

Cambios en el conocimiento y las actitudes de los hombres después de educación en salud sobre su papel en la prevención de la muerte materna: encuesta exploratoria en una comunidad nigeriana

Omokhoa Adedayo Adeleye, Chukwunwendu Anthony Okonkwo

Introducción

En los países en desarrollo a veces se percibe a los hombres de manera estereotipada como indiferentes hacia la salud materna,¹⁻⁴ aunque sus papeles en la salud reproductiva se han reconocido ampliamente.⁵⁻⁷ Sus funciones dominantes como porteros, encargados de tomar decisiones, y controladores de recursos en las cuestiones de salud reproductiva de su pareja, comúnmente se entienden en el contexto de normas de género fundamentadas en la cultura.⁸⁻²¹ Con base en esto, algunos estudios han sugerido que la comunicación efectiva con los hombres sobre la maternidad seguro puede producir cambios en los comportamientos, capaces de reducir las muertes maternas.^{11,12,21-26} Las participaciones masculinas deseadas incluyen evitar y desaprobar matrimonios con mujeres menores de edad,^{27,28} utilizar y aprobar el uso de servicios de salud reproductiva,^{11-13,23,29-31} y brindar y permitir apoyo para la atención obstétrica de sus esposas, especialmente durante urgencias.^{11,25}

Omokhoa Adedayo Adeleye. MBBS, MHPM, MPH, MSc, FWACP. Departamento de Salud Comunitaria, Escuela de Medicina, University of Benin, Benin, Nigeria. Correo-e: adleyeoa@gmail.com

Chukwunwendu Anthony Okonkwo. MBBS, FWACP, FICS. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, University of Benin, Benin, Nigeria.

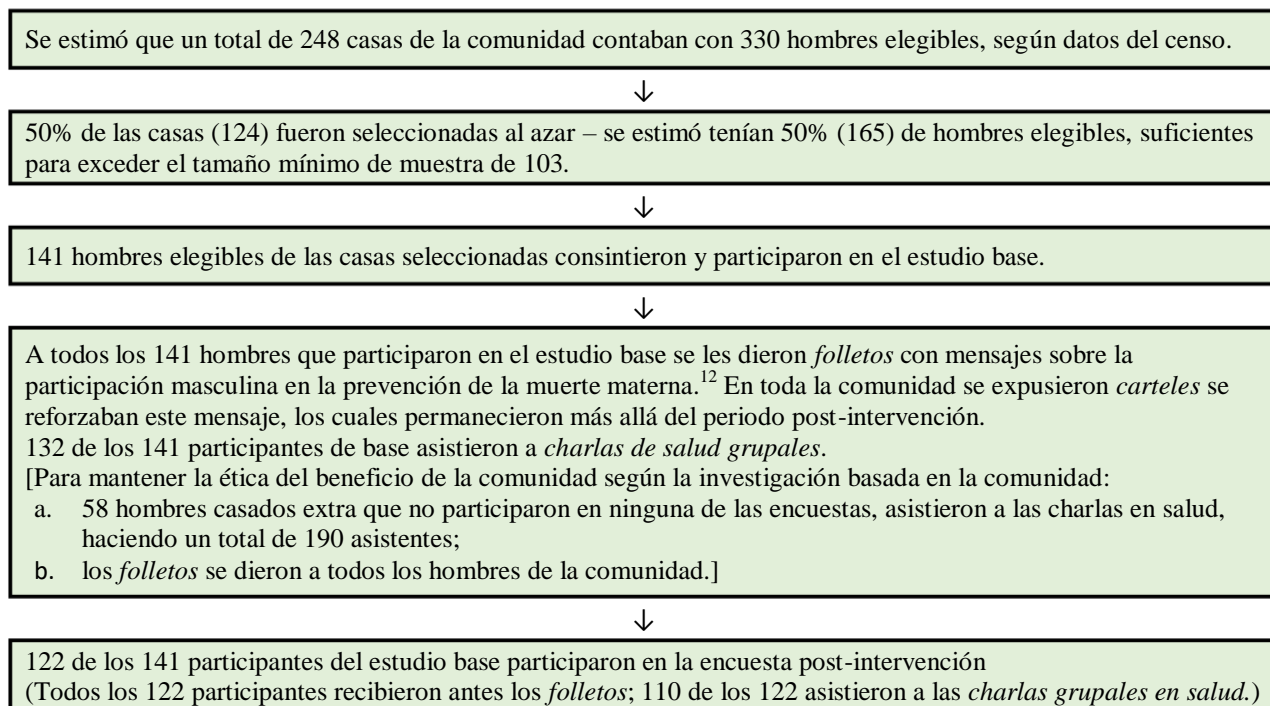
La promoción de estos papeles en Nigeria es pertinente debido a que la tasa de mortalidad materna en el país, de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud de Nigeria del 2013 (NDHS; *Nigeria Demographic and Health Survey*), sigue siendo tan alta como 576 por 100,000 nacimientos con vida.³² Esto está muy lejos de los objetivos de 125 para el 2010 y de 75 para el 2015.³³

Se han hecho pocos estudios en el país sobre el papel potencial de la educación de los hombres como una forma de reducir la mortalidad materna. Uno de los primeros estudios, que se llevó a cabo en Ibadan, utilizó un diseño antes y después y encontró que, después de la educación en salud, el conocimiento, la actitud, el uso, la aprobación y la habilidad de los hombres para comunicarse con sus esposas acerca de la planeación familiar, mejoró.²⁶

En otro estudio sobre un antes y un después en el Estado de Kebbi, se educó de manera exitosa a los hombres acerca de la necesidad de evitar los matrimonios con menores de edad y de atención obstétrica de urgencia.²⁴ En un estudio cuasi-experimental en el Estado de Kaduna, la práctica de preparación de los hombres para el parto no mejoró seis meses después de la educación en salud, posiblemente debido a sus creencias religiosas.³⁴

Una revisión sistemática reciente de estudios de intervención sobre la preparación para el parto y posibles complicaciones en los países en

Figura 1
Diagrama de flujo de participantes



desarrollo, demostró la escasez de investigaciones de intervención que involucren a los hombres.³⁵ Esto es lamentable, ya que se necesitan estudios de ese tipo que informen sobre intervenciones más amplias en todo el país.

