

AUTOR : Nombre :MOREAUFirst

nombre:

Anissa Fecha de defensa : 01 de julio de 2021

Título de la tesis: ¿Cuáles son los obstáculos para el desarrollo de la anticoncepción masculina? Una revisión de la literatura médica y de ciencias sociales.

Tesis - Medicina - Lille " 2021 " Marco de

clasificación: Medicina DES

+ especialidad: Medicina General

Palabras clave : anticoncepción anticoncepción,
andrógenos, progestágenos, control de la
espermatogénesis

Resumen : Introducción: Desde la revolución anticonceptiva de los años 60, la gama de métodos anticonceptivos femeninos no ha dejado de ampliarse. Los métodos anticonceptivos masculinos, en cambio, siguen limitándose a los antiguos métodos: el coito interrumpido y el preservativo, a los que se añade un método de esterilización: la vasectomía. ¿Cómo puede explicarse semejante asimetría entre la oferta de anticonceptivos femeninos y masculinos en 2021?

Objetivos: El objetivo de este trabajo es identificar y analizar, a través de una revisión bibliográfica, los obstáculos para el desarrollo de la anticoncepción masculina (CM).

Método: Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos médicas y de ciencias sociales. Tras la inclusión y lectura de los artículos, se elaboró una lista de posibles barreras y se comparó con los datos de la investigación.

Resultados: Se incluyeron y analizaron 21 artículos de revisión, 214 ensayos clínicos y estudios de aceptabilidad y 38 artículos sociológicos. Los principales obstáculos potenciales identificados fueron la eficacia, los efectos secundarios, la reversibilidad, la aceptabilidad, la falta de inversión en investigación, la historia de la anticoncepción y las representaciones sociales tradicionales de género.

Conclusiones: Más de 50 años de investigación han demostrado que es posible una CM eficaz, reversible y sin efectos secundarios graves. Tanto hombres como mujeres están dispuestos a utilizar un CM. El desarrollo de la CM parece verse obstaculizado por la falta de inversión de la industria farmacéutica y las representaciones sociales tradicionales de género.

Composición del jurado :

Presidente : Profesora Sophie CATTEAU-JONARD

Evaluadores: Profesor Arnaud VILLERS, Doctor Geoffroy ROBIN, Doctora Clara LEROY

Director de tesis: Doctor Roger MIEUSSET

Anticoncepción térmica masculina

Rock et al. 1965 (205)	137 H	Efectos sobre la espermatogénesis	<p><u>Serie 1:</u> medición de la temp° escrotal a temperatura ambiente en diferentes posiciones n=36 <u>Serie 2:</u> medición de la temp° escrotal en H euspérmico=21 vs H con oligo n=37 o con varicocele n=8 <u>Serie 3:</u> medición de la temperatura escrotal durante el baño 38°C a 43°C durante 2h n=8 <u>Serie 4:</u> medición de la temperatura escrotal cuando se lleva ropa interior aislante 6-14 semanas n=7 <u>Serie 5:</u> medición de la temperatura escrotal 20 H con oligo tratada mediante baños escrotales entre 43 y 45°C de 30 min a 1 hora durante 6 días consecutivos</p>	Diferencia de temperatura rectal/escrotal en decúbito supino a temperatura ambiente = 2,38°C de media ↓ spz concentración a partir de S3 de llevar ropa interior aislante. Entre S5 y S9 ↓ 5 a 25 M/mL. Reversibilidad al cabo de 3 a 12 semanas tras suspender el método.
French et al. 1973 (206)	5 H	Supresión de la espermatogénesis	↑ temp° escrotal a temp° corporal pdt 30 min/d o 15 min/d por los propios H durante 5 días	↓ concentración de spz a partir de 7d después de ↑ temp° en 3/5 H 1 que no consigue inducir una ↑ de temp° escrotal; 1 en el que la ↑ de T° fue mantenido 15 min.
Mieusset et al. 1985 (207)	14 H	Supresión de espermatogénesis	↑ temp° testicular de 1,5 a 2°C utilizando el H cuerpo como fuente de calor con un suspensorio que sujeta los testículos durante el 15 horas diurnas, durante 12 meses	Nbr spz: 3 a 10 M/mL entre S7 y S13. Movilidad: 21-34% entre 7-13 semanas y 1-3 M/mL de spz móvil en esta vez. No se notificó ningún efecto secundario durante el periodo de estudio. Reversibilidad total tras 6-8 meses después de dejar el método.
Mieusset et al. 1987	19 H	Reversibilidad de efectos sobre	↑ temp° de 1,5 a 2°C testicular mediante de una prenda interior específica llevada durante 15	Concentración de Spz 5 a 18 M/mL M4 y M24 de exposición vs 89 M/mL al inicio del estudio. Movilidad 18 a 36% en M4 y M24 de exposición.

