son de gran importancia pues nos ayudó a clarificar el contexto de la investigación.

PLANIFICACION FAMILAR: Componente de la salud reproductiva que implica lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que desea tener, además de proporcionar la salud materno infantil y la paternidad responsable (16).

DECISIÓN: Se define la autonomía moral de las personas, considerando al paciente como alguien con derecho a decidir sobre su propia salud (17).

MASCULINIDAD: Es un conjunto de actitudes del género masculino que culturalmente resalta en un varón sus cualidades viriles como sementales o macho dominante frente a otro. Se refiere a los comportamientos y cualidades que dentro de una cultura se asocian con los hombres (18).

FACTORES: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (19).

CULTURA PATRIARCAL: Organización social primitiva en que la autoridad es ejercida por un varón jefe de cada familia, extendiéndose este poder a los parientes aun lejanos de un mismo linaje (20).

HOMBRE UNIVERSITARIO: Es aquella persona de género masculino que se encuentra matriculada en un programa académico ofrecido por una institución de educación superior universitaria activo en un proceso académico, su edad y características comportamentales pueden variar.

4.2 MARCO DE ANTECEDENTES:

A continuación se muestran los estudios realizados con respecto a la toma de decisión en pareja sobre planificación familiar.

En el año de 1999 Necchi y colaboradores (3) realizaron un estudio de Adolescente varón iniciación sexual y anticoncepción, el cual tuvo como objetivo describir las conductas y circunstancias psicosociales presentes en la iniciación sexual, los conocimientos, valoraciones y conductas acerca de la anticoncepción en adolescentes varones que concurren a la escuela secundaria en la Ciudad de Buenos Aires.

Para la realización de este estudio escogieron adolescentes varones entre 15 y 19 años escolarizados, los resultados obtenidos en este estudio fueron 55,5% de los varones estaban iniciando sus relaciones sexuales, su edad promedio de inicio fue de 15 años, se iniciaron con prostitutas (41,6%), con sus novias (26,6%), con amigas (20,2%) o con parejas ocasionales (10,7%). En muchos casos no hubo proceso decisorio previo (27,5%), en otros la decisión fue tomada con su pareja (21,9%) o con el grupo de amigos (21,5%). Un 57,5% manifestó haber tenido alguna preocupación, preponderantemente temor al SIDA.

También es cierto que el estudio descriptivo publicado por Prendes Labrada y colaboradores (16) en septiembre del 2000 tuvo como propósito identificar las causas de la baja participación de los hombres durante una consulta de planificación familiar, con una muestra de 300 hombres de ellos 100 eran adolescentes por ser un grupo vulnerable en la estrategia de planificación familiar (PF). Les aplicaron un cuestionario de 16 preguntas sobre la participación del hombre en la planificación familiar (PF).

Con la cual obtuvieron como resultado que de los 300 hombres encuestados solo el 3,6 % participaron en la consulta de planificación familiar (CPF). El 63,6 % de los que asistieron fueron con el objetivo de acompañar a sus parejas, el 27,4 % fue en busca de orientaciones y solo el 9 % fue con la intención de elegir entre ambos un método anticonceptivo (MAC).

En el año 1999 Fapohunda, Bolaji M. Y Naomi Rutenberg (11) publican un estudio titulado Expanding men´s participation in reproductive health in Kenya; el objetivo de esta investigación fue mejorar la eficacia de la planificación familiar (PF) y reproductiva, los servicios de salud y proporcionar la información que podría aumentar la captación, continuidad y consistencia de la participación de los hombres o de su pleno apoyo y cooperación para el uso de anticonceptivos por parte de sus parejas.

Se encontró como resultado un conocimiento generalizado de planificación familiar (PF) inadecuado, razón por la cual los hombres no apoyan a su pareja ni acuden a los servicios de planificación familiar; los hombres de las zonas rurales estaban en desventaja ya que tenían acceso limitado a la información sobre planificación familiar y el conocimiento de cómo funcionan los métodos.

La falta de conocimiento ha fomentado la percepción negativa, y algunos hombres y mujeres sostienen tenazmente a la idea de que los anticonceptivos tienen efectos secundarios que son malos para el cuerpo de sus parejas por ejemplo, los hombres dijeron que la vasectomía disminuía su capacidad sexual y la comparan con la castración de los toros, aunque la mayoría de estos efectos secundarios han sido descartados en la actualidad como mitos y rumores, los hombres y las mujeres de este estudio realmente los creen.

En los siguientes párrafos se evidencia la poca participación de los hombres en la decisión de la anticoncepción mencionados en cada uno de los estudios, a causa del tipo de relación emocional, la confianza entre pareja, grado de escolaridad, zona geográfica, tipo de crianza, las creencias, mitos, costumbres, y la edad de los hombres.

En el año 2009 Pinilla E. y colaboradores (2) realizaron una investigación en servicios de salud sexual y reproductiva según los adolescentes varones en Bucaramanga, Colombia con el objetivo de caracterizar las necesidades básicas y las expectativas de los adolescentes varones desde su percepción, con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) enfocados en un estudio cualitativo etnográfico, mediante la estrategia de grupos de discusión donde utilizaron diálogos informales, entrevistas focales y observación, seleccionando un total de 52 participantes y 7 grupos focales donde a pesar de

las diferencias culturales y socioeconómicas los jóvenes concuerdan en sus percepciones, necesidades y expectativas acerca de la sexualidad y los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR). El análisis final mostró cuatro categorías: experiencias sobre servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), ideales sobre servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), pornografía y sexualidad.

Más adelante corriendo el tiempo en el año 2010 Ochoa-Marin y colaboradores (10) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de analizar las publicaciones científicas sobre salud sexual de los hombres en Colombia en las dos últimas décadas y determinar los principales hallazgos sobre el conocimiento del tema en nuestro país.

De 32 artículos analizados, sólo 4 (12,5 %) rescataron la voz masculina; La mayoría se orientó hacia la población joven, estudiantes de colegios y universidades en quienes se exploraron conocimiento, percepción, comportamientos y conductas de riesgo frente a la salud sexual y reproductiva y no se encontraron artículos que indagaran la salud sexual de los adultos mayores, sólo 1 artículo exploró aspectos relacionados con la disfunción eréctil y ninguno hizo énfasis aspectos culturales de alguna región.

Por otra parte Ospina y colaboradores (9) en el año 2012 publicaron una investigación sobre ¿Qué saben los hombres del Valle de Aburrá acerca de la salud reproductiva? El propósito fue evaluar la información y las percepciones sobre algunos temas de salud reproductiva en hombres, con un estudio descriptivo prospectivo que utilizó una encuesta de 34 preguntas sobre temas de salud reproductiva aplicada a 478 hombres.

Los resultados de un 58,6% iniciaron las relaciones sexuales entre los 13 y 18 años de edad, 97,9% tienen algún conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual y 76,2% afirmaron no haber visitado a un asesor profesional antes de elegir un método anticonceptivo.

En ese mismo año encontramos que Arrúa Armoa y colaboradores (8) realizaron una investigación en conocimientos, actitudes y proceder de varones universitarios acerca de la actividad sexual y la planificación familiar, el objetivo

de esta investigación fue describir conocimientos, actitudes y proceder de los varones de una Universidad acerca de su actividad sexual y su planificación familiar, identificar las características del inicio de la actividad sexual y evaluar el conocimiento acerca de planificación familiar, para lograr el objetivo de esta investigación la población de estudio fue de 377 estudiantes de sexo masculino.

Obtuvieron como resultados que cuanto a la planificación familiar, sólo el 51,7% indicó saber de qué se trata; el 16% señaló al preservativo como método más eficaz, mientras que el 62,3 % no supo responder. Sin embargo el 73% conocía la píldora del día después y el 23% la utilizó con su pareja en alguna ocasión. La edad de inicio de las relaciones sexuales fue 15 ± 2 años en la que el 53,8% usó un método anticonceptivo. La primera relación sexual fue con la novia en 41 %. El 67% indicó tener pareja sexual al momento de la encuesta. El 2% refirió haber tenido al menos una relación homosexual y el 43% indicó haber sido infiel sexualmente en alguna oportunidad. El método anticonceptivo de preferencia fue el preservativo 72%.

De manera similar, el estudio de Shahjahan y colaboradores ⁽²¹⁾ realizó un análisis de la participación del varón y las variables dependientes e interdependientes y se evaluaron los efectos de los factores de riesgo sobre la participación de los hombres en los servicios de salud reproductiva. Encontrando como resultado que los hombres eran más propensos a estar involucrados en los servicios de salud reproductiva si contaban con variables como la educación secundaria o de nivel superior y, al igual que los que contaban con número de hijos igual o mayor a dos, y una duración de matrimonio de 5-10 años, y los que tenían con acceso a medios de comunicación en comparación con los hombres que no contaban con estas características.

Un estudio más reciente en el año 2015 la Lic. Martínez y Dra. C. Díaz Bernal (4) realizaron dos importantes estudios basados en la planificación familiar en hombres denominado Programa de planificación familiar y riesgo reproductivo sensible al género, con el objetivo principal de identificar las necesidades de atención relativas a salud reproductiva de los hombres, donde se realizó con un análisis de contenido cualitativo de tipo temático al programa de planificación familiar y riesgo reproductivo por el que se guían los servicios de planificación familiar.

Así mismo otro estudio realizado por Martínez Y Bernal (4) titulado percepciones de los hombres sobre sus necesidades de atención en la consulta de planificación familiar tuvo como objetivo identificar a partir de las percepciones de los hombres que asisten al servicio de planificación familiar, las necesidades de atención y la satisfacción de estas.

Los hombres investigados, a pesar de considerar necesaria la participación masculina en la PF, no siempre se mostraron dispuestos a garantizar su asistencia a la consulta y dejaron esa responsabilidad a su compañera. El argumento utilizado para justificar su infrecuencia e inconstancia en la asistencia al citado servicio, estuvo relacionado con su responsabilidad laboral.

Independiente de lo infrecuente que resulta la asistencia masculina a la consulta, todos los hombres encuestados asistían. La mayoría de ellos conocieron de la existencia de la consulta a través de sus compañeras afectivas. Casi todos afirmaron haber asistido por recomendación de ellas y no por iniciativa propia.

4.3 MARCO TEORICO

Dado que la mirada central de esta investigación estuvo puesta en los factores que influyen en la decisión sobre planificación familiar de los hombres universitarios fue necesario plantear algunos parámetros que sirvieran como ejes para la interpretación de la toma de decisiones y planificación familiar, Por lo cual se decidió utilizar la teoría propuesta por la enfermera Annette O'connor (17) aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud de Ottawa.

Según O'connor (17) la decisión implica el proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, donde se seleccionan aquellas alternativas que se perciben como más efectivas para lograr los resultados esperados y evitar los no deseados. El ambiente sanitario se caracteriza por enfrentar permanentemente situaciones decisionales, lo que puede ser potencialmente difícil, particularmente cuando el curso del tratamiento o de la enfermedad es incierto o cuando la decisión implica realizar concesiones valóricas entre riesgos y beneficios.

Según el modelo, tomar decisiones es una situación frecuente, aunque potencialmente difícil ya sea por las características del (la) usuario (a), del contexto o de la situación de la salud, esto provoca conflicto decisional entre los usuarios.