El objetivo de éste fue estudiar el impacto de una sesión educativa sobre el conocimiento y las actitudes de hombres casados con respecto a las muertes maternas y los factores que podrían asociarse con ello. También nos interesaba saber si los hombres estaban dispuestos a participar en este tipo de educación.

Métodos

Este estudio forma parte de uno más amplio sobre la participación masculina en la salud reproductiva.^{11,12} Se llevó a cabo en Ekiador, en un suburbio de la Ciudad de Benin, Nigeria, la comunidad es fuertemente patriarcal. La mayoría de las personas viven con menos de un dólar norteamericano al día y virtualmente no existe algún programa educativo sobre salud reproductiva disponible para los hombres. El centro de salud

principal que brinda servicios de salud maternos básicos en la comunidad está mal equipado y con poco personal. Las mujeres que utilizan este servicio dependen de los hospitales en la Ciudad de Benin para algunas rutinas y prácticamente todos los servicios de intervención obstétrica.

Población de estudio

Hombres casados, mayores de 18 años de edad, residentes permanentes de la comunidad.

El tamaño mínimo de la muestra para el estudio (n), se determinó utilizando la estimación para tamaño de la muestra para pruebas binomiales (alternativa de dos colas).³⁶ Los supuestos para el cálculo fueron una desviación estándar normal (Z) de 1.96 y un poder del 80%. Con una medida de referencia del 13% (porcentaje de hombres que declararon la importancia de retrasar el matrimonio en un estudio previo realizado en Nigeria)²⁴ y una tolerancia del 10% (o más) para un cambio post intervención, se obtuvo un tamaño de muestra de mínimo 103.

El procedimiento de muestreo se presenta en la figura 1. Todos los individuos seleccionados fueron contactados en sus casas y los que dieron su consentimiento informado se inscribieron en el estudio.

Aprobación ética

El Comité de Ética de Investigación del Hospital de Enseñanza de la Universidad de Benin, Ciudad de Benin, Nigeria, dio la aprobación para el estudio, de conformidad con la Declaración de Helsinki.

Diseño del estudio

Se empleó un diseño exploratorio de antes y después. Consistió en una encuesta previa a la intervención, una sesión educativa de dos horas y una encuesta posterior a la intervención que se llevó a cabo tres meses después de ésta. Ambas encuestas se realizaron utilizando un cuestionario estructurado probado con anterioridad, aplicado por el entrevistador, el cual cubría las características demográficas y conocimiento (13 preguntas) y actitudes (15 preguntas) de los participantes con respecto a sus papeles en la reducción de la muerte materna. Las respuestas correctas reflejaron mensajes clave sobre educación en salud (Apéndice I) y se determinaron a partir de literatura contemporánea sobre salud materna.^{24-26,37,38} Las preguntas y los mensajes fueron revisados posteriormente por tres expertos en salud reproductiva que trabajaron independientemente, para validar su contenido. El cuestionario base de la encuesta incluyó preguntas sobre los nombres de los participantes y sus domicilios particulares para el seguimiento posterior a la intervención.

Los diferentes materiales sobre educación en salud, las actividades y los participantes se describen en la figura 1.

Los mensajes sobre educación en salud y los métodos de entrega (material impreso y charlas sobre salud) se adaptaron a las características de la comunidad.^{11,12} Con la ayuda de personas expertas en la cultura local, se ejerció una precaución adicional para asegurar la adecuación cultural (como el uso de eufemismos culturalmente

aceptados para palabras como vagina y pene) y recursos sociales (como la representación esquemática de las parejas en los atuendos locales y los escenarios típicos).

Las ayudas impresas se diseñaron, probaron con anterioridad, estandarizaron y ajustaron de acuerdo con esas cualidades en una comunidad con características socio-culturales idénticas. Se utilizó una comunidad no contigua para todas las pruebas anteriores con el fin de evitar un efecto indirecto en el estudio.

Las sesiones de charlas de salud fueron otorgadas por un médico masculino en salud pública capacitado en educación en salud. Los ajustes geoculturales guiaron la identificación de ocho grupos de hombres como objetivo. Uno fue el Consejo de Ancianos de la comunidad (la autoridad local tradicional), los siete restantes se completaron con un grupo de los siete barrios de la comunidad. Cada uno consistió de entre cuatro a 30 hombres. Se llevó a cabo una sesión de charla en salud por grupo, con una duración promedio de dos horas. El programa de educación en salud se llevó a cabo inmediatamente después de la encuesta de referencia. Se utilizaron dos lentes teóricos –la teoría de género y el contexto cultural local– para desarrollar e implementar el programa de educación en salud. El análisis conceptual detallado del programa de educación en salud, utilizando estos lentes, constituye el tema de una publicación aparte.¹²

Todos los participantes antes de la intervención eran elegibles para la encuesta posterior, la cual se llevó a cabo tres meses después del programa de educación en salud. La información de los participantes previa a ésta que no participaron en la encuesta posterior a la intervención, se excluyó de los resultados y análisis final para eliminar un sesgo de deserción.