(208)

espermatogénesis

horas al día durante 6 a 24 meses
y después de detener el método.

frente al 67% al inicio del estudio

↑ nbr anomalías morfológicas: inicialmente <30% luego aprox
50% en M10. Principalmente: alargamiento de la cabeza,
curvatura del flagelo. Persistencia de anomalías morfo en nbr >
inicialmente hasta los 14 a 18 meses.
después de parar el método, pero sin csq en fertilidad

Mieusset et al. 1987 (209)	19 H	Supresión de la espermatogénesis	↑ temperatura testicular° 1,5 a 2°C: <u>Técnica 1</u> _n=13 Prenda interior específica con orificio en el centro que permite el paso del pene y la piel escrotal vacía. <u>Técnica 2</u> _n=6 Prenda interior específica similar pero orificio reforzado con anillo. Se usa para 15 horas diurnas de 6 a 24 meses	2ª técnica más eficiente en términos de ↓ nbr de spz y su movilidad: 0,6 M/mL de spz de media en M12 y 7,5% de móviles con la técnica 2 frente a 6,7 M/mL de spz y 29% de móviles con la técnica 1.
Shafik 1991 (210)	28 H	Supresión de la espermatogénesis Eficacia anticonceptiva Reversibilidad	↑ temperatura testicular° 1,5 a 2°C. Grupo I: fijación quirúrgica de los testículos en posición supraescrotal n=15. Grp II: fijación en posición supraescrotal con suspensorio n=13. Durante 12 meses	Azoo n=11 grp I y n=8 grp II, oligo <10M/mL n= 9 Retorno de la concentración normal de spz en 28 H a los 6 meses de la interrupción. ↓ motilidad con 8 a 18% de spz móviles al final de la ttt, reversible en 9 meses en todos los H. ↑ anomalías morfo reversibles en 6 meses en todos los H. ↓ T. 0 embarazo ocurrido. Embarazo en todos los miembros de la pareja que deseaban tener hijos tras la interrupción. de la ttt (n=19).
Shafik 1992 (211)	14 parejas	Eficacia anticonceptiva	↑ temperatura testicular° 1,5 a 2°C sujetando los testículos en posición supraescrotal mediante un suspensorio de poliéster, llevado durante un periodo de 12 meses de día y de noche.	Se produjeron 0 embarazos. Azoo de larga duración observado en todas las H. Tiempo para alcanzar el azoo: de 120 a 160 días (media de 139,6 días).
Mieusset et al. 1994 (212)	9 parejas	Eficacia anticonceptiva	↑ temp° testicular° 1,5 a 2°C por <u>técnica 1</u> : prenda interior específica con orificio en el centro que permite el paso de la varilla y piel escrotal vacía, n=3 o <u>técnica 2</u> : prenda interior específica comparable pero orificio reforzado con goma blanda o anillo de goma solo sujeto con correas. n=6	Mejor inhibición de la espermatogénesis con la técnica 2. 0 embarazos en 117 ciclos de exposición, es decir, una eficacia del 100% para la técnica 2. Concentración de spz móvil <1M/mL en el 86,4% de las muestras sin superar nunca 1,6 M/mL. Sin efecto secundario retardado. Vuelta a los valores iniciales entre 12 y 18 meses después de la parada técnica. Se produjo 1 embarazo técnica 1 (H había dejado de usar ropa interior en 7 semanas). Tiempo medio de exposición a esta técnica como método anticonceptivo para las 3 parejas = 13,3 meses. Concentración media de spz móvil = 1,86 M/ml.
Moeloek 1995 (213)	10 H	Supresión de la espermatogénesis	↑ testicular temp° 1.5 a 2°C en continuo vistiendo de a suspensorio de poliéster durante 6 meses	Oligo <20M/mL n=10H. Oligo <10M/mL n=3H. Oligo <5M/mL n=1H. ↓ de % de formas normales 18,8 frente a 57,85 al inicio.

Wang et al. 1997 (214)	21 H	Supresión de la espermatogénesis	<p>↑ temperatura testicular moderada° por <u>Grp I: percha de poliéster</u> (una capa) o <u>Grp II: percha de poliéster de doble capa</u> (1 capa de poliéster + 1 capa de poliéster impregnado de aluminio) o <u>Grp III: percha</u> de doble capa capa de poliéster. Pdt 52 semanas</p>	<p>Percha no utilizada durante una media de 0,74 horas. ↑ de 0,8 a 1°C de temp° escrotal mientras se lleva el suspensorio No cambios significativos en los parámetros espermáticos</p>
---------------------------	------	-------------------------------------	---	---