La forma en las que se toman las decisiones en la salud ha variado en el tiempo dependiendo de los constructos éticos que han sustentado las relaciones entre profesionales de la salud y usuarios. Este modelo de relación usuario-profesional predominó en la historia de la salud occidental hasta después de la segunda guerra mundial; movimientos sociológicos han influenciado en un nuevo paradigma más inclusivo y recíproco. En las disciplinas de la salud este paradigma ha estimulado un mayor énfasis en los constructos éticos de autonomía, beneficencia y justicia para implementar cuidados. La organización mundial de la salud, en 1978, declara que “las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación en su atención de salud”

Existen por lo menos cuatro aspectos básicos que se deben discutir para entender el fenómeno de la toma de decisiones, los cuales son:

- **Opciones y alternativas iniciales:** es importante que los usuarios analicen cada alternativa, conozcan sus implicaciones y resultados esperados. La interacción entre el profesional de salud y el usuario es crucial en este proceso. Se debe buscar que la información brindada no sea difícil de entender ya que esta puede influir en el proceso decisional y el usuario suele optar por la alternativa preferida del profesional.
- **Valores y utilidades de los resultados:** expresa la forma en que el usuario mide el atractivo de una determinada opción, se refleja en la simpatía del usuario por la alternativa. Esta inclinación se basa fundamentalmente en lo que ellos creen importante para ellos mismo o su familia.
- **La incertidumbre:** surge de la probabilidad de riesgo y beneficios de las opciones. Las probabilidades pueden ser objetivas, determinadas por datos estadísticos confiables, obtenidos en investigaciones realizadas a las

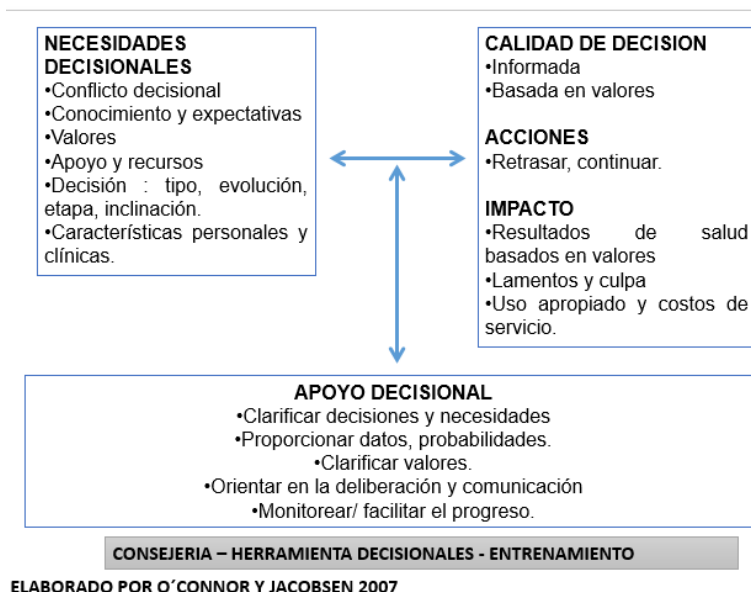
diversas alternativas; o subjetivas, representadas por las creencias y valores personales de los (as) usuarios (as). Así la incertidumbre se traduce en un “conflicto decisional” para las personas, especialmente cuando la elección no es consistente con sus valores.

- **Resultados o posibles consecuencias:** al tomar una decisión se espera conseguir el mejor resultado posible. Esto puede provocar una sobrecarga cognitiva y psicológica en las personas. Para contrarrestar estas sobrecargas, el apoyo del profesional de enfermería consistiría en indagar y considerar el “estilo de decisión” del (la) usuario (a), ya que podría afectar en dos sentidos: respecto de la forma en que se asimila la información, el grado en que desea implicarse en el proceso decisional.

De acuerdo con lo anterior, tomar decisiones en salud se ha convertido en un proceso informado y compartido entre profesionales y usuarios (as). Los fundamentos del modelo conceptual de Ottawa, apuntan a empoderar y apoyar a las personas en el ejercicio de sus derechos de salud, con una especial preocupación porque incorporen sus valores, alcancen expectativas realistas y decidan la alternativa que mejor se adapte a su situación, este modelo se sustenta en tres teorías: el modelo de expectativas de valor, conflicto decisional y el apoyo social. Basado en estas teorías, el modelo de Ottawa explora todo el proceso de tomar una decisión en salud. Comienza por identificar las necesidades decisionales, sigue con una fase donde se determina el apoyo decisional basado en las necesidades del usuario y finaliza por evaluar la calidad de la decisión tomada.

Existen factores externos que hacen más difícil la decisión como por ejemplo la falta de conocimientos de opciones y de sus potenciales resultados; expectativas o percepciones no realista acerca de los probables resultados, como exagerar o minimizar las probabilidades; poca claridad de los valores o la importancia personal, para obtener determinados resultados; percepciones pocas claras de otros involucrados en la decisión, incluyendo sus opiniones y conductas, presión social para escoger una opción, falta de apoyo personal, falta de habilidades o escasa seguridad en sí mismo o falta de recursos del entorno.

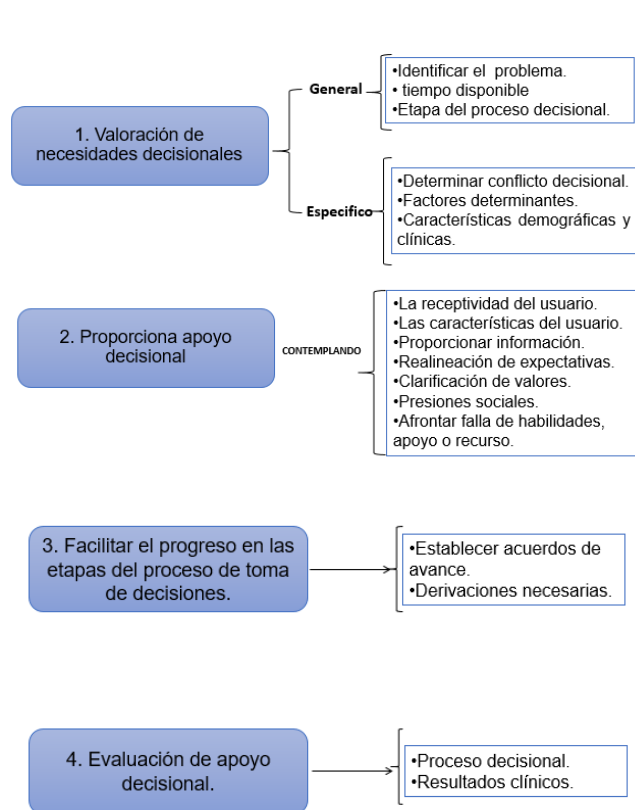
Figura 1. Estructura y aplicación del marco conceptual de Ottawa



Fuente: Traducción según lo señalado por O'connor y Jacobsen, 2007.

La figura N° 1 muestra como las necesidades decisionales y sus características afectaran la calidad de la decisión, las que incidirán en las acciones siguientes, que a su vez impactarán en los resultados de salud, emociones del (la) usuario(a) y en el uso y costos de los servicios de salud. Entonces, es aquí donde el apoyo decisional que otorgue el profesional de Enfermería, a través de consejería, entrenamiento u otras herramientas decisionales, debe orientarse a la clarificación de necesidades decisionales y valores, entregar datos y probabilidades, facilitando la deliberación y progreso hacia la acción, intervenciones que impactaran positivamente sobre la calidad de la decisión final, respondiendo así a las necesidades del (la) usuario(a).

Figura 2. Proceso de apoyo decisional



Fuente: Traducción según lo señalado por O'Connor y Jacobsen, 2007.

El funcionamiento de esta estructura conceptual, depende de cómo se desarrolla el "Proceso de Apoyo Decisional", el cual tiene básicamente cuatro etapas:

4.3.1. Valoración de las necesidades decisionales: donde enfermeras(os) y usuarios(as) deben indagar sobre las deficiencias que deben ser compensadas para llegar a tomar una buena decisión. Se implementa en dos sub-etapas.

- **Valoración general:** orientada a identificar y clarificar el problema decisional, la predisposición hacia una determinada opción, determinar el tiempo disponible para tomar la decisión y la etapa del proceso de toma de decisión en el que se encuentra el (la) usuario(a) que influirá en la receptividad para discutir la información y la decisión.

- **Valoración específica:** dirigida a determinar la existencia de conflicto decisional y a identificar los factores que pueden incidir en la toma de decisión, como el conocimiento acerca de las opciones, el valor otorgado a las opciones y la participación de otros en el proceso decisional. Otro aspecto a indagar son las características demográficas y clínicas del (la) usuario(a).

4.3.2. Proporcionar apoyo decisional: corresponde a una serie de intervenciones diseñadas para ayudar a las personas a tomar una decisión específica y deliberar entre las opciones (incluyendo no hacer nada), para proporcionar (como mínimo) información sobre las opciones y resultados relevantes para su salud. Debe contemplar:

- **La receptividad del(la) usuario(a):** las estrategias de intervención se deben adaptar a la etapa del proceso decisional en la que se encuentre el(la) usuario(a).
- **Características del(a) usuario(a):** las intervenciones deben considerar sus características personales y clínicas. Además debe ser flexible al grado de participación que la persona desea tener en la toma de decisión, para lo cual es necesario identificar el perfil del (la) usuario(a) respecto al “control decisional”, el que puede ser: activo, colaborativo o pasivo.
- **Proporcionar información sobre la situación de salud, opciones y resultados:** presentando todas las opciones viables, los potenciales beneficios y daños, los resultados esperados en cada opción. La forma de entregar esta información debe ser apropiada a las necesidades de cada usuario(a), ya sea por un profesional, por escrito o a través de multimedios, siempre verificando su comprensión.
- **Realineación de expectativas:** cuando las probabilidades percibidas por el (la) usuario(a) no concuerdan con los pro y los contra existentes para su situación. Para ello se debe entregar la información de probabilidades de los resultados de manera que la persona pueda imaginárselas e identificarse con la situación.
- **Clarificación de valores:** el (la) usuario(a) debe comprender como el resultado de cada opción lo afectara física, emocional y socialmente. De tal manera que tenga la oportunidad de juzgar que es lo que más les importa tanto de los riesgos

como de los beneficios. Puede resultar adecuado realizar discusiones de grupo o presentar ejemplos de personas que tienen diferentes valores y que toman diferentes decisiones.

- **Presiones sociales:** primero se debe evaluar lo percibido por el(la) usuario(a), centrándose en las personas que son realmente significativas y en aquellos aspectos que son importantes en la decisión que se está tomando, posteriormente afrontar las fuentes relevantes de presión invitándolos a participar de las discusiones deliberativas con el apoyo de un mediador.
- **Afrontar la falta de habilidades, apoyo o recursos:** el profesional de enfermería debe ayudar al (la) usuario(a) a acceder y adquirir aquellos aspectos faltantes. En algunos casos deben ser derivados(as) a otros profesionales de salud, grupos de apoyo, servicios voluntarios, u otros.