Análisis

Se utilizó la versión 20 de SPSS, la información fue desagregada al principio para presentar el número y porcentaje de encuestados que respondieron correctamente antes y después de la intervención para cada uno de los 28 temas. También se brindó el porcentaje de diferencia para

cada tema (post-intervención menos pre-intervención, nombrado d). Se calculó una puntuación compuesta para cada encuestado al asignar una calificación de 1 para cada respuesta correcta y 0 para cada respuesta incorrecta y al representar la suma de las respuestas correctas como porcentaje del total. Se computó una puntuación compuesta media, C , para la muestra total pre- y post-intervención $-C_1$ y C_2 respectivamente y la diferencia (C_2 menos C_1) se denominó D . Se dio un signo + a los valores d y D si hubo un incremento y un signo - si hubo una disminución.

Se llevaron a cabo cinco series de análisis. Primero, para cada uno de los 28 temas se presentó la diferencia entre la proporción de encuestados que brindaron respuestas correctas; esta diferencia se evaluó con una prueba de chi cuadrada y su porcentaje (d) se presentó junto con el intervalo de confianza (CI) del 95%. En segundo lugar, se probó la D para las puntuaciones totales para determinar la significancia estadística con la prueba de t pareada y se presentó con su CI del 95%. En tercer lugar, las categorías sociodemográficas de D fueron evaluadas para determinar la significancia estadística con la prueba de t pareada y se presentaron con su CI del 95%. En cuarto, C_1 y C_2 fueron probadas para su asociación con las características sociodemográficas, utilizando la prueba t independiente y ANOVA según aplicara. En quinto lugar, las categorías sociodemográficas de D fueron comparadas en una prueba de asociación mediante la prueba t independiente y ANOVA, según el caso. El análisis de las estimaciones puntuales y de intervalo se hicieron utilizando WinPepi® (Pogramas Computacionales para Epidemiólogos - *Computer Programs for Epidemiologists*) versión 1.10. Para todos los análisis se estableció una significancia estadística de $p < 0.05$ y un intervalo de confianza del 95% que excluyó el valor nulo 0.

Resultados

Todos los 141 participantes elegibles dieron su consentimiento para el estudio en la fase previa a la intervención. Las proporciones de respuesta para las charlas en salud y la encuesta post-intervención fueron de 93.6% (132/141) y 86.5% (122/141),

respectivamente. De los 141 participantes de la encuesta base, todos (100%) recibieron folletos y 132 (93.6%) participaron en las charlas en salud

Tabla 1
Características demográficas (n=122)

Características demográficas	Frecuencia (%)
Edad	
18-24	13 (10.7)
25-39	46 (37.7)
40-59	41 (33.6)
60-75	22 (18.0)
Nivel educativo	
Ninguno y primario	48 (39.3)
Secundario	53 (43.4)
Terciario	21 (17.2)
Ocupación	
Agricultores de subsistencia	53 (43.4)
Comerciantes & artesanos	27 (22.1)
Trabajadores administrativos & maestros	20 (16.4)
Estudiantes	7 (5.7)
Trabajadores religiosos & músicos	5 (4.1)
Desempleados	10 (8.2)
Religión	
Cristianos	92 (75.4)
Religión tradicional	18 (14.8)
Islam	5 (4.1)
Otras	7 (5.7)

Fuente: elaboración propia con los datos del estudio.

grupales. De los 122 participantes de la encuesta post-intervención, 110 (90.2%) asistieron a las sesiones de charla sobre salud anteriores (Fig. 1).

La edad promedio de los 122 hombres fue de 43.3 años (SD, 15.0). Cerca de tres quintos, 74 (60.7%), al menos habían intentado la educación secundaria; 53 (43.4%) eran agricultores de subsistencia; y 92 (75.4%), eran cristianos (Tabla 1).

Tabla 2
Cambios en el conocimiento

	Número de personas que dieron respuestas correctas (%)		Diferencia porcentual: d (95% intervalo de confianza)	p
	Referencia	Post-intervención		
Respuestas que mostraron un incremento significativo				
Al menos un método de planificación familiar moderno no quirúrgico para las mujeres	27 (22.1)	89 (73.0)	+50.9 (+39.2 to +62.4)	< 0.01
Condón masculino	42 (34.4)	99 (81.1)	+46.7 (+34.9 to +56.6)	< 0.01
Expusieron al menos un síntoma clave de las condiciones más importantes que llevan a muerte materna	32 (26.2)	53 (43.4)	+17.2 (+5.3 to +28.5)	0.01
Ligadura de trompas	0 (0.0)	18 (14.8)	+14.8 (+7.6 to +21.9)	< 0.01
Intervalo mínimo recomendado entre nacimientos	96 (78.7)	114 (93.4)	+14.8 (+6.1 to +23.4)	< 0.01
Edad mínima para el embarazo de una mujer o ser 'dada' en matrimonio	96 (78.7)	111 (91.0)	+12.3 (+3.3 to +21.3)	< 0.01
Al menos un método de planificación familiar natural para los hombres	13 (10.7)	26 (21.3)	+10.7 (+1.4 to +19.8)	0.02
Respuestas que mostraron un incremento mínimo				
Saber que una mujer puede estar indispuesta como resultado del embarazo y el parto	81 (66.4)	92 (75.4)	+9.0 (-2.4 to +20.1)	0.12
Al menos un método de planificación familiar natural para las mujeres	22 (18.0)	33 (27.0)	+9.0 (-1.5 to +19.3)	0.13
Vasectomía	2 (1.6)	6 (4.9)	+3.3 (-2.3 to +9.4)	0.28
Número máximo de hijos recomendado por mujer	53 (43.4)	55 (45.1)	+1.6 (-10.7 to +13.9)	0.80
Edad del bebé antes del destete	23 (18.9)	24 (19.7)	+0.8 (-9.1 to +10.7)	0.87
Respuesta que mostró un descenso				
Cuánto tiempo después del parto se debe dar pecho a un bebé	28 (23.0)	16 (13.1)	-9.8 (-19.4 to -0.1)	0.05

Fuente: elaboración propia con los datos del estudio.