Zhu y otros 2010 (215)	12 H	Efectos sobre la espermatogénesis	Análisis proteómicos en biopsias testiculares en diferentes momentos (S2 y S9) tras \uparrow temp° testicular mediante baños calientes de 43°C durante 30 minutos al día, todos los días durante 6 días consecutivos.	Diferentes expresiones de proteínas antes y 2 semanas después del tratamiento. 2 semanas después del tratamiento térmico: \downarrow expresión de algunas proteínas implicadas en la proliferación y supervivencia celular. \uparrow expresión de algunas proteínas implicados en la apoptosis de las células germinales y en los mecanismos antiproliferativos. HNRNP1 parece desempeñar un papel clave. La expresión se correlacionó con la espermatogénesis (disminución de 2 semanas después del tratamiento y vuelve a aumentar 9 semanas después).
Ahmad et al. 2012 (216)	5 H	Efectos sobre la espermatogénesis	\uparrow temp° de 1,5 a 2°C testicular y epidídimo en el uso de ropa interior específica durante 15 horas al día, durante 120 días consecutivos	\uparrow DFI (índice de fragmentación del ADN) y HDS (alta capacidad de tinción del ADN) significativos a partir de D20. \uparrow DFI de aproximadamente 200%. HDS $13,0 \pm 1,1$ D45 frente a $5,9 \pm 0,3$ al inicio.
Rao y otros 2015 (217)	20 H	Efectos sobre la espermatogénesis y las glándulas sexuales accesorias	\uparrow temp° testicular: <u>grp 1</u> = baños calientes a 43°C pdt 30 min 1/d durante 10 días consecutivos o <u>grp 2</u> = baños calientes a 43°C pdt 30 min 1/d cada 3 días (10 baños en total).	\downarrow concentración de spz y nbr total de spz en 2 grp. \downarrow + significativo grp 2 (15,5% de los valores iniciales en S8 vs 28,8%grp 1). Oligo severo ($< 5M/ml$) $n= 4H/grp$. \downarrow movilidad progresiva en 2 grp. \downarrow test HOS (test de hinchazón hipoosmótica) en 2 grp. \downarrow ensayo de actividad de acrosina total significativo en 2 grp. Sin cambios en los parámetros bioquímicos del semen. Evaluación del estrés oxidativo: \uparrow significativo en 2 grp de malondialdehído
Zhang et al. 2018 (218)	30 H	Efectos sobre la espermatogénesis y las glándulas y hormonas sexuales accesorias sexual	\uparrow temp° del escroto con un aparato de calentamiento eléctrico a 43°C durante aproximadamente 30-40 min 1/d, 2 días sucesivos por semana, durante 3 meses.	\downarrow nbr de spz, motilidad y nbr spz de forma normal. \downarrow HOS significativa, \downarrow de integridad del ADN, hasta 1 mes después de la ttt. \uparrow MIF y DFI. \downarrow T significativa y \uparrow FSH y LH. \uparrow tasa de anomalías cromosómicas para los cromosomas 13, 18, 21, X e Y (13,7 veces superior).
Abdelhamid et al. 2019 (219)	5 H	Efectos sobre la espermatogénesis	\uparrow temp° de 1,5 a 2°C llevando una prenda interior específica durante 15 horas al día durante 120 días consecutivos. $n=5$ Control: semen de 27 sujetos sanos.	Nbr spz de forma normal dividido por 5 durante el periodo de exposición. \uparrow MAI (índice de anomalías múltiples) en D20, vuelven a los valores normales en D193.

Abdelhamid
et al. 2019
(220)

5 H

Efectos sobre la
espermatogénesis

↑ temp° de 1,5 a 2°C llevando una prenda interior específica durante 15 horas al día que provoque un aumento de la temperatura durante 120 días consecutivos.
n=5. Análisis FISH en 234038 spz

↑ x2 número de aneuploidías en D45 post-exposición.
Efecto reversible a D180 post-exposición.

Artículos sobre la aceptabilidad de la CM

Gough 1979 (230)	151 H	Aceptabilidad teórica de un píldora anticonceptiva masculina	Cuestionarios	En la pregunta "¿Estaría dispuesto a utilizar una píldora anticonceptiva masculina si estuviera disponible?", 55,6% sí, 18,5% probablemente sí, 18,5% probablemente no, 7,3% no.
Ringheim 1995 (231)	154 H	Aceptabilidad Prácticas de ET como CHM	Inyecciones Y IM 1/semana Grupo de discusión + cuestionarios	Motivaciones para participar en el estudio : necesidad de cambio anticoncepción=36%, fomentado por pareja=23%. Para mayoría H, la pareja había tenido problemas en el pasado con la anticoncepción. H expresan su deseo de compartir la responsabilidad de la anticoncepción para no dejar de ver a su pareja sufrir los efectos de la 2 H Australianos también cuestionan los roles de género tradicionales, mientras que que asiático + "conservador" H. H informe de efectos secundarios como: acné, aumento de peso o ↑ masa muscular, sino también una sensación de bienestar, de ser + viril y ↑ libido. Efectos secundarios más sentidos como negativos = irritabilidad.
Glasier et al. 2000 (232)	1894 F : Escocia 450, China 900, África del Sur 544	Aceptabilidad de un teórico CHM	Cuestionarios	El 84% está de acuerdo con un mayor reparto de la responsabilidad anticonceptiva. Diferencias culturales: El 29% en Hong Kong piensa que la píldora para H inútil o no es una buena idea frente al 13% en Shanghai, el 7% en Ciudad del Cabo, 6% a Edimburgo. >30% (excepto Hong Kong) listo para usar CHM si está disponible y 43 El 78% (excepto Shanghai) lo utilizaría en el futuro. >50% (excepto Hong Kong) piensan que sus socios utilizaría CHM. Modalidades de administración: para pastilla en 1/2 casos en Edimburgo, 1/2 para inyecciones mensuales en su lugar. Razones por las que F piensa que CHM no es una buena idea falta de confianza en su pareja y/o miedo a los efectos secundarios (F chino).