4.3.3. Facilitar el progreso en las etapas del proceso de toma de decisión: se refiere a ir estableciendo acuerdos respecto de la elección de opciones con el (la) usuario(a) y realizar compromisos para dar pasos hacia su implementación. Además, realizar las coordinaciones para derivar a otros profesionales de ser necesario.

4.3.4. Evaluación del apoyo decisional: la evaluación debe dirigirse a dos áreas: al proceso decisional y a los resultados clínicos.

Respecto del **proceso decisional**, considera que una buena decisión es aquella que las personas realizan infamadamente, consistentes con sus valores personales, sobre expectativas realistas, son llevadas a cabo y concluyen con la expresión de satisfacción de los participantes.

En relación con los **resultados clínicos**, se espera que sean favorables, sin embargo, reconoce que pueden ser variables debido a la incertidumbre científica, o al equilibrio entre riesgos y beneficios, por lo que es posible que buenas decisiones igual puedan llevar a malos resultados clínicos.

4.4 MARCO LEGAL

Esta investigación se encuentra acorde a los requisitos legales de la actualidad basados en la modificación que realiza el Sistema General de Seguridad en Salud con el decreto 2968 de 2010 por el cual la comisión nacional intersectorial garantiza y promueve los derechos sexuales y reproductivos mediante los cuales se regula a las personas sean hombre o mujer, para esto es necesario tener en cuenta la Norma Técnica 412 del 2000.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 establece para el estado dimensiones prioritarias de la cual la quinta dimensión trata de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género en la que se describe que estos derechos se ejercen a través de la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción. 2007-2010 (22).

Aunado a lo anterior es importante traer a colación la Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (7) la cual dice como se concibió la idea, para desarrollar una de las dimensiones definida en el Plan Decenal de Salud Pública, por ello tiene como vocación concreta y la preocupación constante del Ministerio de Salud y protección Social de velar por la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva estipulados en la guía de atención para el desarrollo de las actividades de protección específica, detección temprana como el acceso a la Planificación Familiar en hombres y mujeres atención de enfermedades de interés en Salud Pública, su entendimiento como medio para que el bienestar físico mental y social sea posible, para los pueblos, grupos y comunidades de este vasto país, sin ningún distingo propiciado en la diferencia o las condiciones de vulnerabilidad en que puedan encontrarse inmersos y donde el enfoque de derechos, género y diferencial sea realmente materializado, a través de la prestación de servicios de calidad, humanizados, dignos y solidarios colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país.

Asociado a lo anterior la Constitución Política de Colombia de 1991 considera que los derechos sexuales y reproductivos son una parte fundamental de los Derechos Humanos donde se agrega el Artículo 42 (23) como base de fundamentación para este proyecto de investigación sostiene el derecho de la pareja a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos; la familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o

jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla.

Esto se fundamenta en el decreto 2968 de 2010, donde se adopta el artículo 13 (24) que tiene como objetivo primordial de todos y cada uno de los niveles educativos el desarrollo integral de los educandos, plantea su logro mediante acciones estructuradas encaminadas a formar la personalidad y la capacidad de asumir con responsabilidad y autonomía sus derechos y deberes, de este es importante destacar el siguiente literal: d) Desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo cuantitativo de corte transversal.

Sampieri (25) definió que un estudio descriptivo especifica las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que sea sometido a análisis; miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. El presente es un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.

Por consiguiente, este estudio permitió mostrar las características acerca de los factores que influyen en la toma de decisión de planificación familiar de los hombres universitarios de la Unidad Central del Valle del Cauca en el año 2017.

Igualmente, Sampieri dice que el diseño cuantitativo, usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la decisión numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

Es por eso que a través de la aplicación de una encuesta estructurada se recogió los datos sobre los factores que influyen en la toma de decisión de los hombres frente a la planificación familiar, lo cual permitió analizar los resultados con métodos estadísticos.

Los diseños de investigación transversal, recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. En este caso, la obtención de datos se realizó en el periodo de febrero-agosto del 2017.

5.2 ÁREA DE ESTUDIO:

La Unidad Central del Valle del Cauca conocida como la UCEVA es una Institución Universitaria Pública de Educación Superior, creada mediante el acuerdo No. 24 de junio de 1971, del Concejo Municipal de Tuluá - Valle del Cauca (Colombia), como alternativa de acceso a la educación superior para los bachilleres del centro y norte del Valle del Cauca.

La universidad inició sus actividades académicas con la Facultad de Derecho y el Departamento de Ciencias Sociales, en 1971. Actualmente ofrece quince(15) programas académicos presenciales propios: Derecho, Administración de Empresas, Contaduría pública, Medicina, Comercio internacional, Enfermería, Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, Recreación y Deporte, Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Lenguas Extranjeras, Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Ciencias Sociales, Ingeniería de Sistemas, Ingeniería Industrial, Ingeniería Ambiental, Ingeniería Electrónica, Tecnología Ambiental y Agropecuaria, Tecnología en Logística Empresarial y siete (7) programas a distancia en convenio con la UPTC (Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia): Tecnología en Administración en Salud, Tecnología en Obras Civiles, Tecnología en Electricidad, Tecnología en Máquinas y Herramientas, Tecnología en Regencia de Farmacia, Ciclo profesional en Mercadeo Agroindustrial y Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Matemáticas, Humanidades y Lengua Castellana.

La Unidad Central del Valle (Uceva), cuenta con un área de bienestar institucional que ofrece un programa de planificación familiar a los estudiantes de toda la institución que incluye: asesorías de psicología y planificación familiar, consulta médica, dispensario de medicamentos y recambio de blíster de píldora anticonceptiva según convenios con las EPS, a este programa actualmente asisten 26 hombres los cuales reclaman el método anticonceptivo para su pareja.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por **1.819** hombres universitarios matriculados en el periodo académico 2017-2.

El muestreo fue de tipo probabilístico en el que cada unidad de población de referencia tuvo la misma probabilidad de selección conocida. Es decir, la muestra tuvo las mismas características de la población de estudio, para que fuera representativa.

Para este estudio se utilizó un muestreo aleatorio estratificado proporcional en donde se dividió toda la población en diferentes subgrupos o estratos (programas) y luego se seleccionaron aleatoriamente a los sujetos finales de los diferentes estratos en forma aleatoria utilizando el programa EPIDAT 3.1, de acuerdo a la siguiente tabla:

Estrato (Programa)	N	n
Enfermería	36	9
Medicina	272	65
Administración de empresas	92	11
Contaduría pública	82	17
Comercio internacional	100	13
Derecho	436	54
Ingeniería en Sistemas	48	7
Ingeniería Agropecuaria	28	8
Ingeniería Ambiental	103	7
Ingeniería Industrial	184	23
Ingeniería Electrónica	55	8
Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Educación Física, Recreación y Deporte	323	68
Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Lenguas Extranjeras	82	35

Se seleccionaron a los universitarios que cuenten con los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Hombres universitarios de la Unidad Central del Valle del Cauca.
2. Que estuvieran matriculados actualmente en alguno de los programas académicos.
3. Que estudiaran en la jornada diurna o nocturna.
4. Que aceptaran la participación voluntaria en el estudio y firmaran el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Menores de 18 años.
2. Estudiantes de programas a distancia.

5.4 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para desarrollar este estudio, se consideraron algunos aspectos como el tamaño de la población, el nivel de confianza de la prueba y el margen de error.

Se utilizó la formula estadística para población finita:

$$n = \frac{N.Z^2.p(1-p)}{(N-1).e^2 + Z^2.p.(1-p)}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que se deseaba calcular

N =Tamaño del universo

Z = Es la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado. En este caso fue:

Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es la margen de error máximo admito, en este estudio es del 5% (0,05)

p = Es la proporción que se esperó encontrar. Probabilidad de ocurrencia del fenómeno, Aquí la proporción es de 0,5.

Con la aplicación de esta fórmula se realizó el cálculo de la muestra para los estudiantes encuestados en el cual se obtuvo un resultado de 320 estudiantes.

5.5 AJUSTE DE LA MUESTRA POR NO RESPUESTA

Se realizó el ajuste por no respuesta ya que el tema de la participación en la planificación familiar es un tema de difícil indagación entre los hombres. Se consideró el 15% de no respuesta para realizarse el ajuste al tamaño de muestra.

$$n2 = \frac{n1}{1} - \%NR$$

Donde:

n1: Tamaño de muestra calculado inicialmente (318 estudiantes).

n2: Ajuste por no respuesta.

Luego de aplicar la fórmula anterior, se obtuvo un tamaño de muestra de 376 hombres.

5.6 VARIABLES

- **Variable independiente:** factores demográficos, socioculturales, económicos y características de acceso a los programas de planificación familiar.
- **Variable dependiente:** toma de decisión en planificación familiar.

Operacionalización de variables: (ver anexo 1)

5.7 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Una vez obtenida la autorización del comité de ética, se obtuvo el tamaño de la muestra de cada facultad, programa académico y semestre, de acuerdo a una elección aleatoria, se contactaron a los posibles participantes, se solicitó permiso a los docentes para explicar el propósito del estudio, posteriormente quienes aceptaron y consideraron su participación, realizaron el diligenciamiento del consentimiento informado, posteriormente diligenciaron la encuesta digital de Google drive disponible en internet y se aplicó a 325 hombres universitarios de la Unidad Central del Valle del Cauca en los meses de abril, mayo y agosto del año 2017.

La encuesta conto con la siguiente estructura:

- ✓ Datos de identificación: 21 Preguntas
- ✓ Factores socioculturales: 3 Preguntas
- ✓ Acceso a programas de planificación familiar: 5 preguntas
- ✓ Decisión en planificación familiar: 15 preguntas

5.8 ANALISIS DE RESULTADOS

Una vez recolectada la información, se organizaron y se tabularon los datos en una tabla del programa Microsoft Office Excel 2010 que luego se exportaron al programa SPSS versión 20 para el análisis descriptivo e inferencial.

En primera instancia se hizo un análisis exploratorio, luego se realizó un análisis univariado y análisis bivariado para las variables que fueron susceptible de cruce.

Los resultados univariados se calcularon las medias, desviación estándar, porcentajes e intervalos de confianza de cada variable de acuerdo al tipo de datos, se utilizó la prueba de T-student y chi cuadrado de acuerdo al tipo de dato, se consideraron significativos los valores de $p < 0.05$ en pruebas de dos colas y la presentación de los resultados se hizo por medio de tablas y gráficos.

Para medir la variable de participación en la toma de decisión familiar se tomaron siete preguntas del cuestionario: buscar asesoría para la decisión, tipo de persona de quien busca asesoría, planifica el número de hijos, quien decide el método anticonceptivo, si es su pareja quien decide se siente presionado, qué papel desempeña en la decisión y ayuda a la pareja en la toma de decisión.

Por consiguiente estas preguntas se recodificaron en una variable donde se tuvieron en cuenta 182 hombres que tenían pareja en la actualidad, luego se hizo una nueva recodificación en distinta variable dándole valor a si=1 y no=0. Finalmente, se estableció la siguiente escala de calificación: quienes respondían de 0 a 3 (cero-tres) preguntas se consideró como que no participaban y mayor

a 4 (cuatro) preguntas si participaban en la toma de decisión de planificación familiar.

Se colocó como parámetro del 60% o más de respuesta positivas para asignar que participan en la decisión lo que corresponde a un valor de 4 o más.

5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se ajustó a los principios éticos, realizados por el ministerio de salud y protección social de Colombia (26) que justifican la investigación de acuerdo a la normatividad a nivel nacional según la resolución 008430/93, en donde está consignado que toda investigación realizada en el ser humano debe primar el respeto a su dignidad, conservando sus derechos y su bienestar, buscando siempre proteger la privacidad del individuo, de acuerdo con lo establecido en el capítulo 1, artículo 5 y 8 de dicha resolución.

Así mismo, conforme al artículo 11 de dicha resolución, se cataloga esta investigación sin riesgo, ya que durante este estudio se emplearon técnicas y métodos en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

Según el artículo 6 de la misma resolución, esta investigación se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustó a los principios científicos y éticos que la justifican.

- b) Conto con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

- c) Se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realizó la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

De acuerdo a lo requerido en el artículo 14 esto está especificado en el consentimiento informado, previamente firmado por el participante, para el cual se tuvo en cuenta lo planteado en el artículo 15, donde se plasmó la información de manera clara, completa y entendible para los participantes de la investigación. Este consentimiento tuvo explicado cuales eran los objetivos de la investigación, que se mantuvo completa confidencial de los participantes durante el trabajo, que si el participante deseaba retirarse del estudio este lo podía realizar en cualquier momento, tuvo descrito cuantas secciones se llevarían a cabo durante este proceso y que se les entregaría al final de la investigación un documento escrito de los resultados obtenidos en esta.

6. RESULTADOS

En el presente trabajo participaron 325 hombres matriculados en las diferentes facultades de la Unidad Central del Valle del Cauca que se encuentran cursando los programas de Enfermería (n=9), Medicina (n=65), Administración de empresas (n=11), contaduría pública (n=17), comercio internacional (n=13), Derecho (n=54), Ingeniería en sistemas (n=7), Ingeniería agropecuaria (n=8), ingeniería ambiental (n=7), ingeniería industrial (n=23), ingeniería electrónica (n=8), Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Educación Física, Recreación y Deporte (n=68) y Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Lenguas Extranjeras (n=35). La edad del grupo promedio fue 22.6 años (DE=4.6). Las características de la población encuestada son mostradas en la tabla 1, el 85.8% (n=279) estaban solteros, el 91,4% (n=297) su procedencia era del área urbana.

Tabla 1 Características demográficas

Variable		n	%	IC 95%	
				Inferior	Superior
Estado civil	Casado	15	4,6	2,5	6,8
	Soltero	279	85,8	81,8	89,5
	Unión libre	30	9,2	6,2	12,6
	Divorciado	1	0,3	0,0	0,9
Procedencia	Rural	28	8,6	5,8	11,7
	Urbana	297	91,4	88,3	94,2
Facultades	Ciencias de la salud	74	22,8	18,2	27,7
	Ciencias administrativas, económicas y contables.	41	12,6	8,9	16,3
	Ciencias jurídicas y humanísticas	54	16,6	12,6	20,9
	Ingenierías	53	16,3	12,3	20,9
	Ciencias de la educación.	103	31,7	26,8	36,9

Los factores socioculturales que pueden influir en la toma de decisión de planificación familiar se encuentran relacionados en la tabla 2. Se encontró que el

67.7% (n=220) fueron criados por ambos padres e igualmente el 50,2% (n=163) recibieron la educación sexual por estos. Se encontró que el 85.2% (n=277) eran practicantes de alguna religión y el 92.9% (n=302) estaban afiliados a un régimen de salud.

Tabla 2 Factores socioculturales

Variable		n	%	IC 95%	
				Inferior	Superior
Nivel educativo alcanzado	Bachillerato	134	41,2	36,3	46,5
	Técnico	84	25,8	20,9	30,5
	Tecnólogo	38	11,7	8,3	15,1
	Universitario	69	21,2	16,6	25,8
Religión	Practicante	277	85,2	81,2	88,6
	No practicante	48	14,8	11,4	18,8
Crianza	Único padre	71	21,8	17,8	26,5
	Ambos padres	220	67,7	61,8	72,9
	Otros familiares	34	10,5	7,1	13,8
Máximo nivel educativo de las personas que lo criaron	Primaria	30	9,2	5,9	12,6
	Secundaria	104	32,0	26,8	37,5
	Técnico	53	16,3	12,3	20,9
	Universitario	133	40,9	35,4	46,5
	No tiene estudios establecidos	5	1,5	0,3	3,1
Educación sexual en su crianza	Único padre	99	30,5	25,9	35,4
	Ambos padres	163	50,2	44,9	55,4
	Otros familiares	33	10,8	7,1	13,2
	Amigos	30	9,2	6,2	12,6
Afiliación al SGSSS	Si	302	92,9	89,8	95,7
	No	23	7,1	4,3	10,2

Haciendo referencia a los factores económicos se observa que el 56.0% (n=182) de los participantes solo estudian y el restante estudian y trabajan; se encontró que la mayoría de los participantes tienen un estrato socioeconómico medio con 57.8% (n=188), seguido del estrato socioeconómico bajo con 34.5% (n=112) y el mayor porcentaje de los participantes reciben apoyo económico con 88.3% (n=287).

Tabla 3 Factores económicos

Variable		n	%	IC 95%	
				Inferior	Superior
Ocupación	Estudia	182	56,0	50,8	61,8
	Estudia y trabaja	143	44,0	38,2	49,2
Horas de trabajo diario	4 a 7 horas	67	20,6	16,3	25,5
	8 horas	39	12,0	8,6	15,7
	Más de 8 horas	23	7,1	4,3	10,2
	No aplica	196	60,3	54,8	65,8
Estrato socioeconómico	Bajo	112	34,5	29,5	40,0
	Medio	188	57,8	52,6	63,1
	Alto	25	7,7	4,9	10,8
Recibe apoyo económico	Recibe apoyo	287	88,3	84,6	91,4
	No recibe apoyo	38	11,7	8,6	15,4
Nivel de ingreso mensual de apoyo económico	<1SMLMV	73	22,5	18,2	27,1
	1-2 SMLMV	89	27,3	22,5	32,6
	>3 SMLMV	163	50,2	44,3	55,7

En cuanto a los conocimientos sobre el programa de planificación familiar se evidencia que en el programa de la UCEVA el 71.7% (n=23) no conocen el programa; seguido del 61.5% (n=200) no conocen el programa de la EPS o servicios amigables. El 94.5% (n=307) de los participantes no asisten a un programa de planificación familiar pareciera estar relacionado con falta de tiempo con 42.2% (n=137).

Tabla 4 Conocimientos sobre el programa de planificación familiar

Variable		n	%	IC 95%		
				Inferior	Superior	
Conocimiento existencia programa planificación familiar	Si	103	31,7	26,5	36,9	
	No	222	68,3	63,1	73,5	
Conoce programa de la UCEVA	Si	92	28,3	23,7	33,2	
	No	233	71,7	66,8	76,3	
Actualmente asiste a algún programa de planificación familiar	Si	18	5,5	3,1	8,0	
	No	307	94,5	92,0	96,9	
Conocimiento de horarios	Adecuado	55	16,9	12,9	21,2	
	Inadecuado	10	3,1	1,2	5,2	
	No conoce los horarios	201	61,8	56,6	66,8	
	No aplica	59	18,2	14,2	22,5	
Razones asistencia programa planificación familiar	no	Falta de tiempo	137	42,2	36,9	47,4
		Falta de interés	130	40,0	34,8	45,5
	a	cree que no es su responsabilidad, solo de su pareja	58	17,8	13,5	22,5

Tabla 5: En la actualidad en cuanto a salud sexual y reproductiva el 56.0% (n=182) tienen pareja, el 17.2% (n=56) tienen un tiempo de relación entre uno y dos años. Con 43,7% (n=142) predominaron los participantes que utilizan el método de planificación familiar para prevenir principalmente enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Tabla 5 Salud sexual y reproductiva

Variable		n	%	IC%	
				Inferior	Superior
Cuántos hijos tiene	Ninguno	256	78,8	74,2	83,1
	1	27	8,3	5,2	11,1
	2	31	9,5	6,5	12,9
	>2	11	3,4	1,5	5,2
En la actualidad tiene pareja	Si	182	56,0	50,8	61,5
	No	143	44,0	38,8	49,2
Cuánto tiempo lleva con su pareja	0-11 meses	42	12,9	9,5	16,6
	1-2 años	56	17,2	12,9	21,5
	3-4 años	41	12,6	8,9	16,6
	>5 años	43	13,2	9,2	16,9
	No tiene pareja	143	44,0	38,5	49,2
Encuentro sexual casual o continuo aparte de su pareja	Si	113	34,8	29,8	39,4
	No	212	65,2	60,6	70,2
Preferencia sexual	Heterosexual	307	94,5	91,7	96,9
	Homosexual	9	2,8	1,2	4,6
	Indefinidos	5	1,5	0,3	3,1
	Bisexual	3	0,9	0,0	2,2
	Transexual	1	0,3	0,0	0,9
Motivo por el cual usa el método de planificación familiar	Evitar el embarazo	94	28,9	24,0	3,8
	Prevención de enfermedades de transmisión sexual	142	43,7	38,2	48,6
	Ambos	89	27,4	22,5	32,6

En cuanto a los métodos anticonceptivos predominó el método de barrera como el condón con 32.6% (n=106), seguido de métodos hormonales como el anticonceptivo inyectable con 22.5% (n=73) y las píldoras anticonceptivas con

18.2% (n=59); a pesar que los participantes estén en un nivel educativo superior, siguen apareciendo aunque en menor proporción, los métodos naturales como el ritmo con 4.0% (n=3) y coito interrumpido con 3.4% (n=11)

Tabla 6 Métodos anticonceptivos utilizados por los hombres universitarios y sus parejas

Variable	N	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Siempre utilizan				
Condón	106	32,6	27,4	37,8
Inyección	73	22,5	17,8	27,4
Pastas – píldoras	59	18,2	13,8	22,5
Pila implantes	13	4,0	2,2	6,2
Ritmo	13	4,0	2,2	6,2
Coito interrumpido	11	3,4	1,5	5,5
Ligadura de trompas	8	2,5	0,9	4,3
Píldora día después	7	2,2	0,6	4,0
DIU T cobre	3	0,9	0,0	2,2
Espermicidas-óvulos	2	0,6	0,0	1,5
Vasectomía	2	2,6	0,0	1,5

La figura 3 muestra la participación de los hombres en la toma de decisión de planificación familiar, se encontró que los participantes se involucran con este proceso en el 79.1% de los casos en aspectos como: buscar asesoría para la decisión, planificar el número de hijos (no tener hijos en el momento, para el caso de esta investigación), decidir el método anticonceptivo, papel que desempeña en la decisión y ayuda a la pareja en la toma de decisión.

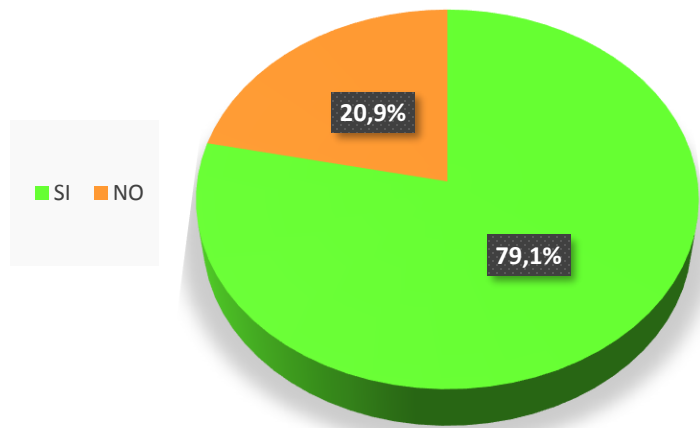


Figura 3. Participación en la toma de decisión de planificación familiar

En la tabla 7 se evidencian los factores y participación de la toma de decisión de planificación familiar, de las variables estudiadas y aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa se evidenció una tendencia de las variables en nivel de ingreso económico donde al tener un nivel de ingreso mayor a tres SMLMV hay más participación en la toma de decisión de planificación familiar con 54.9% (n=79) con una significancia estadística de (p=0.06), la crianza cuando está dada por los padres también refleja mayor participación con un 88.9% (n=128) con tendencia en la asociación estadísticamente significativa de (p=0.10); en cuanto a los conocimientos en la asistencia a los programas de planificación familiar hay una tendencia que hace pensar que al no conocer los programas no participan en la toma de decisión de planificación familiar con 81.6% (n=31) con una significancia estadística de (p=0.06); en cuanto a la variable si es motivo de burla al participar en planificación familiar se refleja una tendencia en la asociación estadísticamente significativa con (p=0.029 y un OR=0.08 [0.008-0.808] que al sentirse burlados no participan en la toma de decisión de planificación familiar con un 7.9% (n=3).

Tabla 7 Factores y participación en la toma de decisión de planificación familiar

Variable	Participación en la toma de decisión de planificación familiar			P
	Si	No		
Edad	<24 años	107(74,3%)	26(68,4%)	0,467
	>24 años	37(25,7%)	12(31,6%)	
Estado civil	Soltero	110(76,4%)	26(68,4%)	0,278

Variable		Participación en la toma de decisión de planificación familiar		P
		Si	No	
	Unión libre	24(16,7%)	6(15,8%)	
	Casado	9(6,3%)	6(25,8%)	
	Divorciado	1(0,7%)	0(0,0%)	
Procedencia	Rural	14(9,7%)	2(5,3%)	0,388
	Urbana	130(90,3%)	36(94,7%)	
Etnia	Mestizo	132(91,7%)	34(89,5%)	0,671
	Afro descendiente	12(8,3%)	4(10,5%)	
Religión	Practicante	123(85,4%)	31(81,6%)	0,560
	No practicante	21(14,6%)	7(18,4%)	
Estrato socioeconómico	Bajo	48((33,3%)	11(28,9%)	0,711
	Medio	86(59,7%)	23(60,5%)	
	Alto	10(6,9%)	4(10,5%)	
Preferencia sexual	Heterosexual	140(97,2%)	35(92,1%)	0,245
	Homosexual	1(0,7%)	1(2,6%)	
	Indefinidos	1(0,7%)	2(5,3%)	
	Bisexual	1(0,7%)	0(0,0%)	
	Transexual	1(0,7%)	0(0,0%)	
Ocupación	Estudia	72(50,0%)	18(47,4%)	0,773
	Estudia y trabaja	72(50,0%)	20(52,6%)	
Horas laborales	8 horas	16(11,1%)	8(21,1%)	0,227
	4 a 7 horas	35(24,3%)	9(23,7%)	
	>8 horas	15(10,4%)	1(2,6%)	
	No aplica	78(54,2%)	20(52,6%)	
Nivel de ingresos	<1SMLMV	30(20,8%)	13(34,2%)	0,066
	1-2 SMLMV	35(24,3%)	12(31,6)	
	>3 SMLMV	79(54,9%)	13(34,2%)	
Apoyo económico	Recibe apoyo económico	123(85,4%)	31(81,6%)	0,560

Variable		Participación en la toma de decisión de planificación familiar		P
		Si	No	
	No recibe apoyo económico	21(14,6%)	7(18,4%)	
Crianza	Padres	128(88,9%)	30(78,9%)	0,107
	Otros familiares	16(11,1%)	8(21,1%)	
Nivel educativo crianza	Primaria	9(6,3%)	6(15,8%)	0,363
	Secundaria	45(31,3%)	9(23,7%)	
	Técnico	25(17,4%)	7(18,4%)	
	Universidad	63(43,8%)	15(39,5%)	
	No tiene estudios establecidos	2(1,4%)	1(2,6%)	
Educación sexual en su crianza	Padres	117(81,3%)	26(68,4%)	0,215
	Otros familiares	15(10,4%)	6(15,8%)	
	Amigos	12(8,3%)	6(15,8%)	
Cuánto tiempo lleva con su pareja	0-11 meses	33(22,9%)	9(23,7%)	0,783
	1-2 años	42(29,2%)	14(36,8%)	
	3-4 años	34(23,6%)	7(18,4%)	
	>5 años	35(24,3%)	8(21,1%)	
Encuentro sexual casual o continuo aparte de su pareja	Si	41(28,5%)	9(23,7%)	0,556
	No	103(71,5%)	29(76,3%)	
Afiliación SGSSS	Si	136(94,4%)	34(89,5%)	0,272
	No	8(5,6%)	4(10,5%)	
Conocimiento a Programas	Si	49(34,0%)	7(18,4%)	0,064
	No	95(66,0%)	31(81,6%)	

Variable	Participación en la toma de decisión de planificación familiar		P	
	Si	No		
planificación familiar				
Horarios y programación de citas para hombres	Adecuados Inadecuados	19(15,2%) 106(84,8%)	6(22,2%) 21(77,8%)	0,372
Actualmente asiste a algún programa de planificación familiar	Si No	12(8,3%) 132(91,7%)	1(2,6%) 37(97,4%)	0,307
Motivo por el cual usa el método de planificación familiar	Evitar el embarazo Prevención de enfermedades de transmisión sexual Ambos	48(33,3%) 59(41,0%) 37(25,7%)	18(47,4%) 15(39,5%) 5(13,2%)	0,157
Intimidación o avergonzado al encontrarse con servicio PF por mujeres	Si No	7(4,9%) 137(95,1%)	4(10,5%) 34(89,5%)	0,192
Motivo de burla al participar en planificación familiar	Si No	1(0,7%) 143(99,3%)	3(7,9%) 35(92,1%)	0,029

*Edad: se categorizo en < de 24 años y > de 25 ya que esta era la edad media de los hombres participantes en este estudio.

7. DISCUSIÓN

En la presente investigación, se indagó acerca de la participación de los hombres en la planificación familiar, los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y el uso de estos, y la relación de los factores demográficos, socioculturales, y económicos que pueden intervenir en la decisión de planificación familiar, demostrando así el rol del varón frente a la misma

Con respecto a las características demográficas evaluadas en esta investigación, se puede ver que la edad media de los participantes encontrada fue de 22.6, lo que evidencia una población adulta joven; a partir de ahí las facultades donde más porcentaje se obtuvo fueron ciencias de la educación con un 31,7% y ciencias de la salud con un 22,8%, ya que en la elección aleatoria estratificada se obtuvo mayor número de participantes de algunas facultades.

En relación a los factores socioculturales se puede notar que la crianza y la educación sexual durante la misma está dada principalmente por ambos padres y el 92,9% de estos tienen una afiliación SGSSS (sistema general de seguridad social en salud); lo que podría indicar que los participantes al estar afiliados tienen plena cobertura del sistema de salud, obteniendo grandes posibilidades de acceder a los programas de salud sexual y reproductiva.

Por otra parte esta investigación evidenció que el 20,9% no participaban en la decisión de planificación familiar, ya que no buscan asesoría del personal de salud, sin embargo, brindan algún tipo de apoyo a su pareja en la decisión del método anticonceptivo a utilizar y planear el número de hijos que desean tener.

En cuanto al conocimiento de la existencia de los programas de planificación familiar el 68,3% no conoce estos programas, similar a los resultados de Henry A. Rengifo en el que se muestra que el 50,6 % no conocen la existencia de programas de planificación familiar(27). Al no haber conocimiento en el proceso de planificación familiar, esto influye en el desarrollo de los programas de enfermería ya que la educación pertinente sobre los temas de planificación familiar , no logra llegar hacia el público deseado debido a la poca adherencia y asistencia de los hombres, así mismo influye de forma institucional puesto que no se ha logrado una captación

adecuada lo que podría favorecer en el aumento del número de embarazos no deseados, además de enfermedades de transmisión sexual y prácticas inseguras de aborto.

Por otro lado, la promoción de técnicas anticonceptivas en ciertos contextos pueden sugerir una independencia sexual para el hombre sin la participación o apoyo a la mujer; fomentando la inequidad de género ya que esto puede reflejar el claro interés de los programas de salud siendo no equitativos con los hombres y sus necesidades en salud reproductiva sin falsas simetrías, entendiendo por equidad que se deben abordar hombres y mujeres en términos de autoridad, poder de decisión, autonomía y otros factores que influyen en la planificación familiar.

Según lo indagado al inicio de la investigación de 1819 hombres universitarios matriculados académicamente en la Unidad Central del Valle del Cauca del año 2017, solo 26 de estos participan en el programa de bienestar universitario referido por la enfermera encargada de bienestar institucional; de los encuestados el 94,5% no asisten actualmente a algún programa de planificación familiar diferente al programa de bienestar universitario, similar al estudio realizado por Gloria Ferrari que de 38 encuestados ninguno de ellos había acudido a algún centro hospitalario por consultas relacionadas con salud sexual y reproductiva.

De lo anterior podemos analizar que pareciera haber una influencia entre la variable de la asistencia y el no conocimiento de los horarios con un 61,8%, la falta de tiempo (42,2%) o falta de interés (40,0%), del mismo modo en el estudio de Vilma Rodríguez Morales donde “los hombres refirieron poca participación en la consulta de planificación familiar porque están dirigidas a mujeres y el horario interfiere con el trabajo o el estudio ya que estos se conforman con la información recibida por su pareja y dejarles a ellas la responsabilidad de aprender y hacerlos aprender a ellos”(28).

Por otra parte, los métodos anticonceptivos más utilizado referido por los hombres de esta investigación se encuentra el condón o método de barrera con un 32,6% ya que relacionan su uso, primordialmente para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y en segunda instancia para evitar los embarazos, opuesto al estudio de Karina Abou que solo el 13,5% usan este método ya que perciben el condón como displacer sexual (29). Aunque no es estadísticamente significativo es de relevancia mencionar que aún se utiliza un método natural como el ritmo, en un 4,0%, aunque en la actualidad la población tiene acceso a métodos de planificación modernos.

En cuanto a la edad, se categorizó en ≤ 24 y > 25 años donde se evidencia que participaron en mayor proporción los menores de 24 años con un 74,3% y en menor proporción los mayores de 25 años con un 31,6%; es así que podría decirse que los mayores de 25 años a pesar de haber alcanzado la adultez y tener una pareja o relación estable no participan en la decisión, igual que en la investigación de Gloria Ferrari los mayores de 36 años tienen poco interés en las actividades de PF,(30) El estado civil ratifica lo anterior ya que los solteros tienen una mayor participación en la decisión con un 76,4% (n=110) contrario a los casados que participan en un menor porcentaje con 6,3% (n=9). Contradictorio a la investigación de Marianela Prendes Labrada donde predominaron en un 77,4% los que eran casados, congruente con la edad de los solteros que participaron tenían un promedio de edad de 20 años(31).

Respecto a los hombres que han sido criados y educados sexualmente en un núcleo familiar tienen mayor participación en la toma de decisión de planificación familiar. Homogéneo al estudio realizado por Margaret E. Ana Biddlecom,(32) Henry A. Rengifo (27) y Silvia Nechi (3).

Los hombres educados en un núcleo familiar parecen tener bases morales y éticas en cuanto a una imagen definida de la familia que le permite proyectar la concepción de los hijos de una manera planeada y diferente a quienes no tienen un concepto de familia y bases familiares arraigadas.

De tal manera implica un riesgo evidente de contraer una enfermedad de transmisión sexual en mayor proporción para las mujeres y los hombres que consideran que por el tiempo que llevan con su pareja, y el tipo de relación, asumen que no hay una necesidad explícita de planificar o utilizar un método de barrera.

Según las relaciones de pareja a pesar de manifestar que contaban con un tiempo prolongado compartido en pareja es superior a 5 años, tiempo en el que se estima según la literatura científica internacional respondiendo a el ciclo de vida adulta en el que los individuos tienden a tener una estabilización de la relación y formación de la familia; participan en menor proporción con un 24,3% ; contrario a el estudio realizado en el 2013 por md Shahjahan (21), en el que participaban más en los servicios de salud sexual y reproductiva, quienes tenían tiempo superior a 5-10 años de matrimonio; además algunos hombres encuestados refirieron no tener encuentros sexuales aparte de su pareja y participar más en la toma de decisión en

un 71,5%, lo que hace pensar que hay una semejanza entre estas dos variables ya que existe una influencia en el tipo de relación semejante al estudio de Margaret E. Ana Biddlecom(32).

Por otra parte, se encontró que hay una tendencia a la asociación, entre las variables de la participación masculina en la decisión de planificación familiar y el conocimiento de existencia a programas de planificación familiar o lo que ofertan estos ($P=0,064$); A pesar de esto, existe una contradicción entre quienes expresaron que los horarios de programación de citas son adecuados, ya que los mismos mostraron una baja participación en la toma de decisión de planificación familiar con un 15,2%.

Por el contrario, quienes actualmente no asisten a algún programa de planificación familiar, son los que más participan en la toma de decisión con un 91,7%, distinto al estudio de Mariela Prendes Labrada (31) en el cual sí acudieron a los programas en un 69,6% pero no participaron en la elección del método; también se evidenció que los hombres que no se sienten intimidados o avergonzados al encontrarse con servicios PF concurridos por mujeres son los que más participan en la toma de decisión de planificación familiar.

Al comparar las variables motivo de burla al participar en planificación familiar y la toma de decisión, se puede observar una asociación entre quienes no lo consideran de esta manera ($p=0,029$) ya que son los que más participan en la toma de decisión de planificación familiar y es así que se requiere comenzar a ofertar el servicio como una consulta para dos y no solo para la mujer con la finalidad de cambiar la cultura, puesto que en la actualidad estos servicios están enfocados completamente a la población femenina (7).

Finalmente, Aunque esta investigación no pretendió comprobar una teoría enfermera, se puede decir que basadas en el proceso de toma de decisiones de oconor, con respecto a la decisión de planificación familiar, los hombres se involucraron en las fases de: Valoración de las necesidades decisionales, proporción de apoyo decisional y facilitación en el progreso de las etapas del proceso de toma de decisión. En este grupo de hombres la decisión estuvo orientada más a la elección del método de barrera como el preservativo con el fin de evitar las ETS que a la planificación en sí misma, posiblemente por la edad de los participantes del estudio.

De acuerdo a lo anterior se requiere de futuras investigaciones que permitan analizar el proceso de apoyo decisional, e involucrar también al profesional de la salud para establecer cómo se llevan a cabo las etapas planteadas por o'conor tales como de valoración de necesidades, Proporcionar apoyo decisional, facilitar el proceso de toma de decisión y evaluar el apoyo brindado por el personal de salud.

Por último, reconocemos las siguientes limitaciones del presente estudio: A) El tamaño de la población es bajo para realizar un mejor análisis inferencial y multivariado. B) El rango de edad de los participantes incluidos se agrupa principalmente en el adulto joven. C) El instrumento fue revisado por tres expertos en el tema, sin embargo no se le realizó un proceso completo de validación.

8. CONCLUSIONES

- Se puede concluir que en el proceso de la toma de decisión los hombres no tienen conocimiento de la existencia de los programas de salud sexual y reproductiva ni asisten a ellos, sin embargo, participan en la toma de decisión de planificación familiar.
- A pesar de que se ha ido incluyendo el género masculino en los servicios de salud sexual y reproductiva, se puede evidenciar que no se le ha dado la importancia al enfoque educativo desde los servicios de salud frente al tema de planificación familiar.
- Los estudiantes no aprovechan el servicio de planificación familiar que ofrece la Uceva, entre estos están la entrega de un método anticonceptivo sino la oportunidad de recibir educación en cuanto a su salud sexual y reproductiva.
- El preservativo fue el método anticonceptivo más usado por estos varones, lo valoran como eficaz para evitar la prevención de enfermedades y en segunda instancia para prevenir embarazos.
- Además se pudo evidenciar que los hombres que fueron criados y educados sexualmente por ambos padres, son los que tienen más participación en la toma de decisión de planificación familiar.
- Al cruzar las variables motivo de burla e intimidación por asistir al servicio de planificación familiar concurrido por mujeres y la variable la participación de la toma de decisión de planificación familiar arrojó un resultando con tendencia a la asociación lo que hace parecer que al sentirse burlados e intimidados no participan en la toma de decisión de la misma.

9. RECOMENDACIONES

- Es trascendental que el programa de bienestar universitario se siga fortaleciendo e incluyendo a la población masculina en el programa de planificación familiar.
- De acuerdo al poco conocimiento de los hombres en cuanto a los programas de salud sexual y reproductiva, y falta de tiempo para ir al programa de la EPS, es indispensable comenzar a implementar los programas de servicios amigables desde el programa de bienestar institucional con que cuenta la UCEVA.
- Es importante que futuros investigadores realicen estudios cualitativos para conocer las percepciones de la población masculina frente a los programas de planificación familiar y la decisión con su pareja.
- En beneficio de la democratización de la responsabilidad reproductiva, es importante seguir desarrollando líneas de investigación que profundicen el papel del varón en el proceso de planificación familiar.
- Se sugiere ampliar el estudio a otras áreas demográficas, distintas a la abarcada en nuestro estudio.
- Cuando la UCEVA apruebe el desarrollo de trabajos de investigación, se sugiere que la aprobación sea difundida a las diferentes facultades para que estas informen a sus docentes para generar compromiso, participación y mejorar la actitud en el proceso, que se valore la formación del estudiante como investigador.

BIBLIOGRAFIA

1. Olavarria J. Los estudios sobre masculinidades en América Latina. Un punto de vista. Anuario Social y Político de América Latina y el Caribe. 2003;6:91-8.
2. Pinilla M, Forero C, Valdivieso M. Servicios de salud sexual y reproductiva según los adolescentes varones (Bucaramanga, Colombia). Rev Fac Nac Salud Pública. 2009;27(2):164-8.
3. Necchi S, Schufer M. Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción (Argentina). Revista chilena de pediatría. 2001;72:159-68.
4. Martínez Boloña Y, Díaz Bernal Z. Programa de planificación familiar y riesgo reproductivo sensible al género. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2015;31(4).
5. Hill C. Explorando los roles de los Hombres en las decisiones de las mujeres de interrumpir el embarazo. Trabajo en proceso sobre los hombres y el aborto. 2009:30.
6. Ministerio P. Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres 2008:21.
7. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Política de Salud Sexual y Reproductiva. 2014. p. 143.
8. Arrúa Armoa AM, Bogado Mercado JE, Sauchuk Dejnega ME. Conocimientos, actitudes y proceder de varones universitarios acerca de la actividad sexual y la planificación familiar. DEL NACIONAL. 2012;4:30-4.
9. Ospina Medina LF, Álvarez ÁM, Cadavid ÁP, Cardona Maya WD. ¿Qué saben los hombres del valle de Aburrá acerca de la salud reproductiva? Iatreia. 2012;25:120-6.
10. Ochoa-Marin SC, Vásquez-Salazar EA. Salud sexual y reproductiva en hombres. Revista de Salud Pública. 2012;14:15-27.
11. Bolaji F, Rutenberg N. Expanding Men's Participation in reproductive Health in Kenya. 1999:75.
12. Rodríguez Cegue ER. Conocimientos, actitudes y prácticas de la sexualidad de los estudiantes del programa de enfermería Uceva
Tuluá: Unidad Central del valle del Cauca; 2006.
13. Alzate Sancehez YK. Conocimientos, percepciones y prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de los colegios del área urbana del municipio de Trujillo Tuluá: Unidad central del valle del Cauca; 2017.
14. Castañeda Giraldo JH. Creencias en salud sexual y reproductiva en jóvenes de grado 10 y 11 del colegio público. Tuluá: Unidad Central del valle del Cauca.
15. Grajales Rojas ME. Influencia de un programa educativo en los conocimientos, actitudes y prácticas de la sexualidad de los estudiantes del programa de enfermería de la Uceva. Tuluá: Unidad Central del valle del Cauca; 2010.

16. Prendes Labrada MdIC, Aparicio Arias Z, Guibert Reyes W, Lescay Megret O. Participación de los hombres en la Planificación Familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2001;17:216-21.
17. Légaré M OCA, Graham ID, Wells G, . Impacto del marco de apoyo a las decisiones de Ottawa sobre el acuerdo y la diferencia entre los pacientes y los médicos de conflicto decisional. . *Toma de decisiones médicas*. 2006;26(4):373-90.
18. Connel RW. La organización social de la masculinidad. *Masculinidad/es. Poder y crisis*,. 1997;2:31-48.
19. BOVER J. Condiciones de bioseguridad y percepción del riesgo: hacia la construcción de un mapa de riesgo en la Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad Nacional de La Plata. *Analecta Veterinaria*. 2012;32.
20. FRANCÉS M. Palabras para la igualdad de género en la educación. . *Pedagogía Magna*. 2011(11):465-9.
21. Shahjahan M, Mumu SJ, Afroz A, Chowdhury HA, Kabir R, Ahmed K. Determinants of male participation in reproductive healthcare services: a cross-sectional study. *Reproductive Health*. 2013;10(1):27.
22. Ministerio de Salud y Protección de Salud República de Colombia. Plan decenal de salud pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Imprenta Nacional de Colombia; 2013.
23. Constitución Nacional de Colombia, Artículo 42 (1991).
24. Decreto 2968 del 6 de Agosto 2010, (2010).
25. HERNÁNDEZ SAMPIERI R, FERNÁNDEZ COLLADO C, BAPTISTA LUCIO P. Metodología de la investigación 2003
26. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científico técnicas y administrativas para la investigación en salud., (. 1993).
27. Renginfo Reina EA, Cordoba Espinal Alexandra, Cerrano Rodriguez Mayerly. Conocimientos y practicas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Salud publica*. 2012;14(4).
28. Vilma RB. Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificacion familiar. *Revista cubana de salud publica*. 2016;42(1).
29. Abou Ormsaab Karina CCM. Determinantes socioculturales que condicionan la masculinidad y su inpacto en la salud sexual y reproductiva de los hombres. *Comunidad y salud*. 2013;11(1).
30. Gloria FB. Factores socioculturales que inciden en las practicas de planificacion familiar de la poblacion masculina en el distrito central 2012.
31. Marianela LP. Planificacion de la familia. *Revista cubana* 1998;14(3).
32. Ann B. Absent and problematic men demographic acounts of male reproductive roles. *Male reproductiva roles*. 2000;26(1):81-115.

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	VALORES POSIBLES	MÉTODO DE RECOLECCION
DEMOGRAFICOS				
Edad	Tiempo que ha transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento, hasta el momento de la aplicación de la encuesta.	Categórica nominal dicotómica	✓ 18 años a 35 años	Encuesta
Estado civil	Condición del individuo respecto a su relación de pareja.	Categórica Nominal Politómica	✓ Casado ✓ Soltero ✓ Unión libre ✓ Viudo	Encuesta
Procedencia.	Lugar de origen de una persona.	Categórica Nominal Dicotómica	✓ Rural ✓ Urbana	Encuesta
SOCIOCULTURALES				
Horas laborales vs ocupación	Promedio de horas trabajadas en la semana incluyendo tiempo extra relacionado con la actividad que se ejerce.	Categórica Nominal Politómica	✓ Medio tiempo(4 horas) ✓ Tiempo completo (8 horas) ✓ Horas extras(> 8horas)	Encuesta
Nivel educativo	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo que al	Categórica Ordinal	✓ Primaria completa	Encuesta

	finalizar se otorga un certificado o título.		<input checked="" type="checkbox"/> Secundaria completa <input checked="" type="checkbox"/> Tecnólogo <input checked="" type="checkbox"/> Universitario	
Tiempo de relación de la última pareja	Tiempo que la persona lleva con su pareja actual en años.	Cuantitativa Razón Continua	<input checked="" type="checkbox"/> 0.5 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> > 6	Encuesta
Etnia	Conjunto de personas que pertenecen a una misma raza y generalmente a una misma comunidad.	Categórica Nominal Politómica	<input checked="" type="checkbox"/> Afrodescendiente <input checked="" type="checkbox"/> Blanca <input checked="" type="checkbox"/> Indígenas <input checked="" type="checkbox"/> Otros	Encuesta
Orientación sexual	Se refiere a un patrón de atracción sexual, erótica, emocional, amorosa o afectiva duradera hacia otra persona.	Categórica Nominal Politómica	<input checked="" type="checkbox"/> Heterosexual <input checked="" type="checkbox"/> Homosexual <input checked="" type="checkbox"/> Bisexual <input checked="" type="checkbox"/> Transexual <input checked="" type="checkbox"/> Indefinidos	Encuesta
Religión	Conjunto de actividades humanas que suelen abarcar creencias y practicas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Categórica Nominal Politómica	<input checked="" type="checkbox"/> Católico <input checked="" type="checkbox"/> Cristiano <input checked="" type="checkbox"/> Evangélico <input checked="" type="checkbox"/> Pentecostal <input checked="" type="checkbox"/> Ateo	Encuesta

ECONÓMICO				
Nivel de ingresos	Mide la percepción monetaria	Categórico Ordinal	<input checked="" type="checkbox"/> Bajo (1 ò <1 SMLV)	Encuesta

			<input checked="" type="checkbox"/> Medio (2 SMLV) <input checked="" type="checkbox"/> Alto (>3 SMLV)	
--	--	--	--	--

ACCESO A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR				
Tipo de afiliación al SGSSS.	Persona que se encuentra afiliada a un régimen de seguridad social en salud.	Categoría Nominal Politémica	<input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Vinculado <input checked="" type="checkbox"/> Ninguno	Encuesta
Conocimiento frente a los servicios que existen actualmente para la población masculina.	Es el saber que tiene la población masculina frente a los programas ofrecidos en las entidades de salud.	Categoría Nominal Dicotómica	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Encuesta
Conocimiento de horarios y programación de citas.	Distribución de las horas en que se realiza una actividad o trabajo o se presta un servicio.	Categoría Nominal Dicotómica	<input checked="" type="checkbox"/> Adecuado <input checked="" type="checkbox"/> Inadecuado	Encuesta

TOMA DE LA DECISIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR				
Participación en la toma de decisión.	Son aquellas personas que toman la decisión bien fundamentada con relación a su salud sexual y reproductiva.	Categoría Nominal Politémica	<input checked="" type="checkbox"/> Usted <input checked="" type="checkbox"/> Su pareja <input checked="" type="checkbox"/> Ambos	Encuesta
Planificación del número de hijos.	Es decidir cuántos hijos desea tener y el intervalo entre embarazos.	Categoría Nominal Dicotómica	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Encuesta

Beneficios y riesgo de la toma de decisión.	Es el proceso mediante el cual se realiza una elección estructurada o no estructurada bajo un riesgo o un beneficio.	Categoría Nominal Dicotómica	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Encuesta
Presiones al tomar la decisión.	Es una forma de violencia para acceder a los caprichos y beneficios propios y de otras personas.	Categoría Nominal Dicotómica	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Encuesta
Papel que desempeña en la toma de decisión.	Posición en la que esta una persona ante la toma de una decisión.	Categoría Nominal Politómica	<input checked="" type="checkbox"/> Prefiere compartir la decisión con su pareja. <input checked="" type="checkbox"/> Prefiere decidir después de escuchar diferentes opciones. <input checked="" type="checkbox"/> Prefiere que otros decidan. <input checked="" type="checkbox"/> Toma un papel neutral frente a la situación.	Encuesta
Participación en la toma de decisión.	Apoyo afectivo, el conversar y tener la capacidad de contar y asumir las cosas personales en pareja.	Categoría Nominal Politómica	<input checked="" type="checkbox"/> Económico <input checked="" type="checkbox"/> Emocional <input checked="" type="checkbox"/> No participa <input checked="" type="checkbox"/> Cree que no es necesario apoyar la decisión.	Encuesta

Asesorías al tomar la decisión.	Es la asistencia técnica y profesional a aquellas personas que requieran asesoramiento de un tema específico.	Categoría Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personal de salud ✓ Consejero ✓ Familia ✓ Amigos 	Encuesta
---------------------------------	---	---------------------------------	---	----------

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA – FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD- PROGRAMA DE ENFERMERIA ENCUESTA SOBRE: “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DECISIONES DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LOS HOMBRES UNIVERSITARIOS DE LA UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA 2017”

OBJETIVO:

La presente encuesta tiene como objetivo recolectar la información pertinente y necesaria para el proyecto, esto permitirá determinar los factores que intervienen en la toma de decisión de planificación familiar de los hombres universitarios; lo que asentirá beneficiar a los servicios de salud sexual y reproductiva ya que pueden trabajar sobre la captación de la población masculina.

Agradecemos dar su respuesta con la mayor transparencia y veracidad a las diversas preguntas del cuestionario; cabe resaltar que los datos de identificación no serán divulgados y revelados en los resultados de este proyecto.

CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO:

- ✓ Señale dando un click en el campo asignado a cada respuesta.
- ✓ Seleccione una única respuesta a cada pregunta.
- ✓ Antes de señalar el campo de envió, verifique que ha llenado completamente los campos obligatorios.
- ✓ Al finalizar el cuestionario, señale la opción enviar y espere el mensaje de ejecución satisfactoria.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
1. Programa:	
Enfermería	<input type="checkbox"/>
Medicina	<input type="checkbox"/>
Administración de empresas	<input type="checkbox"/>
Contaduría pública	<input type="checkbox"/>
Comercio internacional	<input type="checkbox"/>
Derecho	<input type="checkbox"/>
Ingeniería en Sistemas	<input type="checkbox"/>
Ingeniería Agropecuaria	<input type="checkbox"/>
Ingeniería Ambiental	<input type="checkbox"/>
Ingeniería Industrial	<input type="checkbox"/>
Ingeniería Electrónica	<input type="checkbox"/>
Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Educación Física, Recreación y Deporte	<input type="checkbox"/>
Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Lenguas Extranjeras	<input type="checkbox"/>
Licenciatura en Inglés	<input type="checkbox"/>
2. Semestre:	
1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>
3. Jornada:	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>
4. Edad (Número de años):_____	

5. Estado civil	Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
6. Procedencia	Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>
7. Etnia	Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Indígenas <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
8. Que religión practica:	Católica <input type="checkbox"/> Cristiana <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Pentecostal <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
9. Estrato socioeconómico:	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
10. Usted ha sido criado por:	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Tíos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/>
11. ¿De quién recibió orientación sexual en su crianza?	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Tíos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/>
12. Máximo nivel educativo alcanzado de la persona	Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>

que lo acompañó durante su crianza:	Universidad <input type="checkbox"/>
	No tiene estudios establecidos <input type="checkbox"/>
13. Recibe apoyo económico de:	Padre <input type="checkbox"/>
	Madre <input type="checkbox"/>
	Ambos padres <input type="checkbox"/>
	Abuelos <input type="checkbox"/>
	Tíos <input type="checkbox"/>
	Pareja <input type="checkbox"/>
	No recibe apoyo económico <input type="checkbox"/>
14. Nivel de ingresos mensual de quien recibe el apoyo económico (salario mínimo legal vigente \$ 737.717)	368.858—737.717 <input type="checkbox"/>
	737.718— 1.475.434 <input type="checkbox"/>
	1.475.435 — 2.213.151 <input type="checkbox"/>
	Más de 2,213.151 <input type="checkbox"/>
15. Tipo de régimen de Salud:	Subsidiado <input type="checkbox"/>
	Contributivo <input type="checkbox"/>
	vinculado <input type="checkbox"/>
	Ninguno <input type="checkbox"/>
16. Nivel educativo que usted ha alcanzado:	Bachillerato <input type="checkbox"/>
	Técnico <input type="checkbox"/>
	Tecnólogo <input type="checkbox"/>
	Universitario <input type="checkbox"/>
17. ¿Cuál es su ocupación?	Estudia <input type="checkbox"/>
	Estudia y trabaja <input type="checkbox"/>
18. Si trabaja, ¿cuántas horas trabaja al día?	4 a 7 horas <input type="checkbox"/>
	8 horas <input type="checkbox"/>
	Más de 8 horas <input type="checkbox"/>
	No aplica <input type="checkbox"/>
19. Preferencia sexual	Heterosexual <input type="checkbox"/>
	Homosexual <input type="checkbox"/>
	Bisexual <input type="checkbox"/>
	Transexual <input type="checkbox"/>
	Indefinidos <input type="checkbox"/>
20. ¿En la actualidad tiene pareja?	Si <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>

21. ¿Cuánto tiempo lleva con su pareja?	< 6 meses	<input type="checkbox"/>	
	6 meses	<input type="checkbox"/>	
	1 año	<input type="checkbox"/>	
	2 años	<input type="checkbox"/>	
	3 años	<input type="checkbox"/>	
	4 años	<input type="checkbox"/>	
	5 años	<input type="checkbox"/>	
	>6 años	<input type="checkbox"/>	
	No aplica	<input type="checkbox"/>	
22. ¿Tiene algún encuentro sexual casual o continuo aparte de su pareja actual?	Si	<input type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	
23. ¿Conoce el programa de planificación familiar de la unidad central del valle del cauca (Uceva)?	Sí	<input type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	
24. ¿Sabe de la existencia de los servicios que actualmente se le ofrece a la población masculina en cuanto a planificación familiar?	Sí	<input type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	
25. Actualmente, ¿asiste a algún programa de planificación familiar?	Si	<input type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	
26. ¿De los siguientes cuáles servicios de planificación familiar conoce o ha escuchado?		Si	No
	Programa de Pro familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Servicios amigables del Hospital o EPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Programa universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Cree que los horarios y programación de citas en los servicios de planificación familiar masculinos son?	Adecuados	<input type="checkbox"/>	
	Inadecuados	<input type="checkbox"/>	
	No conoce los horarios	<input type="checkbox"/>	
	No aplica	<input type="checkbox"/>	

28. ¿Cuáles serían las razones por las que no asiste a un programa de planificación familiar?	Falta de tiempo <input type="checkbox"/> Falta de interés <input type="checkbox"/> Cree que no es su responsabilidad, solo de su pareja <input type="checkbox"/>
29. ¿Cree que sería motivo de burla para sus amigos si usted participa de los servicios que ofrece las entidades de salud sobre planificación familiar?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
30. ¿Se siente intimidado o avergonzado al encontrarse con un servicio de planificación familiar concurrido por mujeres?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

31. ¿Cuándo usted debe decidir sobre planificación familiar busca asesoría de personas que tengan conocimiento sobre el tema?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Delega función a su pareja <input type="checkbox"/>
32. ¿De qué tipo de persona busca asesoría de planificación familiar?	Personal de salud <input type="checkbox"/> Consejero / Amigos <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
33. ¿Planifica usted el número de hijos que desea tener?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
34. ¿Cuántos hijos tiene?	Ninguno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> >2 <input type="checkbox"/>

35. ¿Quién toma la decisión sobre el método anticonceptivo?	Usted <input type="checkbox"/> Su pareja <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>																																							
36. Si su pareja es quien toma la decisión, ¿usted se siente presionado a aceptarla?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																							
37. ¿Antes de tomar la decisión de planificar tiene en cuenta beneficios y riesgos de los métodos de planificación familiar?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																							
38. Del siguiente listado de métodos anticonceptivos, señale aquellos que ha escuchado:																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Método</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ligadura de trompas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vasectomía</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pastas (píldora)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIU (T cobre)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inyección</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pila (implantes)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Condón</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Espemicidas(óvulos, espumas)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lactancia materna</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ritmo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coito interrumpido</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Píldora del día después</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Método	Si	No	Ligadura de trompas			Vasectomía			Pastas (píldora)			DIU (T cobre)			Inyección			Pila (implantes)			Condón			Espemicidas(óvulos, espumas)			Lactancia materna			Ritmo			Coito interrumpido			Píldora del día después		
Método	Si	No																																						
Ligadura de trompas																																								
Vasectomía																																								
Pastas (píldora)																																								
DIU (T cobre)																																								
Inyección																																								
Pila (implantes)																																								
Condón																																								
Espemicidas(óvulos, espumas)																																								
Lactancia materna																																								
Ritmo																																								
Coito interrumpido																																								
Píldora del día después																																								
39. ¿Actualmente utiliza algún método de planificación familiar?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																							
40. Marque la frecuencia de uso de los métodos anticonceptivos en el último año, tenga en cuenta los que utiliza su pareja:																																								

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Ligadura de trompas					
Vasectomía					
Pastas (píldora)					
DIU (T cobre)					
Inyección					
Pila (implantes)					
Condón					
Espermicidas(óvulos, espumas)					
Lactancia materna					
Ritmo					
Coito interrumpido					
Píldora del día después					
41. ¿El motivo por el cual utiliza el método de planificación familiar es?	Evitar el embarazo <input type="checkbox"/> Prevención de enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/>				
42. ¿Qué papel prefiere desempeñar al tomar la decisión en cuanto a la planificación familiar?	Toma un papel neutral frente a la situación <input type="checkbox"/> Prefiere que su pareja decida <input type="checkbox"/> Prefiere participar después de escuchar diferentes opiniones de su pareja. <input type="checkbox"/> Prefiere compartir la decisión con su pareja <input type="checkbox"/>				
43. ¿Qué tipo de ayuda le brinda usted a su pareja en cuanto a la toma de decisión de planificación familiar?	Emocional <input type="checkbox"/> Económico <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Cree que no es necesario <input type="checkbox"/> Considera que su pareja tiene la habilidad de elegir por si misma <input type="checkbox"/>				

44. ¿Cree que la decisión de planificación familiar le concierne única y exclusivamente a la mujer?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	--

Anexo 3 Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA

“ALGUNOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DECISIONES DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LOS HOMBRES UNIVERSITARIOS DE LA UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participante de la encuesta. Contiene preguntas, respecto a los aspectos necesarios para determinar los factores que influyen en la decisión de planificación familiar de los hombres universitarios, ésta tendrá una duración aproximada de 30 a 35 minutos.

La presente investigación es conducida por **NATHALIA DELGADO GONZALEZ, BEATRIZ ANDREA HENAO CARMONA, MARYI YIZET JARAMILLO MARÍN, YEIMY JOHANA JIMENEZ IVARRA, NATALIA SUAREZ MORALES**. El propósito de este estudio es determinar los factores que influyen en la toma de decisión de planificación familiar de los hombres universitarios actualmente matriculados en la Unidad Central del Valle del Cauca.

Se espera que participen en la investigación 387 hombres, estudiantes mayores de edad, matriculados actualmente en jornada diurna/nocturna de programas presenciales de la **Unidad Central del Valle del Cauca**. Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria, en cualquier momento puede retirarse sin que esto traiga ninguna consecuencia para usted, ni implica un costo, también podría pedir que su respuesta no sea usada en esta investigación, avisando previamente a los investigadores; al firmar el consentimiento se compromete únicamente a realizar la encuesta y tendrá derecho a recibir información sobre los resultados obtenidos en esta investigación.

La investigación realizada es considerada según **la resolución 008430/93 Artículo 9** como investigación sin riesgo ya que durante este estudio se emplean técnicas y métodos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, por lo que su participación no traerá ningún riesgo para su salud física ni atenta contra su integridad moral, ni afectará su proceso académico o laboral; acorde al **artículo 8** de dicha resolución la información que se recoja será confidencial y solo las investigadoras tendrán acceso a ellas, ya que una vez se ha diligenciado la encuesta, se tabularán los datos, las respuestas a la encuesta serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto será anónimas, todos los datos obtenidos son confidenciales y la información obtenida será utilizada solo con fines científicos de carácter estrictamente académico, sin relacionarlos con usted, su familia o círculo social, por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna.

La investigación tiene como propósito de potencializar la captación y participación de los estudiantes masculinos en el programa de bienestar universitario de planificación familiar.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse cuando desee sin que esto lo perjudique de ninguna forma, informando previamente a las investigadoras **NATHALIA DELGADO GONZALEZ** natalia7-8@hotmail.com, **BEATRIZ ANDREA HENAO CARMONA** andrea020891@hotmail.com, **MARYI YIZET JARAMILLO MARÍN** maryii-0818@hotmail.com, **YEIMY JOHANA JIMENEZ IVARRA** yeimyjhoa@hotmail.com, **NATALIA SUAREZ MORALES** natii.24@hotmail.com; Es importante mencionar que no existe ninguna compensación o pago por su participación, ni tampoco tendrá que incurrir en ningún gasto económico.

Se solicita al participante potencial, autorizar que los datos derivados de este estudio estén a disposición del público a través de la publicación de los resultados en un artículo en la revista de Ciencias de la Salud.

Una copia de esta ficha de consentimiento informado se entregara al participante potencial, y puede solicitar información sobre los resultados de éste estudio cuando este haya concluido.

YO _____ identificado con Cédula de ciudadanía N° _____ expedida en _____, Autorizo y acepto de forma voluntaria mi participación en el estudio dando respuesta a la encuesta que hace referencia a indagar sobre tema de índole personal, familiar y sexual ya que permitirá el desarrollo de la investigación **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DESICIONES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LOS HOMBRES UNIVERSITARIOS DE LA UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA”**

Declaro que he leído el presente documento, mis dudas han sido resueltas y he recibido la suficiente información para comprender las implicaciones de mi participación en el estudio; acepto mi participación en el mismo de manera voluntaria y doy mi autorización con la firma en el presente documento.

FIRMA: _____

CC: _____

FECHA: _____

Anexo 4. Carta de aprobación para realizar el proyecto de investigación

MEMORANDO

1305 -1437

Tuluá, 24 de mayo de 2016

PARA: LUZ ADRIANA SUÁREZ JARAMILLO - Docente Tc Provisional

DE: Jefe de Oficina

ASUNTO: Respuesta Autorización Trabajo de Investigación como Trabajo de Grado

Cordial saludo.

Dando respuesta a la solicitud de la referencia, me permito autorizar la realización del trabajo de investigación como trabajo de grado para los estudiantes de VI semestre del programa de enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, para lo cual deben coordinar con las enfermeras jefes del área de salud que lideran el programa de planificación familiar para estudiantes, en la Oficina de Bienestar Institucional.

Cordialmente,


ANA ROSA MARTÍNEZ BURGOS

GESTIÓN DOCUMENTAL.

Copia : LIMBANIA PEREA DORONSORO - Secretaria General

Original

Elaboró: Beatriz Helena S.

Anexo 5 Carta de aprobación del comité de Ética

Tuluá, Febrero 24 del 2017

Investigadoras:

Nathalia Delgado González.
Beatriz Andrea Henao Carmona.
Maryi Yizet Jaramillo Marín.
Yeimy Johanna Jiménez Ivarra.
Natalia Andrea Suarez Morales.

Referencia: Revisión de Proyecto de Investigación.

Reciban un cordial Saludo,

En sesión realizada en la fecha, se ha estudiado por parte del comité institucional de bioética de la unidad central del valle del cauca el componente bioético del proyecto: **“Factores que influyen en la toma de decisiones de planificación familiar de los hombres universitarios de la Unidad Central del Valle del cauca 2017”**.

Teniendo en cuenta el cumplimiento de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud de la Resolución N. 8430 de 1993 y demás requisitos bioéticos institucionales, me permito informarles que su proyecto ha sido **APROBADO**.

Atentamente,



Luis Alberto Valencia Estrada.
Presidente