Como se muestra en la Tabla 2, los patrones de cambios en el comportamiento variaron después de la educación en salud. Se observaron grandes mejoras ($p < 0.05$) en el conocimiento sobre los métodos de planificación familiar no quirúrgicos para las mujeres, tales como las píldoras orales ($d = +50.9$), el condón masculino ($d = +46.7$), y signos clave de aviso sobre muerte materna, como hemorragia ($d = +17.2$).

Parece que la intervención sólo produjo incrementos marginales ($p > 0.05$) sobre el conocimiento acerca de que la mujer podía estar indispuesta a causa del embarazo y el parto y el conocimiento de un método natural de planeación familiar para las mujeres, como el ritmo. Los porcentajes antes y después de la intervención permanecieron altos en el primero y bajos para el último. La vasectomía y la ligadura de trompas,

Tabla 3
Cambios en las respuestas sobre actitud

Tema	Número de personas que dieron respuestas de 'buena actitud' (%)		Diferencia porcentual: <i>d</i> (95% Intervalo de Confianza)	<i>p</i>
	Referencia	Post-intervención		
<i>Respuestas que mostraron incrementos significativos</i>				
¿Quién debe decidir el número de hijos que debe tener una pareja?	39 (32.0)	74 (60.7)	+28.7 (+16.3 to +39.9)	< 0.01
¿Quién podría utilizar métodos de planificación familiar?	3 (2.5)	20 (16.4)	+13.9 (+6.8 to +21.7)	< 0.01
¿Es aceptable que su esposa vaya al hospital en su ausencia?	107 (87.7)	121 (99.2)	+11.5 (+5.5 to +18.5)	< 0.01
¿Cuál es el mejor lugar para atención prenatal?	110 (90.2)	122 (100.0)	+9.8 (+4.7 to +16.4)	< 0.01
¿Cuál es el mejor lugar para el parto?	111 (91.0)	122 (100.0)	+9.0 (+4.1 to +15.4)	< 0.01
¿Da consentimiento para las intervenciones recomendadas por las personas encargadas de la atención a la salud?*	111 (91.0)	122 (100.0)	+9.0 (+4.1 to +15.4)	< 0.01
¿Toma todas las acciones posibles en el mejor interés de la salud de ella?*	115 (94.3)	122 (100.0)	+5.7 (+0.8 to +11.9)	0.01
¿Hace arreglos para moverla al hospital si surge la necesidad?*	116 (95.1)	122 (100.0)	+4.9 (+0.1 to +10.8)	0.03
¿La acompaña o la lleva al hospital?*	116 (95.1)	122 (100.0)	+4.9 (+0.1 to +10.8)	0.03
<i>Respuestas que mostraron un incremento mínimo</i>				
¿Es aceptable que otra persona ayude a su esposa llevándola al hospital en su ausencia?	115 (94.3)	121 (99.2)	+4.9 (-0.5 to +11.1)	0.07
¿Hace arreglos para otras personas lo apoyen en ayudarla si es necesario?*	111 (91.0)	117 (95.9)	+4.9 (-1.5 to +11.7)	0.12
¿Aporta dinero para su atención médica y general?*	117 (95.9)	122 (100.0)	+4.1 (-0.5 to +9.8)	0.06
¿Fomenta que ella vaya al hospital?*	119 (97.5)	122 (100.0)	+2.5 (-1.8 to +7.6)	0.25
¿Es necesario educar a los hombres acerca de sus roles para una maternidad segura?	115 (94.3)	118 (96.7)	+2.5 (-3.2 to +8.4)	0.36
<i>Respuestas que mostraron un descenso</i>				
¿Está dispuesto a mejorar el hospital local para la atención de la salud materna?	99 (81.1)	98 (80.3)	-0.8 (-10.7 to +9.1)	0.87

Fuente: elaboración propia con los datos del estudio.

* Si los encuestados llevarían a cabo las acciones indicadas si sus esposas desarrollaban una complicación durante el embarazo o el parto.

fueron las menos conocidas y así permanecieron aunque hubo un incremento significativo de la última. Sólo se observó una disminución en el puntaje del conocimiento.

También se observaron distintos patrones de cambio en cuanto a las respuestas sobre actitud

(Tabla 3): mejoras significativas ($p < 0.05$) en el conocimiento acerca de que el número de hijos deseados debe ser decisión de la pareja ($d = +28$) y que los métodos de planificación familiar están destinados a ser utilizados tanto por la pareja femenina como la masculina ($d = +13.9$). Aún altos porcentajes de referencia permitieron

Tabla 4
Puntajes compuestos, cambios en los puntajes compuestos y pruebas de asociación (n=122)