Martin et al. 2000 (233)	1829 H : 436 en Escocia, 493 en África Sur y 450 en China	Aceptabilidad teoría de la CHM	Cuestionarios	<p>La píldora es considerada la forma más conveniente por H en Edimburgo y</p> <p>El 16% de los H negros de Ciudad del Cabo y el 34% de los H chinos pensaban que eran que la CHM alteraría su sexualidad o masculinidad. El 44% de los chinos H at</p> <p>El 83% de los blancos de Ciudad del Cabo, dispuestos a utilizar la píldora anticonceptiva masculina. La forma inyectable es menos aceptable, con un 32% dispuesto a</p> <p>lo utilizan en Edimburgo y Hong Kong y el 62% de los H blancos en Ciudad del Cabo.</p> <p>Sobre la necesidad de hacer espermogramas, los chinos y escoceses H</p> <p>tendían a encontrarlo menos aceptable que H de Ciudad del Cabo, Lo mismo ocurre con el plazo de eficacia.</p>
-----------------------------	---	--------------------------------------	---------------	--

Weston al. (234)	et 148 H	Aceptabilidad teórica de CHM	Cuestionarios distribuidos a Hs cuya pareja había dado a luz recientemente	118 cuestionarios utilizables. El 75,4% estaban quizá, probablemente o definitivamente dispuestos a probar la CHM. Preferían (por orden): píldora diaria, inyección trimestral o 2 al año. La inyección semanal era la última opción (aunque = la única forma de eficacia probada).
Weston al. (235)	et 76 H	Aceptabilidad teórica de CHM	Cuestionarios distribuidos a inmigrantes australianas cuyas parejas habían dado a luz recientemente, comparados con los datos de un estudio anterior de hombres nacidos en Australia (234).	El 13,6% estaba "probablemente" o "definitivamente" dispuesto a probar la CHM frente al 47,5% de los varones nacidos en Australia, pero el 52,7% de los varones inmigrantes respondió "tal vez". Entre las modalidades de administración preferidas (por orden): inyección 2/año, píldora diaria, inyección 4/año.
Heinemann et al. 2005 (236)	9342 H en 9 países, 4 continentes	Aceptabilidad teórica de la CM	Cuestionarios	La decisión anticonceptiva suele ser tomada por ambos miembros de la pareja. Al 55,1% le gustaría utilizar un nuevo MC frente al 20,7% que no. Factores correlacionados con una mejor aceptabilidad: alto nivel de educación, deseo de vasectomía, uso actual de anticonceptivos. Métodos de administración preferidos: oral, aplicación diaria de gel, inyección mensual, implante anual.
Heinemann et al. 2005 (237)	9342 H	Factores determinantes de la aceptabilidad teórica de la CM	Cuestionarios	<u>Factores positivos que influyen en la decisión de utilizar MC:</u> eficacia, rapidez de acción y reversibilidad, pocos efectos secundarios, mejora de la virilidad y la sexualidad, mejora de la fuerza muscular, facilidad de uso, no dependencia de la FC. <u>Factores negativos que influyen en la decisión de utilizar la CM:</u> actitud negativa hacia la CM, miedo a las hormonas sexuales, miedo a los fármacos, rechazo del seguimiento médico regular, idea de que la anticoncepción es una responsabilidad femenina, miedo al impacto en la sexualidad, oposición religiosa.
Marcell et al. 2005 (238)	30 H y mujeres	Aceptabilidad teórica CHM	Entrevistas semiestructuradas	El 67% de los hombres y el 67% de las mujeres tenían una impresión positiva de la CHM. La inversión de roles en la responsabilidad anticonceptiva fue recibida positivamente por la mayoría de los Hs y considerada "sorprendente" o antinatural por los Hs. Muchos de los F entrevistados mencionaron que la mayoría de los H no estaban acostumbrados a un seguimiento médico regular, a diferencia de ellos, y señalaron la falta de servicios o programas de prevención para los H. El 85% de los F confiaría en que su pareja toma CHM.