Variables and pruebas	Categorías	Media de puntaje compuesto		Análisis de la diferencia	
		Pre-intervención: C_1 (SD)	Post-intervención: C_2 (SD)	Difference ($C_2 - C_1$): D (95% CI)	Prueba t
[Total: N = 122]		59.1 (11.0)	69.7 (7.6)	+10.6 (+8.4 to +12.7)	$t = 9.58$ $p < 0.01$
Edad en años	18 – 39 (n = 59)	59.8 (11.8)	70.6 (7.4)	+10.8 (+7.6 to +14.1)	$t = 6.71$ $p < 0.01$
	40 – 74 (n = 63)	58.4 (10.3)	68.8 (7.8)	+10.4 (+7.3 to +13.4)	$t = 6.78$ $p < 0.01$
Prueba t		$t = 0.70$ $p = 0.49$	$t = 1.31$ $p = 0.19$	$t = 0.21$ $p = 0.83$	
Nivel educativo	Menor a secundaria (n = 48)	57.8 (8.2)	68.2 (6.7)	+10.4 (+7.2 to +13.5)	$t = 6.5$ $p < 0.01$
	Secundaria y superior (n = 74)	59.9 (12.5)	70.7 (8.0)	+10.8 (+7.7 to +13.8)	$t = 7.09$ $p < 0.01$
Prueba t		$t = 1.03$ $p = 0.31$	$t = 1.79$ $p = 0.08$	$t = 0.19$ $p = 0.86$	
Ocupación	Granjeros, comerciantes y artesanos (n = 80)	58.2 (10.3)	69.0 (7.1)	+10.9 (+8.2 to +13.5)	$t = 8.24$ $p < 0.01$
	Otras personas empleadas (n = 25)	59.3 (14.2)	70.9 (9.0)	+11.6 (+5.5 to +17.6)	$t = 3.94$ $p < 0.01$
	Estudiantes y desempleados (n = 17)	63.2 (8.5)	71.2 (7.8)	+8.0 (+2.5 to +13.4)	$t = 3.10$ $p = 0.01$
ANOVA		$F = 1.45$ $p = 0.24$	$F = 0.98$ $p = 0.38$	$F = 0.48$ $p = 0.62$	
Religión	Cristianos (n = 92)	59.9 (11.3)	69.8 (7.5)	+9.9 (+7.3 to +12.4)	$t = 7.68$ $p < 0.01$
	Otros (n = 30)	56.5 (9.8)	69.4 (8.1)	+12.9 (+8.4 to +17.3)	$t = 5.93$ $p < 0.01$
Prueba t		$t = 1.48$ $p = 0.14$	$t = 0.25$ $p = 0.80$	$t = 1.17$ $p = 0.25$	
Grupo étnico	Bini (n = 79)	59.7 (11.1)	70.3 (8.4)	+10.7 (+7.8 to +13.5)	$t = 7.50$ $p < 0.01$
	Otros (n = 43)	58.0 (11.0)	68.5 (5.8)	+10.5 (+6.9 to +14.0)	$t = 5.94$ $p < 0.01$
Prueba t		$t = 0.81$ $p = 0.42$	$t = 1.25$ $p = 0.21$	$t = 0.09$ $p = 0.93$	

Fuente: elaboración propia con los datos del estudio.

incrementos significativos del 100% para variables como la identificación del centro de salud moderno como el mejor lugar para la atención prenatal y para el parto. Los porcentajes de referencia que fueron $\geq 95.9\%$ (117/122), no tenían suficientes déficits como para permitir más que incrementos marginales, como se puede ver en el puntaje de los

encuestados acerca de la voluntad de otorgar dinero para la atención de sus parejas y para alentarlas a buscar atención. Altos puntajes de referencia contribuyeron a otras variables que tenían solamente mejoras marginales. Sólo se observó un descenso en el puntaje de actitud.

La Tabla 4 muestra que $C_1 = 59.1\%$ (SD, 11.0%) y $C_2 = 69.7\%$ (SD, 7.6%), lo cual muestra una mejora estadísticamente significativa ($D = +10.6\%$, 95%CI = +8.4% a +12.7%; $p < 0.01$). Las mejoras entre las categorías individuales de características sociodemográficas fueron estadísticamente significativas, pero ni los puntajes (C_1 y C_2) ni las mejoras (D) se asociaron con las variables sociodemográficas. Las desviaciones estándar para la muestra y categorías totales fueron menores después de la intervención, indicando dispersiones reducidas en los puntajes de la muestra y submuestra.

Discusión

Principalmente, este estudio encontró que después de la educación en salud, la proporción de hombres que brindó conocimiento correcto y expresó respuestas de actitud deseables, mejoraron significativamente para la mayoría de las variables.

El número creciente de hombres que desaprobaron el matrimonio y el embarazo a corta edad es significativo; esto sugiere el potencial que tienen los hombres para evitar los embarazos a corta edad y rechazar ofrecer a sus hijas menores de edad para matrimonio.^{11,12} Se encontraron resultados similares en un estudio en el Estado de Kebbi, Nigeria.²⁴ La prevención del embarazo a edad temprana y los determinantes asociados a la morbilidad y mortalidad materna –un parto obstruido, hipertensión inducida por el embarazo, fístula vesico-vaginal, un comportamiento pobre en la búsqueda de salud, educación truncada, etc.– son un objetivo clave de salud.³⁹⁻⁴³

Las mejoras significativas en la proporción de hombres que declararon lo siguiente: un método anticonceptivo moderno no quirúrgico para las mujeres, un mínimo de dos años como intervalo seguro para el parto y que el número de veces que una mujer dará a luz debería decidirse en conjunto por parejas masculinas y femeninas, lo que brinda una convergencia de oportunidades para una planeación familiar saludable.

Desafortunadamente, estos hallazgos positivos se contraponen un poco a los porcentajes persistentemente bajos de hombres que podrían

declarar que el número de alumbramientos máximo recomendado por mujer es cuatro e incluso porcentajes más bajos sostienen la visión de que tanto hombres como mujeres deberían usar métodos de planificación familiar. Estas lagunas corroboran los hallazgos del NDHS en el 2013, los cuales muestran que el 23.2% de los nacimientos ocurrieron en menos de dos años después del parto anterior y que 77.7% de las mujeres actualmente casadas entre los 45-49 años edad han tenido cinco hijos o más³². Los hallazgos en otras partes de Nigeria^{30,31,44} y en otros países africanos⁴⁵⁻⁴⁷ sugieren que las actitudes de los hombres contribuyen a las elecciones y actitudes de la pareja femenina sobre anticonceptivos.

Las proporciones muy bajas de hombres que enunciaron la ligadura de trompas y la vasectomía como métodos anticonceptivos, probablemente refleja que estos procedimientos son pocos comunes y la poca inclinación hacia ellos, tal como lo corroboran los estudios en otros lugares de Nigeria y otros países africanos^{32,48,49}.

Los bajos porcentajes de encuestados antes (26.2%) y después de la intervención (43.4%) que pudieron exponer al menos un signo clave de peligro en el embarazo o parto, son inquietantes. Del mismo modo, solamente el 26.9% de hombres en un estudio en Nepal pudieron informar sobre al menos un signo de peligro en el embarazo.⁵⁰ Esta ignorancia pudo llevar a una falla en el reconocimiento y búsqueda de atención obstétrica de emergencia.²¹ Un estudio al sur de Nigeria encontró que la educación comunitaria sobre el papel de los hombres en la salud reproductiva mejoró la probabilidad de que las parejas reportaran su voluntad de buscar atención obstétrica de emergencia cuando fuera necesario.⁵¹

Una gran mayoría de los participantes expresó buenas actitudes que indican inclinación hacia el rechazo o superación de posibles barreras logísticas, financieras y de toma de decisiones para la atención obstétrica. En algunos estudios africanos se observó que los hombres se inclinaban a presentarse a sí mismos como considerados y protectores del bienestar de sus esposas, contrario a la auto-imagen de las mujeres como desatendidas.^{52,53}

La preferencia significativamente mejorada para una toma de decisión conjunta en cuanto al número de alumbramientos es importante porque retrata la voluntad de empoderar a las mujeres y puede anunciar elecciones de salud reproductiva más amplias para ellas.⁵⁴

También es alentador el hallazgo de que los hombres tenían una buena disposición para acompañar a sus esposas al hospital si había algún problema médico durante el embarazo y el parto. En un estudio en Malawi se informó que los hombres acompañan a sus esposas al hospital, a pesar de que no haya un problema, y en una comunidad en donde la práctica estaba en contra de la norma social.¹⁷ En otro estudio en Malawi, esta práctica era considerada como una muestra de amor a la esposa¹⁸ y en un estudio guatemalteco, para connotar el apoyo psicosocial hacia ella.¹⁹ Un estudio reciente en Zambia indica que es más probable que las mujeres tengan un parto en un centro de salud si las acompaña su pareja masculina durante la atención prenatal.⁵⁵ Si una esposa tiene un problema obstétrico, un esposo que acompaña es capaz de brindar apoyo en las decisiones, la logística y financieramente mientras ella juega el papel de enferma. Dicho apoyo puede reducir los retrasos que pueden incrementar el riesgo de muerte materna.

La proporción de encuestados esencialmente sin cambio (cerca de una quinta parte) que no expresaron voluntad en contribuir a la mejora de los servicios de salud materna del hospital local, a pesar de la educación en salud, ilustra la limitación de la educación en salud en solitario para producir los resultados esperados. El hallazgo es atribuible a la pobreza y a un pobre sentido de pertenencia y participación de la comunidad.

Es confortadora la opinión general expresada por casi todos los participantes (pre- y post-intervención) en cuanto a que es necesario educar a los hombres sobre sus roles para una maternidad segura, ya que sugiere que están interesados en involucrarse más. Las altas proporciones de respuesta en la encuesta base, las sesiones de charla sobre salud y la encuesta posterior a la intervención apoyan este punto de vista. Estos hallazgos sugieren que son factibles estudios y programas a gran escala. Además, dada la alta

proporción de hombres que ofrecieron respuestas de buena actitud y la mejora estadísticamente significativa en estas proporciones después de la educación en salud, se puede inferir que los hombres en la población estudio son educables en salud materna. Los bajos porcentajes de hombres que dieron respuestas correctas a muchas de las preguntas sobre conocimiento, incluso después de la educación en salud, señala los huecos en el conocimiento que necesitan mayor educación y, tal vez, otras intervenciones.

La media de los puntajes compuestos de referencia y después de la intervención para el total de la muestra y las mejoras observadas fueron moderadas. La ausencia de asociación entre la media de los puntajes compuestos y la mejora observada, por un lado, y las variables sociodemográficas, por el otro, sugieren que para estas variables la población de estudio fue ampliamente homogénea. El intercambio de información a nivel doméstico y comunitario puede explicar la homogeneidad. Los resultados también sugieren que son plausibles los estudios y programas de intervención benéfica que se dirigen simultáneamente a los hombres con un amplio rango de diferentes características sociodemográficas.

A pesar de la utilidad de los hallazgos de este estudio, no se puede sostener una completa atribución de los resultados a la intervención debido a la falta de control del diseño antes y después, pensado sólo para exploración. Además, la buena actitud auto reportada pudo haberse exagerado. Sin embargo, una limitada atribución es posible dada la ausencia de otras intervenciones conocidas, así como otros programas de educación en salud reproductiva que pudieran explicar los cambios observados y la entrevista de los mismos participantes antes y después de la intervención, lo que elimina el sesgo de deserción.

Conclusiones

Este estudio ha demostrado que los hombres tienen la capacidad para aprender acerca de salud materna y cambiar sus actitudes. Su participación en el estudio y que expresaran que es deseable educar a los hombres en salud materna, resalta oportunidades para promover la participación

masculina. Recomendamos programas urgentes para movilizar y educar a los hombres sobre sus papeles en la reducción de las muertes maternas. El mensaje debe dirigirse a los hombres como parejas en vez de barreras. La participación masculina no debe promoverse como una intervención independiente, sino que debe acompañar a otras, como la reducción de la pobreza y la mejora de los servicios obstétricos de urgencia. La agenda de investigación debería incluir la promoción y el apoyo a estudios de cohorte controlados a gran escala, triangulado con métodos cualitativos. En general, este estudio sienta las bases para la investigación y programas de intervención futuros que promuevan la participación de los hombres en la reducción de las muertes maternas en Nigeria.