Meriggiola et al. 2006 (239)	20 H	Aceptabilidad práctica del UT+NETE combinación	UT + NETE -Cada 6 semanas - Cada 8 semanas - Cada 12 semanas Durante 48 semanas	92% M piensan que M y F deben compartir la responsabilidad de la anticoncepción. El 38% está dispuesto a asumir toda la responsabilidad. El 75% está dispuesto a probar un nuevo método de CM y el 74% dice que su pareja también. El 66% está dispuesto a utilizar UT+NETE si está disponible. El 32% opina que la principal desventaja de las inyecciones es la falta de protección frente a las ITS. El 39% de los hombres considera inaceptables 12 semanas para volver a la normalidad. El 64% considera aceptables 18 semanas para volver a la normalidad. 62% dispuestos a pagar de 10 a 20€/mes, 32% 10€, 6% <10€.
Zhang et al. 2006 (240)	308 H	Aceptabilidad práctica de la UT	Inyecciones UT 500 mg IM 1/mes Cuestionarios, entrevistas y grupo de discusión.	Razones para participar en el estudio: compartir la responsabilidad de la anticoncepción 41,2%, hacer algo bueno por mi país 36,7%, ayudar a resolver el problema de la superpoblación 41,6%. H y F mencionan la forma en que otros H les miran, CM sería mal percibido por otros H frente a las normas de género culturalmente aceptadas. > 1/2 de los encuestados no notó chgmt durante el ttt. El 40,3% percibió molestias durante el tratamiento, el 72,3% de las cuales estaban relacionadas con las inyecciones mensuales, que se consideraban demasiado frecuentes, y el 21,7% al hecho de tener que acudir regularmente a la clínica.
Amory et al. 2007 (241)	38 H	Aceptabilidad práctica del DMPA +Gel T	T-gel 100 mg/día + DMPA 300 mg inyectable cada 3 meses +/- acyline 300 µg/kg cada 2 semanas durante las primeras 12 semanas. 24 semanas	El 50% está satisfecho con el método; al 45% le gustaría utilizarlo si estuviera disponible, frente al 42% que no. El 40% prefiere este método al que utiliza actualmente, frente al 42% que no. Los sujetos de más edad tienen una opinión más favorable que los más jóvenes. Los sujetos cuya pareja utiliza el DIU tienden a preferir menos este método (satisfechos con el DIU). El 74% considera que el gel es fácil de administrar, el 55% se seca rápidamente, el 81% encuentra su piel "pegajosa"
vSolomon et al. 2007 (242)	24 parejas	Aceptabilidad práctica de UT+MPA	Inyección UT+MPA Entrevistas semiestructuradas	Motivaciones para participar en el estudio: 8/24 H por curiosidad, 6/24 por necesidad. Para F, las razones fueron compartir riesgos y responsabilidad. La mayoría H notaron ↑ apetito, aumento de peso durante el ttt y ↑ libido. Algunos F refirieron + alto nivel de estrés y enfado. de su pareja durante la ttt.

Eberhardt et al. (243)	100 H y 110 mujeres	Aceptabilidad teórica de una píldora anticonceptiva masculina	Cuestionarios	F tenía una actitud más positiva que H respecto a la píldora anticonceptiva masculina. F tenía menos confianza en que H utilizara la píldora anticonceptiva que los propios H. H en una pareja estable tenían una actitud más favorable que los que tenían parejas ocasionales.
------------------------	---------------------	---	---------------	---

Walker 2011 (244)	54 H y 134 mujeres	Teoría aceptabilidad de un anticonceptivo masculino píldora	Cuestionarios + entrevistas semiestructuradas	<p>El 49,5% está dispuesto a utilizar la píldora anticonceptiva masculina, el 19,2% no, 31,3% tal vez. Lo mismo para M y F. Ningún efecto de la edad, duración de la relación o el nivel educativo en la aceptabilidad.</p> <p>Los comentarios más frecuentes (53%) se referían a la segunda mano efectos y riesgos a largo plazo. 52% F y 17% M mencionaron el riesgo de olvidarse de tomar una pastilla diaria. Algunos (M y F) mencionaron la posibilidad de tener más control sobre la planificación familiar y compartir responsabilidad en materia de anticoncepción. El 37% de los encuestados M prefieren la píldora anticonceptiva masculina a la abstinencia o al preservativo. Algunos M expresó comentarios sobre la virilidad.</p>
Roth et al. 2014 (245)	79 H	Práctico aceptabilidad de T- gel + Nestorone gel como CHM	T gel 10g + -Gel placebo -Nes 8 -Nes 12 De 20 a 24 semanas	<p>El 58% está satisfecho con el método y el 53% lo recomendaría si disponible. 1/3 de los voluntarios utilizarían como 1^o método anticonceptivo si disponibles. Los hombres africanos utilizan menos el método que los caucásicos y asiáticos.</p> <p>El 34% considera que el método es mejor que el que utiliza actualmente, frente al que utiliza en la actualidad. 35% que no lo hacen.</p>

Amouroux et al. 2018 (246)	<p>"Padres primerizos" M cuya F estuvo en maternidad para dar a luz (usuarios potenciales)</p> <p>Prescriptores potenciales de "nuevos proveedores", internos o jóvenes médicos o ginecólogos (M + F)</p>	Aceptabilidad teórica de la CMT	Cuestionarios en 6 hospitales de Marsella + lista de correo electrónico de la Universidad de Aix- Marseille (Nuevos proveedores).	<p><u>Conocimientos sobre la CM:</u> iguales en las 2 poblaciones sobre la retirada y los preservativos (99 y 98%). Sobre la vasectomía y los "nuevos" métodos anticonceptivos, los PN estaban más informados que los FN (88 frente a 48 y 26 frente a 10%).</p> <p><u>"¿Estaría dispuesto a utilizar un método CM como principal forma de anticoncepción?"</u>. Sí 58,4% NF vs 70,1% MNP y 73,9% FNP.</p> <p><u>Principales motivaciones:</u> compartir la responsabilidad anticonceptiva y evitar los efectos secundarios de la CM. Entre las 53 PN que respondieron "no", la falta de confianza en la pareja fue la razón principal en el 28,3% para la H, sentirse demasiado restrictiva en el 21,6 y el 31% y el miedo a los efectos secundarios en el 14,4 y el 31%. La categoría socioprofesional o científica alta o el nivel de estudios elevado se asociaron estáticamente con una mayor aceptabilidad, así como con la aparición de efectos secundarios con la FC.</p> <p>Religión estadísticamente + asociada a la respuesta "no". El 43,2 %NF y el 92% NP quieren más información sobre la CM y el 54,2 y el 84,6 quieren más opciones de CM.</p> <p><u>Respecto al CMT:</u> 29,2% NF dispuestos a probar, principales ventajas: natural=52%, no hormonal=36,2% sin efectos secundarios=38,2% // principales inconvenientes: duración de uso demasiado larga=55,9%, uso diario=43,1%, miedo a las molestias =38,8%.</p> <p><u>Actitudes de los prescriptores:</u> 33,7% NP nunca ofrecen CM</p>
----------------------------	---	---------------------------------	---	--

Vera Cruz y al. (247)	412 H 2019	Aceptabilidad teoría de la píldora anticonceptivo masculino	Cuestionarios con viñetas presentar diferentes escenarios de uso una píldora anticonceptiva masculina	durante las consultas, >½ no o f e r e n otros métodos que el preservativo. 82,2% interesados en participar en el curso de CM. NP + Más preocupación por la virilidad de sus pacientes que por la de los propios pacientes (32,3 vs 13,5) El 11% no probaría nunca el anticonceptivo masculino píldora anticonceptiva, sujetos generalmente de mayor edad y con menor nivel educativo o practicar la religión. Para el 11% dependería de los precios y los efectos secundarios. Para el 25% dependería efectos secundarios. Para el 46% dependería del contexto y de los efectos secundarios.
Cartwright y al. (248)	80 H 398 F 2020	Aceptabilidad CM teórico	Análisis cualitativo de los datos de grupo de discusión	Aproximadamente 2/3 M y ¼ F tienen una opinión favorable sobre CM dvípt. Motivos de la opinión favorable: reparto de riesgos y responsabilidad anticoncepción, evitar embarazos fuera del matrimonio, mejorar la oferta CM, involucrate más y empodera a H en planificación familiar. Motivos de la opinión desfavorable: H no aceptaría ni preservativo ya suficiente, temen repercusiones negativas en la sexualidad y la fertilidad, norma CF social, falta de confianza de los F en su pareja. Formas deseadas de CM: inyectable o gel local Sensaciones inmediatas tras leer la descripción de RISUG® =
Lacasse d al. (249)	151 H un 2020	Aceptabilidad teórico RISUG® en dependiendo del estereotipos de género	Cuestionario en línea	Estos son: "eficacia", "dolor", "innovación". Factores asociados a quiere probar RISUG® = sexualidad activa. Normas de género adheridas H negativamente asociadas para probar RISUG® : -dar una imagen de persona heterosexual, + svt asociado a percepción de "impacto negativo en la sexualidad" y "desventajas". -pensar que H debe tener + poder que F, + svt asociado a impacto negativo en la sexualidad

Nguyen et al. (250)	57 H	Aceptabilidad práctica de la UFAD	DMAU 4 cápsulas/día durante 28 días 30 min antes de una comida rica en grasas n=39 Placebo n=18	El 28% tuvo dificultades para satisfacer una comida rica en grasas. El 54% está dispuesto a utilizar el método. 77% recomendaría el método. H dispuestas a usar CHM + svt en pareja o con mayor nivel educativo.
Saxand al. 2021 (251)	162 H	Aceptabilidad CHM teórico	Cuestionario	El 45% está dispuesto a utilizar CHM, el 23,5% no y el 30,9% quizá. Modalidad administración preferido = forma forma inyectable. Principal preocupación por el uso de CHM = eficacia y riesgo de efectos Secundarios.