Reconocimientos

A los participantes del estudio, los líderes comunitarios y todos aquéllos que brindaron ayuda durante el estudio por todas sus contribuciones.

Referencias

1. Chipeta EK, Chimwaza W, Kalilani-Phiri L. Contraceptive knowledge, beliefs and attitudes in rural Malawi: misinformation, misbeliefs and misperceptions. *Malawi Med J* 2010; 22:38-41.
2. Green CP, Cohen SI, Belhadj-el Ghouayel H. Male involvement in reproductive health, including family planning and sexual health. New York: UNFPA, 1995.
3. Nzioka C. Research on men and its implications on policy and programme development in reproductive health. In: Programming for male involvement in Reproductive Health. Report of the meeting of WHO Regional Advisors in Reproductive Health. Sept. 5-7, 2001, Washington D.C., USA, 2001.
4. Olawoye JE, Omololu FO, Aderinto Y, Adeyefa I, Adeyemo D, Osotimehin B. Social construction of manhood in Nigeria: implications for male responsibility in reproductive health. *Afr Popul Stud* 2005; 19:1-20.
5. Doedens W, Burns K. Challenges to reproductive health in emergencies. *WHO Health Emergencies Newsl* 2001. URL: <http://www.who.int/hac/about/7099.pdf> Accessed Dec 29, 2012.
6. Gaikwad VS, Murthy TSM, Sudeepa DA. Qualitative study on men's involvement in reproductive health of women among auto-rickshaw drivers in Bangalore Rural. *Online J Health Allied Sci* 2012. URL: <http://www.ojhas.org/issue41/2012-1-3.pdf> Accessed Oct 8, 2012.
7. Greene ME, Mehta M, Pulerwitz J, Wulf D, Bankole A, Singh S. Involving men in reproductive health: contributions to development. Paper prepared for the United Nations Millennium Project. New York: Millennium Development Project. 2006. URL: http://www.unmillenniumproject.org/documents/Greene_et_al-final.pdf Accessed Dec 31, 2012.
8. Agadjanian V. Men's talk about "women's matters": gender, communication, and contraception in urban Mozambique. *Gender & Society* 2002; 16:194-215.
9. Nanjala M, Wamalwa D. Determinants of male partner involvement in promoting deliveries by skilled attendants in Busia, Kenya. *Global J Health Sci* 2012; 4:60-7.
10. Nkuoh G N, Meyer DJ, Tih PM, Nkfusai J. Barriers to men's participation in antenatal and prevention of mother-to-child HIV transmission care in Cameroon, Africa. *J Midwifery Womens Health* 2010; 55:363-9.
11. Adeleye OA, Chiwuzie J. He does his own and walks away: perceptions about male attitudes and practices regarding safe motherhood in Ekiador, southern Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2007; 11:76-89.
12. Adeleye OA, Aldoory L, Parakoyi DB. Using local culture and gender roles to improve male involvement in maternal health in southern Nigeria. *J Health Commun* 2011; 16:1122-35.
13. Osubor KM, Fatusi AO, Chiwuzie JC. Maternal health-seeking behaviour and associated factors in a rural Nigerian community. *Matern Child Health J* 2006; 10:159-69.
14. Iliyasu Z, Abubakar IS, Galadanci HS, Aliyu MH. Birth preparedness, complication readiness and fathers' participation in maternity care in a northern Nigerian community. *Afr J Reprod Health* 2010; 14:21-32.
15. Odimegwu CO, Adewuyi AA, Odebiyi T, Aina B, Adesina Y, Olatubara O, et al. Men's role in emergency obstetric care in Osun State of Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2005; 9:59-71.
16. Association for Reproductive and Family Health. Women's reproductive health, empowerment and male involvement: findings from seven states of Nigeria. Ibadan: Association for Reproductive and Family Health; 1998.
17. Kululanga LI, Sundby J, Chirwa E, Malata A, Maluwa A. Barriers to husbands' involvement in maternal health care in a rural setting in Malawi: a qualitative study. *J Res in Nurs Midwifery* 2012. URL: <http://www.interestjournals.org/JRNM>. Accessed Oct 8, 2012.