Apéndice 3: Posibles barreras sociales, económicas y culturales identificadas en la sociología

Referencias	Temas y subtemas identificados
Artículos que tratan el tema de MC	
Oudshoorn et al. 1999 <i>Anticoncepción masculina y disputas de género</i> (252)	Representación cultural: anticoncepción = mujer <ul style="list-style-type: none"> - estereotipos de género - exclusión de los hombres Historia de la anticoncepción <ul style="list-style-type: none"> - Movimientos feministas y revolución anticonceptiva Ausencia de la industria farmacéutica
Oudshoorn 1999 <i>On Masculinities, Technologies, and Pain: The Testing of Male Contraceptives in the Clinic and the Media.</i> (253)	Estereotipos de género en la prensa
Oudshoorn 2004 <i>"Astronautas en el mundo del esperma: La renegociación de las identidades masculinas en los discursos sobre los anticonceptivos masculinos".</i> (254)	Representación cultural: anticoncepción = mujer Historia de la anticoncepción <ul style="list-style-type: none"> - feminización - exclusión de los hombres
Castro-Vázquez et al. 2007 <i>Heterosexual Japanese Males Negotiating Contraception. Hombres y masculinidades.</i> Oct (255)	Estereotipos de género <ul style="list-style-type: none"> - virilidad
Kalampalikis et al. 2007 <i>Anticoncepción masculina medicalizada: problemas psicosociales y temores imaginarios.</i> (256)	Representación cultural: anticoncepción = mujer Estereotipos de género <ul style="list-style-type: none"> - Virilidad/sexualidad/fertilidad

Desjeux 2009

Historia y estado actual de las representaciones y prácticas anticonceptivas masculinas
(257)

Representación cultural: anticoncepción = mujer

Estereotipos de género
- virilidad/fertilidad

Historia de la anticoncepción

- historia de la investigación Falta de recursos

- ausencia de la industria farmacéutica

- fondos públicos

Desjeux 2010 <i>Historia de la anticoncepción masculina [La experiencia de la Asociación para la Investigación y el Desarrollo de la Anticoncepción Masculina (1979-1986)]</i> (258)	Historial de anticoncepción - Movimientos feministas - exclusión de los hombres Falta de medios - fondos públicos
Desjeux 2013 <i>La "contracepción masculina" en la actualidad. Una realidad plural.</i> (259)	Representación cultural: anticoncepción = mujer Estereotipos de género - virilidad/fertilidad La ocultación masculina en la planificación familiar
Desjeux 2013 <i>La anticoncepción del lado de los hombres. La aparición de una "conciencia masculina".</i> (260)	Representación cultural: anticoncepción = mujer Estereotipos de género - sexualidad/fertilidad
Shih et al. 2013 <i>He's a Real Man: Un estudio cualitativo del contexto social de las decisiones de vasectomía de las parejas entre una población racialmente diversa.</i> (261)	Estereotipos de género - virilidad/fertilidad
Welzer-Lang 2013 <i>Anticoncepción masculina, ARDECOM y grupos de hombres, premisas de la evolución de las relaciones de género</i> (262)	Historial de anticoncepción - movimientos de mujeres Representaciones tradicionales de género (por parte de los médicos)
Dismore L et al. 2016 <i>Construcciones sociales de la píldora anticonceptiva masculina: ¿Cuándo romperemos el círculo vicioso?</i>	Falta de recursos - ausencia de la industria farmacéutica Estereotipos de género - virilidad
Wilson 2018 <i>Póntelo en el zapato que te hará cojear": Respuestas en línea de los hombres británicos a una píldora masculina</i> (264)	Representación cultural: anticoncepción = mujer Hombres excluidos de la planificación familiar Falta de recursos ausencia de la industria farmacéutica
Campo-Engelstein et al. 2019 <i>¿Dónde está la píldora para el "hombre reproductivo"? Un análisis de contenido de artículos de periódicos estadounidenses contemporáneos</i> (265)	Representación cultural: anticoncepción = mujer
Schmidhauser et al. 2021 <i>"Anticoncepción masculina: ¿se siente hombre?"</i> (266)	Historial de anticoncepción - feminización Representación cultural: anticoncepción = mujer Exclusión de los hombres de la planificación familiar Estereotipos de género

- virilidad

Artículos que tratan de los hombres en la salud reproductiva o la planificación familiar

Chabot M. 1985 <i>Los hombres sólo están de paso</i> (267)	Historial de anticoncepción - exclusión de los hombres Estereotipos de género - virilidad
Gardey 2006 <i>Ciencia y construcción de identidades de género.</i> (268)	Estereotipos de género
Ventola 2016 <i>El género de la contracepción: representaciones y prácticas de los prescriptores en Francia e Inglaterra</i> (269)	Feminización de la anticoncepción Medicalización de la anticoncepción Representación cultural: anticoncepción =mujer (por los médicos) Estereotipos de género: sexualidad.
Andro et al. 2009 <i>Control de la natalidad y salud sexual: ¿dónde están los hombres?</i>	Hombres excluidos de la planificación familiar Estereotipos de género : - virilidad
Stratonovitch 2009 <i>Género y medicina</i> (271)	Estereotipos de género - roles tradicionales H/M
Ventola 2014 <i>Prescripción de anticonceptivos: el papel de la institución médica en la construcción de categorías de género.</i> (272)	Historial de anticoncepción - medicalización - feminización - exclusión de los hombres Representación cultural: anticoncepción = mujer Estereotipos de género - Roles tradicionales H/M - virilidad/sexualidad
Le Guen et al. 2015 <i>Prácticas anticonceptivas de los hombres en Francia: pruebas de la participación masculina en la planificación familiar</i> (273)	Historial de anticoncepción - feminización - medicalización Representación cultural: anticoncepción = mujer Estereotipo de género - sexualidad
Casey et al. 2016 <i>Planificación familiar y salud preconcepcional entre hombres de treinta y tantos años: Desarrollo de indicadores y descripción de las necesidades</i> (274)	Hombres excluidos de la planificación familiar

Roux et al. 2017

De los expertos a la lógica de los profanos: los prescriptores de anticonceptivos en Francia. (275)

Medicalización de la anticoncepción

Representación cultural: anticoncepción = mujeres (por los médicos)

Historia de la anticoncepción

Wilson et al. 2018. <i>Marginación de los hombres en los textos sobre planificación familiar: Un análisis de los manuales de formación (276)</i>	Estereotipos de género (por parte de los médicos). - virilidad Representación cultural: anticoncepción = mujer
Chernick et al. 2019 <i>Una evaluación cualitativa para comprender las barreras y los factores facilitadores que afectan al uso de anticonceptivos entre los pacientes varones adolescentes de los servicios de urgencias. (277)</i>	Hombres excluidos de la planificación familiar Representación cultural: anticoncepción = mujeres
Artículos sobre la historia de la anticoncepción	
De Guibert-Lantoine 1998. <i>La anticoncepción en Francia: balance tras 30 años de liberalización. (278)</i>	Feminización de la anticoncepción Medicalización de la anticoncepción
Bajos et al. 2001 <i>El aborto en la edad de la razón (279)</i>	Feminización de la anticoncepción Medicalización de la anticoncepción Estereotipos de género (por parte de los médicos)
Bajos et al. 2004. <i>La anticoncepción, palanca real o simbólica de la dominación masculina (280)</i>	Estereotipos de género - rol tradicional H/M Historial de anticoncepción - feminización
Bajos et al. 2005 <i>Anticoncepción y aborto. (281)</i>	Historial de anticoncepción - Medicalización de la anticoncepción
Jacquemart A. 2006 <i>Cuando el activismo confunde la identidad de género (282)</i>	Historial de anticoncepción - Movimientos feministas - exclusión de los hombres
Jaspard et al. 2017 <i>¿Revolución sexual o revolución de género? De la década de 1960 a la de 2010. (283)</i>	Historial de anticoncepción - exclusión de los hombres
Guen et al. 2017 <i>Cincuenta años de contracepción legal en Francia: difusión, medicalización, feminización. (2)</i>	Historial de anticoncepción - medicalización - feminización

- exclusión de los hombres

Asselin et al. 2019 <i>Anticoncepción, aborto: panorama actual</i> (284)	Historial de anticoncepción - feminización Representación cultural: anticoncepción = mujer
Artículos sobre hombres y paternidad	
Castelain-Meunier 2001 <i>Paternidad, virilidad e identidad</i> (285)	Estereotipos de género - virilidad - Roles tradicionales H/M
Devreux 2004 <i>La resistencia humana al cambio social: la emergencia de una problemática</i> (286)	Estereotipos de género - roles tradicionales H/M
Devreux 2005 <i>Los hombres en la familia</i> (287)	Estereotipos de género -Funciones tradicionales H/M
Blais 2018. <i>Reinventar la paternidad</i> (288)	Exclusión de los hombres en la planificación familiar