18. Kululanga LI, Sundby J, Malata A, Chirwa E. Male involvement in maternity health care in Malawi. *Afr J Reprod Health* 2012; 6:145-57.
19. Carter MW. 'Because He Loves Me': Husbands' involvement in maternal health in Guatemala. *Cult, Health Sex* 2002; 4:259-79.
20. Walston N. Challenges and opportunities for male involvement in reproductive health in Cambodia USAID; 2005. URL: http://www.policyproject.com/pubs/countryreports/MaleInvolv_Cam.pdf Accessed Oct 8, 2012.
21. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994;38: 1091-110.
22. Prevention of Maternal Mortality Network. About the PMM Network. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 59(Suppl. 2):3-6.
23. Maine D. Safe motherhood programs: options and issues. New York: Columbia University, Center for Population and Family Health, 1991.
24. Gummi FB, Hassan M, Shehu D, Audu, L. Community education to encourage use of emergency obstetric services, Kebbi State, Nigeria. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 59(Suppl. 2):191-200.
25. Shehu D, Ikeh AT, Kuna MJ. Mobilizing transport for obstetric emergencies in northwestern Nigeria. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 59(Suppl. 2):173-80.
26. Association for Reproductive and Family Health. Changes in Women's Reproductive Health and Male Involvement in Nigeria: Post Evaluation: 1996 - 1998. Ibadan: Association for Reproductive and Family Health; 1998.
27. Orisaremi TC, Alubo O. Gender and the reproductive rights of Tarok women in central Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2012; 16:83-96.
28. National Centre for Women Development. A compilation of the constitution, national and state statutes and regulations, local government bye-laws, customary laws and religious laws, policies and practices, and court decisions relating to the statuses of women and children, applicable in Nigeria. Abuja: National Centre for Women Development; 2005.
29. Monjok E, Smesny A, Ekabua JE, Essien EJ. Contraceptive practices in Nigeria: literature review and recommendation for future policy decisions. *Open Access J Contracept* 2010. URL: <http://www.dovepress.com/contraceptive-practices-in-nigeria-literature-review-and-recommendatio-peer-reviewed-article-OAJC>. Accessed Mar 30, 2011.
30. Ijadunola MY, Abiona TC, Ijadunola KT, Afolabi OT, Esimai OA, OlaOlorun FM. Male involvement in family planning decision making in Ile-Ife, Osun State, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2010; 14:45-52.
31. Oyediran KA, Ishola GP, Feyisetan BJ. Factors affecting ever-married men's contraceptive use and knowledge in Nigeria. *J Biosoc Sci* 2002; 34:497-510.
32. National Population Commission of Nigeria, ICF Macro. Nigeria Demographic and Health Survey 2013. Abuja: National Population Commission and Calverton, Maryland: ICF Macro, 2014.
33. National Population Commission of Nigeria. National policy on population for sustainable development. Abuja: National Population Commission; 2004.
34. Ibrahim MS, Sufiyan MB, Idris SH, et al. Effect of a behavioral intervention on male involvement in birth preparedness in a rural community in Northern Nigerian. *Ann Nig Med* 2014; 8:20-7.
35. Soubeiga D, Gauvin L, Hatem M, Johri M. Birth preparedness and complication readiness (BPCR) interventions to reduce maternal and neonatal mortality in developing countries: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4234142/pdf/1471-2393-14-129.pdf> Accessed Dec 22, 2014.
36. Rosner B. Fundamentals of biostatistics. 3rd ed. Belmont (US): Thompson, 2006, 275.
37. Okpere EE (Ed). Clinical obstetrics. 2nd ed. Benin City, Nigeria: University of Benin Press, 2011.
38. Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. The design and evaluation of maternal mortality programs. New York: Centre for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, 1997.
39. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health. URL: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/en/ Accessed Jan 4, 2015.
40. Ayuba II, Gani O. Outcome of teenage pregnancy in the Niger Delta of Nigeria. *Ethiop J Health Sci* 2012; 22:45-50.
41. Iklaki CU, Inaku JU, Ekabua JE, Ekanem EI, Udo AE. Perinatal outcome in unbooked teenage pregnancies in the University of Calabar Teaching Hospital, Calabar, Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol* 2012. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3316960/pdf/ISRN.OBGYN2012-246983.pdf> Accessed Feb 20, 2012.
42. Braine T. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. *Bull World Health Organ* 2009; 87:410-1.
43. Okpere EE, Okogbenin SA. Age and reproductive outcome. In: Okpere EE (Ed). Clinical obstetrics. 2nd ed. Benin City, Nigeria: University of Benin Press, 2011, 398-402.

44. Mairiga AG, Kullima AA, Bako B, Kolo MA. Sociocultural factors influencing decision-making related to fertility among the Kanuri tribe of north-eastern Nigeria. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2010. URL: <http://www.phcfm.org/index.php/phcfm/article/download/94/70> Accessed Jun 1, 2010.
45. Khalifa MA. Attitudes of urban Sudanese men towards family planning. *Stud Fam Plann* 1988; 19:236-43.
46. Mbizvo MT, Adamchak DJ. Family planning knowledge, attitudes and practices of men in Zimbabwe. *Stud Fam Plann* 1991; 22:31-8.
47. Ezeh AC, Seroussi M, Raggars H. Men's fertility, contraceptive use and reproductive preference. Demographic and Health Surveys. Comparative Studies No. 18. Calverton, MD: Macro International; 1996.
48. Omo-Aghoja, LO, Omo-Aghoja VW, Aghoja CO, Okonofua FE, Aghedo O, Umeri C, et al. Factors associated with the knowledge, practice and perceptions of contraception in rural southern Nigeria. *Ghana Med J* 2009; 43:115-21.
49. Alemayehu M, Belachew T, Tilahun T. Factors associated with utilization of long acting and permanent contraceptive methods among married women of reproductive age in Mekelle town, Tigray region, north Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/6>. Accessed Jan 26, 2013.
50. Bhatta DN. Involvement of males in antenatal care, birth preparedness, exclusive breast feeding and immunizations for children in Kathmandu, Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/14> Accessed Dec 22, 2014.
51. Adeyemi AB, Aina OI, Eniola OA, Adewuyi AA, Adesina FA. The effect of an educational intervention programme on reproductive health decision-making among couples in south west Nigeria. *Trop J Obstet Gynaecol* 2005; 22:27-32.
52. Miller K, Zulu EM, Watkins SC. Husband-wife survey responses in Malawi. *Stud Fam Plann* 2001; 32:161-74.
53. Cleland JG, Ndugwa RP, Zulu EM. Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? *Bull World Health Organ* 2011; 89:137-43.
54. Bankole A, Sedgh G, Okonofua FE, Imarhiagbe C, Hussain R, Wulf D. Barriers to safe motherhood in Nigeria. New York: Guttmacher Institute, 2009.
55. Kashitala J, Nyambe N, Mwalo S, Musamba J, Chishinga N, Kasonde P, et al. Is male involvement in ANC and PMTCT associated with increased facility-based obstetric delivery in pregnant women? *Afr J Reprod Health* 2015; 19:117-24.

Recibido: 6 de mayo de 2015.

Aprobado: 28 de mayo de 2015.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos