



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“CONDICIONANTES DE GÉNERO EN ANTICONCEPCIÓN
RELACIONADO CON LA ADOPCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO
EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Avilés Castillo, Lenin Edwin

Tutora: Dra. Rio Sampron, Daimi

Ambato – Ecuador

Noviembre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“CONDICIONANTES DE GÉNERO EN ANTICONCEPCIÓN RELACIONADO CON LA ADOPCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA” de Lenin Edwin Avilés Castillo, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2014

LA TUTORA

Dra. Rio Sampron Daimi

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“CONDICIONANTES DE GÉNERO EN ANTICONCEPCIÓN RELACIONADO CON LA ADOPCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autor del trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2014

EL AUTOR

Lenin Edwin Avilés Castillo

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de la misma un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de ésta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Septiembre del 2014

EL AUTOR

Lenin Edwin Avilés Castillo

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“CONDICIONANTES DE GÉNERO EN ANTICONCEPCIÓN RELACIONADO CON LA ADOPCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA”** de Lenin Edwin Avilés Castillo, Estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre del 2014

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1^{er} VOCAL

2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres, por todo el esfuerzo y sacrificio para brindarme todo el amor, el apoyo incondicional y la confianza en cada momento de mi vida, y sobre todo en mis estudios.

A mi hermano y hermana, que son el motivo y la razón que me ha llevado a seguir superándome día a día, para alcanzar mis más apreciados ideales de superación.

Dedico de manera especial a mis familiares, pues ellos fueron parte del cimiento para la construcción de mi vida profesional, forjaron en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ellos tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarlos cada día más.

Lenin Edwin Avilés Castillo

AGRADECIMIENTO

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

A mi asesora de tesis, Dra. Rio Sampron Daimi por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis docentes durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, y en especial a mi docente, Dra. Aida Aguilar por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

Lenin Edwin Avilés Castillo

ABREVIATURAS

AOE	Anticoncepción oral de emergencia
APS	Atención primaria en salud
CELSAM	Centro Latinoamericano Salud y Mujer
DIU	Dispositivo intrauterino
EMA	Entrega de Métodos Anticonceptivos
ENDEMAIN	Encuesta Demográfica de Salud Materno Infantil
FGD	Discusiones de grupos focales
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ITS	Infección de transmisión sexual
LMGYAI	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia
MAC	Métodos anticonceptivos
MSP	Ministerio Salud Pública
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio
OMS	Organización mundial de la salud
PEA	Población Económicamente Activa
PF	Planificación familiar
TGF	Tasa global de fecundidad
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ABREVIATURAS.....	viii
ÍNDICE.....	ix
RESUMEN.....	xvi
SUMMARY.....	xviii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.1.1. Contextualización.....	3
1.1.2. Análisis Crítico.....	9
1.1.3. Árbol de Problemas.....	12

1.1.4. Prognosis.....	13
1.1.5. Formulación del problema.....	13
1.1.6. Preguntas directrices	13
1.1.7. Delimitación del Problema	14
1.2. Justificación	14
1.3. Objetivos.....	15
1.3.1. General.....	15
1.3.2. Específicos	16

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos.....	17
2.2. Fundamentación Filosófica	20
2.3. Fundamentación Legal.....	20
2.4. Categorías Fundamentales	36
2.4.1. Marco Teórico Variable Independiente.....	36
2.4.2. Marco Teórico Variable Dependiente	48
2.5. Hipótesis	77
2.6. Señalamiento de variables de la hipótesis	77

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque investigativo	78
3.2. Modalidad básica de la investigación	78
3.3. Nivel o tipo de investigación.....	79
3.4. Población y muestra	80

3.4.1. Criterios de inclusión.....	80
3.4.2. Criterios de exclusión.....	81
3.4.3. Aspectos éticos.....	81
3.5. Operacionalización de las variables	82
3.6. Técnicas e instrumentos	84
3.7. Plan de recolección de la información	85
3.8. Plan de procesamiento de la información	86

CAPÍTULO IV

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Características Socio-Demográficas	87
4.1.1. Edad.....	88
4.1.2. Género	89
4.1.3. Estado civil	90
4.1.4. Etnia	91
4.1.5. Nivel de instrucción.....	92
4.1.6. Ingresos económicos.....	93
4.1.7. Número de hijos	94
4.1.8. Información sobre Métodos anticonceptivos según Género - Etnia.....	95
4.1.9. Conocimiento de Métodos anticonceptivos hormonales según Género – Instrucción.....	96
4.1.10. Conocimiento de Método anticonceptivo intrauterino según Género – Instrucción	98
4.1.11. Conocimiento de Métodos anticonceptivos de barrera según Género – Instrucción.....	99

4.1.12.	Conocimiento de Métodos Quirúrgicos según Género – Instrucción	101
4.1.13.	Conocimiento de Métodos anticonceptivos naturales según Género – Instrucción	103
4.1.14.	Uso actual de métodos anticonceptivos según Género – Instrucción	105
4.1.15.	Método anticonceptivos adoptado por la mujer	106
4.1.16.	Método anticonceptivos adoptado por el hombre.....	107
4.1.17.	Motivos ante la adopción del método anticonceptivo	108
4.1.18.	Decisión ante la adopción del método anticonceptivo...	109
4.1.19.	Moción ante el no uso del método anticonceptivo.....	110
4.1.20.	Conocimiento de la pareja ante el uso del método anticonceptivo.....	111
4.1.21.	Desconocimiento y reacción de la pareja ante la adopción del método anticonceptivo	112
4.1.22.	Reacción de la pareja ante la propuesta de adoptar el preservativo.....	113
4.1.23.	Aceptación de la ligadura tubaria.....	114
4.1.24.	Aceptación de la vasectomía	115
4.1.25.	Información de Planificación familiar según Etnia – Género	116
4.1.26.	Participación de la pareja ante la asistencia a Planificación familiar	117
4.1.27.	Acuerdo con su pareja sobre Número de hijos	118
4.1.28.	Embarazo no deseado y/o planificado según Etnia – Instrucción	119
4.2.	Verificación de hipótesis	120
4.2.1.	Pasos para la verificación de la hipótesis	120

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	123
5.2. Recomendaciones	126

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos informativos.....	128
6.2. Antecedentes de la propuesta	128
6.3. Justificación.....	130
6.4. Objetivos	131
6.4.1. Objetivo General	131
6.4.2. Objetivo Específico	131
6.5. Análisis de factibilidad	132
6.6. Fundamentación Científica	133
6.7. Metodología – Modelo Operativo.....	142
6.8. Diseño de estrategias comunicacionales.....	147
6.9. Administración.....	151
6.10. Previsión de la Evaluación	152
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153
BIBLIOGRAFÍA.....	153
LINKOGRAFÍA	154
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA.....	157
ANEXOS	159
ANEXO 1. Encuesta	159
ANEXO 2. Fotografías	164

ÍNDICE DE FLUJO GRAMA

Flujo grama 1 Árbol de problemas	12
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Categorización de variables	36
Gráfico 2. Modelo de atención del Sistema de Salud	48
Gráfico 3. Estado Civil	90
Gráfico 4. Distribución Conocimiento de Métodos Anticonceptivos Hormonales según Género e Instrucción.	96
Gráfico 5. Conocimiento de Dispositivo Intrauterino según Género e Instrucción.	98
Gráfico 6. Conocimiento de los Métodos de Barrera según Género e Instrucción.	99
Gráfico 7. Conocimiento Esterilización Quirúrgica según Género e Instrucción.	101
Gráfico 8. Conocimiento de Métodos Naturales según Género e Instrucción.	103
Gráfico 9. Adopción del método anticonceptivo por la mujer	106
Gráfico 9. 1 Método anticonceptivo adoptado	106
Gráfico 10. Adopción del método anticonceptivo por el hombre	107
Gráfico 10. 1 Método anticonceptivo adoptado	107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Técnicas e Instrumentos	84
Tabla 2. Plan de recolección de datos	85
Tabla 3. Grupos de edad	88
Tabla 4. Género	89
Tabla 5. Etnia	91
Tabla 6. Nivel de instrucción	92
Tabla 7. Ingresos económicos	93

Tabla 8.	Número de Hijos según Etnia – Género	94
Tabla 9.	Información recibida sobre métodos anticonceptivos según Género – Etnia.....	95
Tabla 10.	Distribución uso actual de Método Anticonceptivo según género e Instrucción.....	105
Tabla 11.	Motivo de la adopción del método anticonceptivo	108
Tabla 12.	Decisión ante la adopción del método anticonceptivo	109
Tabla 13.	Moción ante el no uso del método anticonceptivo	110
Tabla 14.	Conocimiento de la pareja ante el uso del método anticonceptivo	111
Tabla 15.	Desconocimiento y reacción de la pareja ante la adopción del método anticonceptivo	112
Tabla 16.	Reacción de la pareja ante la propuesta de utilizar un condón (preservativo).....	113
Tabla 17.	Aceptación de la ligadura tubaria.	114
Tabla 18.	Aceptación de la vasectomía.	115
Tabla 19.	Información de Planificación familiar según Etnia – Género..	116
Tabla 20.	Participación de la pareja ante la asistencia a Planificación familiar	117
Tabla 21.	Acuerdo sobre número de hijos	118
Tabla 22.	Embarazo no deseado y/o planificado según Etnia – Instrucción	119
Tabla 23.	Tabla de contingencia: Decisión de quien debe de adopta el método anticonceptivo según Etnia – Género.....	120
Tabla 24.	Tabla de contingencia: Decisión de quien adopta el método en hombres según etnia.....	121
Tabla 25.	Tabla de contingencia: Decisión de quien adopta el método en mujeres según etnia.....	121
Tabla 26.	Plan Operativo	142

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**“CONDICIONANTES DE GÉNERO EN ANTICONCEPCIÓN
RELACIONADO CON LA ADOPCIÓN DEL MÉTODO
ANTICONCEPTIVO EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE
QUISAPINCHA”**

Autor: Avilés Castillo, Lenin Edwin

Tutora: Dra. Rio Sampron, Daimi

Fecha: Septiembre, 2014

RESUMEN

Se estima que en Latinoamérica existen más de 130 millones de mujeres en edad fértil, de las cuales menos de la mitad utiliza métodos anticonceptivos. En el Ecuador, las mujeres de 15 a 24 años de edad, constituyen más de la tercera parte (38%) de la población clasificada como la edad fértil (mujeres de 15 a 49 años de edad). Teniendo este antecedente la presente investigación se realizó en la parroquia rural de Quisapincha perteneciente al cantón Ambato. Objetivo: identificar las condicionantes de género en anticoncepción que influyen en la adopción del método anticonceptivo en el Subcentro de Salud de Quisapincha. Metodología: se realizó un estudio transversal, cuali-cuantitativo en el que se analizaron los datos recogidos mediante la aplicación de encuestas dirigidas a hombres y mujeres con edad comprendida entre 17 a 49 años de edad. Resultados: Se determinó que el 79,4% (n=278) fueron mujeres y el 20,6% hombres, predominando la etnia indígena (74,6%) sobre la mestiza (25,4%), se evidencia un bajo porcentaje de escolaridad, 13,4% (alfabetización), mientras que el 3,7% sin instrucción, y 45,7% educación básica son factores predisponentes que por desconocimiento ante la información y la

adopción del método anticonceptivo hace que haya un aumento poblacional, representando el promedio de hijos en la población indígena (3,1) sobre la mestiza (1,8); tanto mujeres y hombres indígenas tienen menor información de métodos anticonceptivos en relación a la población mestiza (58,93% y 77,07%) siendo la etnia un condicionante para el acceso a la información, incidiendo en el uso de los mismos. De la población de hombres en estudio, solo 29,2% hacen uso de un método anticonceptivo cualquiera que este fuera de estos el 66,7% hace uso del preservativo, mientras que el 33,3% han optado por el coito interrumpido. Existe un bajo porcentaje (15,4%) en las que sus parejas desconocen del uso del método anticonceptivo adoptado, así mismo se evidencio poca motivación de los hombres (8,3%) para acudir a consulta de planificación familiar a elegir junto con su pareja un método anticonceptivo, constatando que el 48,9% de las personas han acudido solas a planificar, mientras que el 42,9% por desconocimiento no lo ha realizado. **Conclusiones:** La etnia, el género, la situación socioeconómica y la falta de educación sexual condicionan a interpretar y comprender la importancia de tomar decisiones y desarrollar una conciencia de la responsabilidad y compromiso de cambiar la conducta sexual para mejorar la calidad de vida familiar y su salud. Seguido a ello, la instrucción es un condicionante asociado, se aprecia que a mayor nivel de instrucción es mayor el conocimiento, mientras que las personas sin ninguna instrucción y/o alfabetización no tienen o carecen de información sobre dichos métodos, a pesar de ello las mujeres presentan un mayor conocimiento con correlación a los hombres.

PALABRAS CLAVES:

ATENCIÓN_PRIMARIA, ETNIA, PAREJA, MÉTODO_ANTICONCEPTIVO, CONDICIONANTES_GÉNERO, PROMOCIÓN_SALUD.

TECNICA UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**"DETERMINANTS OF GENDER ON CONTRACEPTION RELATED
WITH THE ADOPTION OF THE CONTRACEPTIVE METHOD IN THE
SUBCENTRE QUISAPINCHA HEALTH"**

Author: Avilés Castillo, Lenin Edwin

Tutora: Dra. Rio Sampron, Daimi

Date: September, 2014

SUMMARY

It is estimated that over 130 million women are of childbearing age in Latin America, of which less than half used contraception. In Ecuador, women 15-24 years old, up more than a third (38%) of the population classified as fertile age (women 15-49 years of age). Given this background the present study was conducted in the rural parish of the canton belonging Quisapincha Ambato. Objective: To identify the determinants of gender contraception that influence the adoption of birth control Quisapincha Health Sub-Centre. Methodology: A qualitative and quantitative cross-sectional study in which data collected through the use of surveys aimed at men and women aged between 17-49 years old were studied as. Results: It was determined that 79.4% (n = 278) were female and 20.6% male, predominantly indigenous group (74.6%) on the mixed (25.4%), a low percentage of education is evident 13.4% (literacy), and 3.7% with no education, primary education and 45.7% are predisposing factors for ignorance to information and contraceptive adoption means there is a rising population, accounting for average number of children in the indigenous population (3,1) on the mixed (1,8); both indigenous women and men have less information about

contraception in relation to the mixed population (58.93% and 77.07%) ethnicity being a determinant for access to information, focusing on the use thereof. Of the population of men in the study, only 29.2% make use of any birth control that is out of these 66.7% use of condoms, while 33.3% have opted for withdrawal. There is a low percentage (15.4%) in which their partners are unaware of the use of the contraceptive method adopted, also little motivation for men (8.3%) was evident to attend family planning clinics to choose from along with your Couples contraception, noting that 48.9% of people have come alone plan, while 42.9% of ignorance has not it.

Conclusions: ethnicity, gender, socioeconomic status and lack of sex education conditioned to interpret and understand the importance of making decisions and developing a sense of responsibility and commitment to change sexual behavior to improve the quality of family life and health. Following this, the instruction is an associate constraint, shows that a higher level of education is higher knowledge, while those with no education and / or literacy not have or lack information on these methods, nevertheless the women have a higher correlation knowledge to men.

KEYWORDS:

PRIMARY_CARE, ETHNICITY, COUPLE, CONTRACEPTIVE_METHOD,
DETERMINING_GENDER, HEALTH_PROMOTION.

INTRODUCCIÓN

El género como construcción cultural, ejerce una poderosa influencia en los comportamientos sexuales y en las prácticas anticonceptivas, además de la edad, condición socioeconómica, nivel de instrucción, normas culturales, historia familiar, legislación y patrones de comportamiento de los subgrupos étnicos. Esto limita el acceso de las mujeres hacia los métodos anticonceptivos, cuando estos pueden prevenir la concepción intencional mediante el uso de diversos dispositivos.

La salud sexual y reproductiva es un derecho de las personas actualmente reconocido, que lleva implícito el derecho de las mujeres y de los varones a obtener información sobre métodos anticonceptivos, elegir los sistemas para regular la fecundidad.

Las condicionantes de género tiene fuertes implicaciones con la etnia y falta de educación en salud reproductiva y sexual, que al mismo tiempo están estrechamente vinculadas con las tasas más bajas de uso de anticonceptivos, es indudable que estos factores contribuyen a la importante brecha en el nivel de conocimiento de anticonceptivos por parte de la población.

Existen condiciones que están limitando la adopción de los diferentes métodos anticonceptivos, e impiden que tanto el género pueda gozar plenamente de su derecho a la elección, la presente investigación identifica las situaciones de inequidad de género y promueve su reflexión.

El derecho a decidir ¿cuántos hijos/as tener? y ¿cuándo tenerlos?, pasa por el derecho a no morir dando vida, pues el proceso de la maternidad implica un riesgo a morir que implícitamente las mujeres corren, siempre en relación con sus condiciones de vida y el acceso a la atención de calidad de su maternidad, con respecto a la población en estudio, las parejas no hablan acerca del número ideal de hijos.

Por lo que la investigación plantea una guía educativa bilingüe (español – kichwa) y el diseño de estrategias comunicacionales como instrumentos para minimizar el problema de la falta de información sobre métodos anticonceptivos en relación a género.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

TEMA DE INVESTIGACIÓN

“Condicionantes de género en anticoncepción relacionado con la adopción del método anticonceptivo en el Subcentro de Salud de Quisapincha”

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Contextualización

MACRO

Más de 430 millones de habitantes que pueblan 21 países independientes, conforman el espacio latinoamericano. Su potencial es enorme y sus problemas, también.

Una investigación del Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) indica que a pesar de las políticas de educación y orientación familiar, impulsadas por diferentes gobiernos, los métodos anticonceptivos en la región continúan situándose muy por debajo de los países desarrollados: tan sólo 52 por ciento de las mujeres latinoamericanas en edad fértil (de 15 a 49 años de edad) utilizan métodos anticonceptivos, cifra muy inferior a los promedios europeos o norteamericanos. Razones sociales y culturales, junto a una falta de educación e información, parecen estar detrás de estos indicadores. (Martínez, 2010).

Los expertos del CELSAM informan que 48% de las mujeres latinoamericanas en edad fértil no utiliza ningún método anticonceptivo para planificar su familia. Sólo 9.36% elige la píldora como método, cuando en Europa 33% de las mujeres hacen uso de la misma. Por el contrario, 23.2% de las latinoamericanas prefieren la esterilización para prevenir un embarazo y, tan sólo, 6% usa el preservativo como método.

Estas tasas serían aún más alarmantes, opina CELSAM, sin la aportación de Brasil, donde 69% de las mujeres emplea la planificación familiar. En contraparte, 68% de las mujeres venezolanas utiliza métodos naturales o no usa ninguno. En Argentina, los métodos naturales son los preferidos por 64% de las mujeres en edad fértil, y 61% en Colombia. En el caso de México, 53% de las mujeres no emplea método alguno.

Distintos expertos en planificación familiar y demografía destacan que la carencia de educación sexual en las escuelas y la falta de información orientada a la salud de la mujer, son, en buena medida, responsables de estas cifras.

Se estima que en Latinoamérica existen más de 130 millones de mujeres en edad fértil, de las cuales menos de la mitad utiliza métodos anticonceptivos, según estimaciones efectuadas por el organismo Population Action International. (Martínez, 2010)

Manuel Cortés, ginecólogo mexicano que visitó Quito para impartir una conferencia en el Congreso de Ginecología y Obstetricia organizado por la Fundación Copprende, señala que en América Latina debe fomentarse el uso de anticonceptivos como “instrumentos de salud que permitan disminuir el riesgo de mortalidad materna”. (El Telégrafo, 2012)

Cortés, ex director de Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social, señala que en la población latina se producen aproximadamente 100.000 muertes por cada millón de recién nacidos.

Para la ginecóloga Elizabeth Arcos, la elección de un método debe guardar relación con la edad de la mujer que los utiliza. “Cuando las mujeres son muy jóvenes, recomiendo algún método anticonceptivo hormonal, porque suelen ser económicos y además ayudan a regularizar los ciclos menstruales. A mujeres ya mayores, que tienen una vida activa, de trabajo, generalmente les recomiendo los métodos inyectables mensuales, de baja carga hormonal”.

Cortés agrega que en México el acceso a sistemas de control natal es gratuito, por ley. Los sistemas de prevención inyectables, explica el médico, protegen de la enfermedad pélvica inflamatoria, un desorden que puede producir infertilidad. (El Telégrafo, 2012)

MESO

En el Ecuador, las mujeres de 15 a 24 años de edad, constituyen más de la tercera parte (38%) de la población clasificada como la edad fértil (mujeres de 15 a 49 años de edad).

Ellas representan la próxima generación de madres, trabajadoras y líderes del país, que para cumplir con estos papeles de la mejor forma posible necesitan la guía y apoyo de su familia, de su comunidad, y principalmente de la atención de un gobierno comprometido con su desarrollo. (Robalino, 2009)

El impacto de la educación sexual en la mujer, se refleja en la fecundación, en la salud de las madres y de los niños, en el conocimiento y el uso de anticonceptivos, así como en la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, son las madres más educadas las que tienen hijos más sanos y mejores alimentados y son aquellos las que terminan al frente de la familia en el caso de hogares en donde no existe la figura del padre.

Aparte, existe una serie de factores que influye en los jóvenes en el riesgo de iniciar su vida sexual a más temprana edad y de este modo se incrementa el período de exposición al riesgo de embarazo no deseado o matrimonio fuera del contexto socio - culturalmente aceptado, y además se generan expectativas poco realistas sobre el comportamiento sexual de los adolescentes y jóvenes del Ecuador. (Robalino, 2009)

La educación es una variable clave en la explicación y la transformación de los conocimientos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

La educación sexual es todo un proceso fundamental mediante el cual se adquiere y transforman de manera formal e informal, conocimientos, actitudes y valores, respeto a la sexualidad en todos sus manifestaciones, que van desde los aspectos biológicos hasta los relacionados con la reproducción, el erotismo, la identidad y las representaciones de los individuos en la sociedad. (Coronel, 2007)

Las cifras de la encuesta ENDEMAIN 2004 en Ecuador revelan que 73 de cada 100 mujeres ecuatorianas que viven algún tipo de unión afectiva y/o sexual y tienen entre 15 y 49 años y usa algún método anticonceptivo. (El Telégrafo, 2012)

Sin embargo, hay diferencias entre los fármacos o dispositivos utilizados; el 58,7% emplea métodos considerados modernos y el 14% prefiere los métodos tradicionales, como el conocido “ritmo”.

Según la encuesta ENDEMAIN 2004, el acceso a las herramientas de planificación familiar está relacionado con el nivel económico de las mujeres. Las utilizan el 77,8% de mujeres que pertenecen a los grupos de mayor acceso económico, mientras que el 64% de las mujeres más pobres ya las han incorporado a su vida sexual. El uso de métodos tradicionales en Ecuador es mayor en Carchi, Imbabura, Tungurahua, Bolívar, Chimborazo y Loja. (El Telégrafo, 2012)

Las tasas de embarazo en las mujeres que no tienen ninguna instrucción, son prácticamente el doble de las mujeres que sí tienen instrucción", insistió la ministra Betty Tola al apostillar que "a mayores niveles de pobreza y menores niveles de instrucción, hay un mayor número de hijos" en cuyos hogares" la pobreza se reproduce. (El Universo, 2013)

Los estereotipos de género refieren a los modelos de varón y de mujer en cada cultura. Se aprenden desde muy temprana edad a través de juegos, conversaciones, papeles transmitidos por la familia, las instituciones educativas, los medios masivos de comunicación y las estructuras sociales en general. (Unicef, 2006)

La equidad de género permite analizar cómo están las relaciones entre los hombres y mujeres, y si estas relaciones presentan niveles de desigualdades e inequidades. A través de la reivindicación de derechos en salud sexual y reproductiva se procura llegar a acuerdos más equitativos, que satisfagan el punto de vista de ambos géneros en las distintas situaciones de la vida cotidiana.

Las condicionantes de género tienen fuertes implicaciones en la salud sexual y reproductiva de mujeres y varones.

Afectan, por ejemplo, prácticas como la anticoncepción, la prevención de infecciones de transmisión sexual, el uso del preservativo y el cuidado del cuerpo propio y de la pareja.

Un ejemplo de estas condicionantes es que con frecuencia el hombre tiene sus primeras relaciones sexuales en forma temprana, sin información adecuada, sin libertad de opción, debido a presiones sociales, lo cual puede tener elevados costos emocionales y físicos.

En el caso de la mujer, la inequidad de género se manifiesta en exigencias mayores que las que se le plantean al hombre. Por ejemplo, la sociedad suele tolerar que el varón cambie de pareja, pero exige fidelidad a la mujer.

Es preciso educar para que tanto hombres como mujeres vivan su sexualidad de forma plena y responsable. Ello implica involucrarlos en la reflexión y la toma de decisiones acerca del placer, el afecto, la anticoncepción, el embarazo, las infecciones de transmisión sexual y el acceso a los servicios de salud, entre otros.

MICRO

Quisapincha es el asentamiento más antiguo de Ambato. Proviene de dos vocablos Quichuas que son: “Kimsa” = Tres y “Punlla” = Días; esto es: “TRES DÍAS” que duraba la caminata desde Quito a este lugar. Otra versión que se aproxima es el “lugar donde brota el agua”, debido a que ha sido considerada como una zona estratégica en la provisión de agua tanto para consumo humano, como para riego y otros usos.

La población total de Quisapincha es de 14.032 habitantes, cuenta con una población de mujeres en edad fértil (15 – 49 años) de 3.713 según el MSP 2013.

Según la población antes descrita se determina que la cantidad total de población indígena es de 9224 en comparación con los mestizos que solo llegan a 2357 habitantes, por lo que se determina que el 80% de la población es indígena campesina y un 15% mestiza.

En la zona alta y media el idioma predominante es el Kichwa, el resto de la población tienen como idioma oficial el castellano. En el centro parroquial la migración es menor, quienes migran diariamente a trabajar en la ciudad de Ambato son los jóvenes, ya sea en talleres artesanales, mecánicos o fábricas.

El 60% de los jefes de familia de las comunidades migran a trabajar en la construcción como jornaleros agrícolas, estibadores, etc. El 70 % son católicos, el 20% evangélicos, el 10 % practican otras religiones, existen 12 iglesias católicas y 13 evangélicas.

El análisis del enfoque género en Quisapincha devela y permite comprender las asimetrías y jerarquías en las relaciones sociales, en donde la mujer no lleva representación de poder alguno, las cuales producen una distribución desigual del poder, en el manejo de los recursos socioeconómicos, culturales y las oportunidades que —en sociedades como la nuestra—ponen a las mujeres en desventaja.

En el Subcentro de Salud de Quisapincha la cobertura de planificación familiar al 2013 es de 29.41%, esto no devela cuanto del porcentaje corresponde a la población indígena y cuanto a la población mestiza, ni de qué sectores proviene la población (cabecera parroquial o comunidades) con la que se calculó la cobertura, considerando que en el centro parroquial existe mayor apertura por parte de los hombres hacia la planificación familiar que a nivel de comunidades, la concentración por planificación familiar en el año 2013 fue de 5.7 consultas en el año frente a las 12 necesarias, lo que deje entrever la falta de uso a los métodos de planificación familiar.

1.1.2. Análisis Crítico

La situación actual que se está viviendo en la población de Quisapincha, en cuanto a condicionantes de género en anticoncepción tiene varios inconvenientes, en los cuales el sexo biológico tiene una influencia tan poderosa sobre el comportamiento sexual, y la construcción de género en la adopción, apego y utilización de métodos anticonceptivos.

Los estereotipos de género de mujeres sumisas y hombres poderosos pueden restringir el acceso a la información, entorpecen la comunicación y promueven el comportamiento de riesgo en las mujeres y los hombres en formas diferentes, pero igualmente peligrosas.

Ahora bien, la dificultad no son las diferencias sexuales entre hombres y mujeres, eso sería simplificar el análisis, ya que tales diferencias son parte integrante de la condición de ser sexuados, reconocemos pues, no sólo las diferencias entre los sexos y la extraordinaria diversidad humana, sino las especificidades de un sujeto sexualmente diferenciado.

El problema radica en que estas diferencias se convierten en divisiones dicotómicas, en separaciones, oposiciones, jerarquías, inferioridades, exclusión, opresión..., y han servido para justificar las desigualdades de género que definen a los varones y a las mujeres según lo establecido y esperado como correspondiente a lo masculino y a lo femenino, bajo los patrones de integración, coherencia y continuidad de un orden social dominante.

La posición sociocultural y económica de las mujeres en las comunidades indígenas de los sectores es una amenaza grave para su salud sexual.

El desequilibrio de poder entre hombres y mujeres puede hacer que para las mujeres sea imposible negarse a tener relaciones sexuales no deseadas o sin protección, negociar el uso del condón o usar la anticoncepción en contra de los deseos de su compañero o esposo.

Las prácticas cotidianas sobre las mujeres respaldan muchas prácticas que son perniciosas para la salud sexual y reproductiva de las mujeres; por ejemplo, el matrimonio a una edad temprana y la violencia doméstica o sexual.

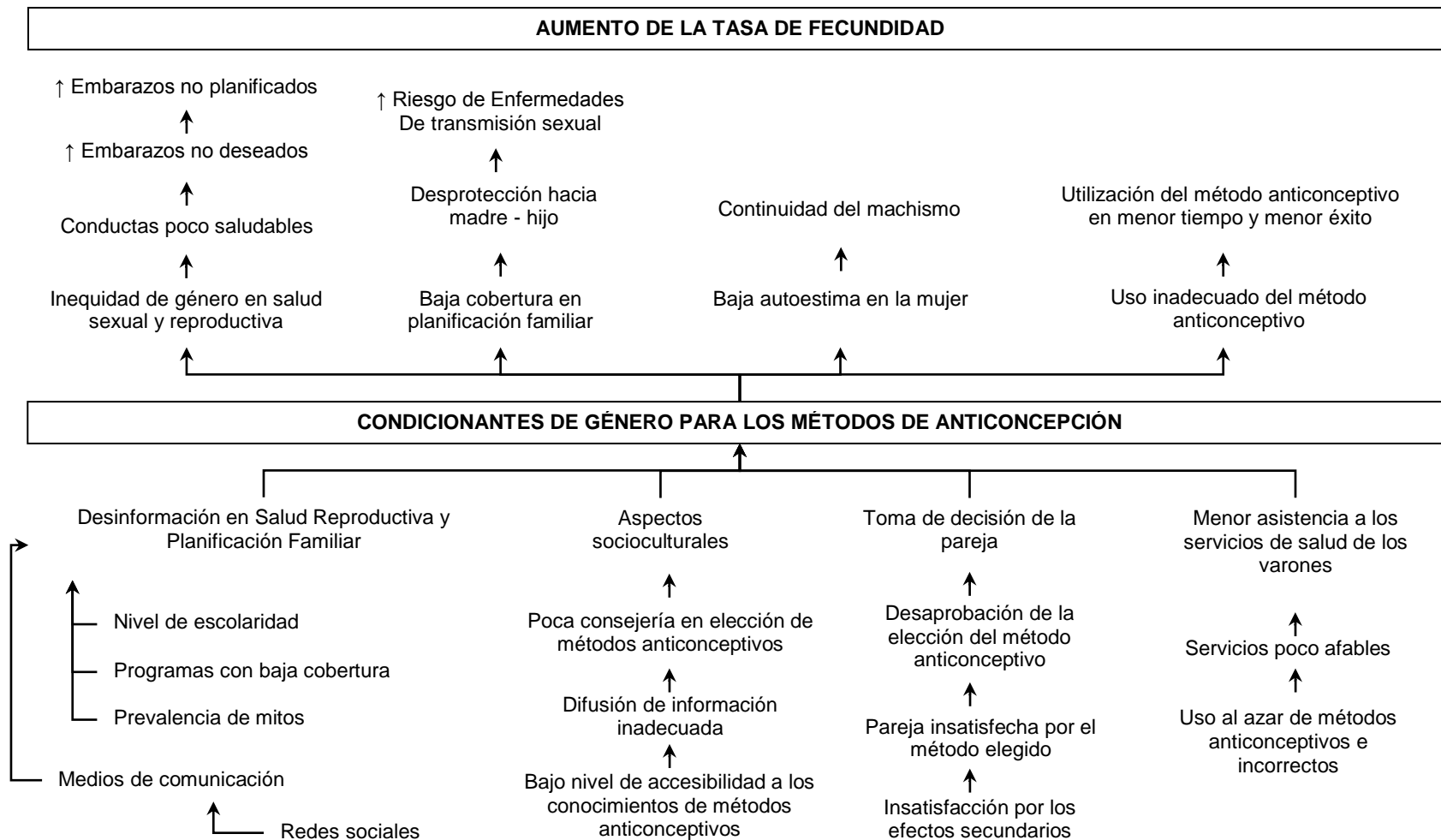
Casi todos los esfuerzos para poner en tela de juicio los estereotipos de género han tratado de empoderar a las mujeres, pero se reconoce cada vez más que éstas no pueden proteger su salud sexual si no tienen el respeto de su pareja.

Existen varias razones que se añaden a éste inconveniente como por ejemplo el desconocimiento de métodos anticonceptivos, los prejuicios o mitos relacionados con éste tema, todo esto agravado por el bajo nivel educativo que se presenta especialmente en las comunidades de la zona alta de Quisapincha.

Los aspectos culturales, de tradición que se pasan de madre a hija y de padre a hijo acarrear una cadena de machismo difícil de romper en donde la influencia especialmente de la madre proporciona el ambiente adecuado para que se continúe con la “tradición” de que la mujer debe “obedecer a su marido” incluyendo claro está, en la situación de la adopción o no de un método anticonceptivo.

La poca orientación sobre los efectos secundarios que dan los anticonceptivos por parte del personal de salud ocasiona en muchos casos que las mujeres dejen el método anticonceptivo.

1.1.3. Árbol de Problemas



Flujo grama 1 Árbol de problemas

1.1.4. Prognosis

Si focalizamos el trabajo de equidad exclusivamente en las causas directas que impiden que las mujeres accedan a la salud, es muy difícil conseguir cambios sostenibles en la sociedad y, por lo tanto, una verdadera mejora en la salud de las mujeres. Esta tarea hace falta complementarla con otra que aborde las causas de fondo de la desigualdad en el acceso a la salud por motivos de género. Por lo tanto, para implementar conductas de equidad e igualdad se tiene que empoderar a la mujer y sensibilizar a los hombres sobre el conocimiento, práctica y exigibilidad de los derechos.

Esto no significa que las estrategias de género se tengan que centrar exclusivamente en ellas. Más bien al contrario, al ser el hombre quien ostenta la posición de poder, resulta imprescindible contar con su participación para que tengan lugar los procesos de cambio hacia unas relaciones más equitativas con las mujeres.

Si estas situaciones como percepciones, valores y tradiciones culturales que otorgan superioridad a los hombres continúa de la misma manera influyendo en la planificación familiar, se continuará con bajas coberturas en planificación familiar, poca uso al método en el mejor de los casos y embarazos no deseados, que aumentan la tasa de natalidad y acrecientan los niveles de pobreza en las familias que no pueden brindar a sus hijos una crianza y educación adecuada.

1.1.5. Formulación del problema

¿Qué condicionantes de género en anticoncepción influyen en la adopción del método anticonceptivo en el Subcentro de Salud de Quisapincha?

1.1.6. Preguntas directrices

- ¿Qué métodos anticonceptivos son los que más se utilizan?

- ¿Son la educación y la etnia, condicionantes para la adopción de métodos anticonceptivos?
- ¿Cómo modificar los condicionantes de género para facilitar el acceso a Métodos Anticonceptivos?
- ¿Los condicionantes de género tienen variaciones según etnia?

1.1.7. Delimitación del Problema

Contenido

- **Campo:** Atención primaria en Salud
- **Área:** Anticoncepción
- **Aspecto:** Condicionantes de género en la adopción de método anticonceptivo

Tempo – Espacial

- **Temporal:** El proyecto se realiza en el período Abril – Septiembre 2014
- **Espacial:** En el Subcentro de Salud de Quisapincha

1.2. Justificación

Los problemas de salud sexual y reproductiva, entre los cuales se puede señalar la mortalidad asociada al embarazo, el parto y el posparto. Cada año mueren más de medio millón de mujeres durante el parto y el embarazo.

El concepto de género hace referencia a los estereotipos, roles social, condición y posición adquirida, comportamientos, actividades y atributos apropiados que cada sociedad en particular construye y asigna a hombres y mujeres. Todos ellos pueden llevar a desigualdades y, a su vez, estas desigualdades pueden causar inequidad entre hombres y mujeres en el estado de salud y el derecho a la salud.

Teóricamente las ecuatorianas y los ecuatorianos tienen derecho a disfrutar de los avances científicos en salud reproductiva y elegir el método de regulación de la fecundidad de su preferencia.

Por lo anteriormente expuesto es importante realizar este trabajo de investigación en virtud de que permitirá reflejar los criterios de anticoncepción según el género, lo que ayudará a establecer estrategias puntuales que ayuden a combatir este problema que en muchas ocasiones es cultural, los beneficiarios de este trabajo serán las mujeres de la población de Quisapincha ya que con las estrategias orientadas hacia la planificación familiar y uso correcto y oportuno de los métodos anticonceptivos reducirá la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planificados y sobre todo la reducción de la mortalidad materna – infantil.

Otro beneficiario indirecto representa el Subcentro de Salud por los gastos que representa la elevada incidencia de morbilidad y mortalidad materna – infantil, para alcanzar los objetivos del milenio.

El proyecto es factible en virtud de que es un interés de salud pública, se cuenta con el apoyo de las autoridades del Subcentro y sobre todo es una necesidad para la población que tiene muchos mitos y costumbres de tipo cultural que inciden en este tema de investigación.

1.3. Objetivos

1.3.1. General

- Identificar las condicionantes de género en anticoncepción que influyen en la adopción del método anticonceptivo en el Subcentro de Salud de Quisapincha.

1.3.2. Específicos

- Valorar si la etnia y la educación condicionan la adopción de métodos anticonceptivos.
- Establecer los métodos anticonceptivos que más se utilizan en los pobladores de la Parroquia de Quisapincha
- Diseñar estrategias para modificar las condicionantes de género y facilitar el acceso a Métodos Anticonceptivos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

Después de realizar una búsqueda exhaustiva en la biblioteca de la Universidad Técnica de Ambato y en repositorios virtuales de universidades nacionales e internacionales, se puede afirmar que no existen temas idénticos a la investigación propuesta, por lo que se optó en seleccionar contenidos similares en salud reproductiva y planificación familiar con respecto a género y de esta manera tener una visión más amplia de la sexualidad en la población en general.

BOGALE, B. Et al., **El poder de toma de decisiones de mujeres casadas en el uso de anticonceptivos modernos en las zonas urbanas y rurales en el sur de Etiopía** (2011) tuvo como objetivo de estudio determinar las prácticas actuales de anticonceptivos modernos y poder de decisión entre las mujeres. (Bogale, 2011)

La utilización de métodos anticonceptivos modernos entre las mujeres casadas en las zonas urbanas fue de 293 (87,5 %) y 243 (72,8 %) en las zonas rurales. Las mujeres casadas que residen en la zona urbana tienen mayor probabilidad de decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos que las mujeres de las zonas rurales.

Tener un mejor conocimiento sobre métodos anticonceptivos modernos, actitud equitativa para género, una mayor participación en las decisiones relacionadas con los niños, socio-culturales y las relaciones familiares fueron factores estadísticamente significativos para la toma de decisiones de las mujeres en el uso de métodos anticonceptivos modernos en el entorno urbano.

Un mejor conocimiento, temor a que el compañero se oponga o negligencia, la participación en la toma de decisiones acerca de los niños y asuntos económicos fueron factores estadísticamente significativos para una mejor toma de decisiones de las mujeres en el uso de métodos anticonceptivos modernos que en las zonas rurales.

Conclusiones: El alto nivel de uso de anticonceptivos modernos se encontró diferencias en la zona urbano-rural en comparación con las cifras nacionales y regionales. Las mujeres de las zonas urbanas tenían mejor poder de tomar decisiones sobre métodos anticonceptivos modernos que de las mujeres de zonas rurales. Modernas intervenciones de planificación familiar deben ser promovidas por considerar el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones con respecto a la utilización del método anticonceptivo.

MISHRA, A. Et al., **Las actitudes de los hombres sobre la igualdad de género y el uso de anticonceptivos en Uttar Pradesh India.** (2014). El objetivo de este estudio es examinar las actitudes de los hombres con respecto a la fecundidad y la anticoncepción y la asociación con las prácticas anticonceptivas. (Mishra, 2014)

La mayoría de los hombres tienen niveles altos a moderados de sensibilidad en la toma de decisiones de género, tienen niveles bajos a moderados de restricción en la movilidad de la esposa y tienen niveles moderados a altos de actitudes equitativas de género en todas las cuatro ciudades.

La sensibilidad en la toma de decisiones y las actitudes equitativas de género muestran una asociación positiva significativa y la restricción en la movilidad de la esposa mostraron una relación negativa significativa con el uso actual de anticonceptivos.

Conclusión: El estudio demuestra que los programas anticonceptivos deben comprometer a los hombres y dirigir actitudes equitativas de género; esto se puede hacer a través de la ayuda de pareja (comunicación interpersonal) o a través de los medios de comunicación. Involucrar a los hombres a ser equitativos con el género puede tener una influencia más allá del uso de anticonceptivos en contextos donde los hombres juegan un rol crucial en la toma de decisiones de familia.

KABAGENYI, A. Et al., Las barreras a la participación masculina en captación de anticonceptivos y servicios de salud reproductiva: un estudio cualitativo de la percepción de hombres y mujeres en dos distritos rurales en Uganda. (2014).

Este estudio examina a los hombres y las percepciones de las mujeres con respecto a los obstáculos para apoyo de los hombres y la utilización de métodos anticonceptivos modernos.

Cinco temas fueron identificados como fundamento para la participación limitada de los hombres: (i) percibir los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos femeninos que afecten la actividad sexual, (ii) limitar las opciones de anticonceptivos masculinos disponibles, incluyendo el miedo y las preocupaciones relativas a la vasectomía, (iii) mejorar la percepción que la salud reproductiva es el dominio de la mujer debido a las normas de género y comunicación en la planificación de la familia tradicional dirigida hacia las mujeres, (iv) preferencia de gran tamaño de las familias que están sin inhibiciones por el prolongada espaciamiento de los nacimientos; y (v) las preocupaciones por el uso de la mujer de anticonceptivos llevará a relaciones sexuales extramaritales.

En general, el conocimiento de métodos anticonceptivos eficaces era alto.

Sin embargo, la falta de tiempo y conciencia global limitada en relación con el papel específico de los hombres en la salud reproductiva fue pensada también para disuadir una participación significativa de los hombres en cuestiones relacionadas con la regulación de la fertilidad.

Conclusión: La toma de decisiones en el uso anticonceptivo es la responsabilidad compartida de hombres y mujeres. El desarrollo eficaz y la realización de iniciativas de la planificación familiar de participación masculina se deberían dirigir a barreras para la participación soportante masculina en la salud reproductiva, incluso la dirección a creencia negativas masculinas en cuanto a servicios anticonceptivos.

2.2. Fundamentación Filosófica

El paradigma de esta investigación esta guiado en establecer los condicionantes de género que existen para la adopción de métodos anticonceptivos, condicionantes que según la literatura se ha visto que se van construyendo socialmente, culturalmente y que influyen en los procesos de decisión de las mujeres, esta decisión no es por tanto autónoma y está basada en los conceptos, creencias o motivaciones.

2.3. Fundamentación Legal

Constitución de la República del Ecuador

En el Art. 32 determina que: "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.". (Constitución del Ecuador, 2008)

En el Art 11, numeral 2, se establece que: "Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad."

En el Capítulo Sexto, referente a los Derechos de Libertad, en el Art. 66 se reconoce y garantizará a las personas: "(...) 9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener. (...)

(...) 25. El derecho a acceder a bienes y servicios públicos y privados de calidad, con eficiencia, eficacia y buen trato, así como a recibir información adecuada y veraz sobre su contenido y características (...)"

Ley Orgánica de Salud

El Art. 6 establece como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: ... 2. Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud;... 6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;"

El Art. 20 determina que las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

Art. 23 "Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria para ello".

Art. 28 “Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local”.

El Art. 30 dispone que la autoridad sanitaria nacional, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentará y promoverá la planificación familiar, con responsabilidad mutua y en igualdad de condiciones. (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 2002)

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia – LMGYAI

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se constituye en el instrumento legal más importante relacionado con la salud y los derechos sexuales y reproductivos ya que establece el acceso universal sin costo a las personas a un conjunto de atenciones esenciales de salud sexual y salud reproductiva, constituyéndose en un importante subsidio a la demanda como parte del salario indirecto y la redistribución de la riqueza. (Asamblea Nacional Constituyente, 2008)

Marco Legal Ecuatoriano

Reglamento para regular el Acceso y la Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud

CAPITULO I

DEL OBJETO

Art. 1.- El presente Reglamento tiene como objeto poner a disposición de mujeres y hombres del territorio nacional, servicios para atención integral de calidad así como toda la información que sea requerida sobre planificación familiar, anticoncepción, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH Sida, anticoncepción oral de emergencia (AOE), salud sexual y reproductiva y prevención de embarazos en la adolescencia o no planificados.

Art. 2.- Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud, proveerán la información y asesoría sobre el uso de métodos anticonceptivos; y entregarán los mismos de acuerdo al Nivel de Atención, incluida la anticoncepción oral de emergencia (AOE), a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres que lo requieran. La edad, la etnia, el sexo, la identidad sexo-genérica, la condición migratoria, el nivel de instrucción no serán, en ningún caso, condicionamientos para brindar esta información.

Ninguna persona requiere autorización de sus familiares o de su pareja para acceder a la misma. En hospitales y hospitales de especialidades, los profesionales de la salud brindarán información sobre anticoncepción y planificación familiar, como parte del protocolo post-operatorio o post-evento obstétrico, entregando o colocando métodos anticonceptivos a demanda de la usuaria, sin necesidad de autorización alguna de sus familiares o de su pareja.

Este servicio será complementario de los servicios de asesoría y planificación familiar que cada hospital tenga.

Art. 3.- El Ministerio de Salud Pública proveerá información, asesoría y entregará métodos anticonceptivos, a través de sus Establecimientos de Salud, siendo obligación de éstos garantizar el acceso a los mismos de forma gratuita y oportuna, incluida la anticoncepción oral de emergencia a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes y mujeres que lo requieran.

Este servicio se brindará según el Nivel de Atención, siendo el Primer Nivel el que se encargará de brindar asesoría sobre planificación familiar y anticoncepción en general, a demanda de las/os usuarias/os.

En el Segundo y Tercer Nivel, los profesionales de la Salud asesorarán sobre anticoncepción y planificación familiar en servicios post-operatorios y post evento obstétrico, dando a las personas, sin importar su edad, etnia, etc. toda la información necesaria para que puedan decidir el uso de un método anticonceptivo y entregando o colocando el mismo, en caso de ser requerido por la usuaria.

En ninguno de los casos se requerirá autorización de la pareja ni de ningún familiar, para el uso de un método anticonceptivo.

Por el principio de confidencialidad el personal de salud está obligado a no divulgar esta información. En caso de que no se cumpla esta disposición se sancionará de acuerdo a las normas pertinentes.

Art. 4.- Todos los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, contarán con la cantidad suficiente de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción oral de emergencia, verificando su fecha de caducidad. Los métodos anticonceptivos se entregarán de acuerdo a su necesidad específica, y son los siguientes:

- a) Anticoncepción oral simple y combinada;
- b) Anticoncepción inyectable simple y combinada;
- c) Anticoncepción subdérmica;
- d) Anticoncepción oral de emergencia;
- e) Métodos temporales de barrera; y,
- f) Métodos temporales intrauterinos.

Las Unidades Móviles del Ministerio de Salud Pública, contarán con la cantidad suficiente de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción oral de emergencia, verificando su fecha de caducidad, para brindar asesoría y distribuirlos de acuerdo al requerimiento.

Las Unidades de Segundo y Tercer Nivel, contarán con la cantidad suficiente de los antes mencionados métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción oral de emergencia, para brindar servicios de asesoría postoperatoria y cuando sea requerido en casos de violencia.

CAPITULO II

DE LOS DERECHOS DE LAS/OS USUARIAS/OS

Art. 5.- Toda persona sin importar su etnia, edad, sexo, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, condición socio-económica, migración económica, identidad sexo-genérica, estado de salud, ser portador de VIH/sida, discapacidad, diferencia física, u otra condición, que solicite atención en las Unidades de Salud de acuerdo al Nivel de Atención, tiene derecho a:

a) Tomar decisiones informadas y libres sobre el tratamiento o método anticonceptivo que utilizará, sin que se le someta a elegir uno, bajo presión u hostigamiento, para lo cual el personal de salud ofertará todas las opciones en anticoncepción, previa orientación y asesoría.

b) Acudir cuantas veces considere necesarias a los servicios de salud sexual y reproductiva para recibir atención, aclarar dudas relativas al método anticonceptivo elegido y/o solicitar cambio o terminación de la opción anticonceptiva elegida. Esta atención será gratuita.

c) Los y las usuarios/as, recibirán la asesoría/consejería y la atención integral de calidad en salud sexual y salud reproductiva y/o anticoncepción, con el tiempo adecuado para tal actividad, estipulándose 45 minutos para la primera consulta y/o inserción de Diu o implante, y 30 minutos para consejería/asesoría y/o consulta subsecuente.

CAPITULO III

DE LA INFORMACIÓN

Art. 6.- Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud garantizarán:

- a) Información completa actualizada, clara, veraz y objetiva sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva y anticoncepción en el tiempo adecuado.
- b) Información sin juicios morales ni religiosos sobre el método anticonceptivo elegido, brindando respuestas que se sujeten a las inquietudes de quien las requiera.
- c) Información basada en evidencia científica sobre la eficacia de métodos anticonceptivos para mujeres u hombres, incluyendo características, efectos secundarios, beneficios y criterios de elegibilidad, sin discriminación de edad, estado civil, nivel de instrucción, condición económica, identidad sexo-genérica, condición migratoria, etnia y/o género, con una atención basada en la confidencialidad.
- e) Entrega del anticonceptivo requerido por la/el usuaria/o. No se permite al personal de salud inducir a la persona requirente, sobre el uso de un método anticonceptivo en particular.

Art. 7.- En los servicios de atención materno-infantil y controles prenatales, se brindará asesoría sobre anticoncepción y planificación familiar, para que las mujeres cuenten con información veraz y oportuna sobre el uso de métodos anticonceptivos, para prevenir embarazos no planificados y subsecuentes.

Durante los controles prenatales se proporcionará información y asesoría a las mujeres embarazadas, sobre cómo prevenir y protegerse del VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Para esto se les entregará los preservativos que soliciten.

Art. 8.- Las/los profesionales de la salud, estarán capacitados para brindar la asesoría suficiente y necesaria a mujeres y hombres que requieran la anticoncepción oral de emergencia, aclarando que éste es un método de excepción, que se usa a cualquier edad, para prevenir un embarazo no planificado, por lo tanto, no reemplaza el uso continuado de otros métodos anticonceptivos.

Durante la asesoría sobre anticoncepción oral de emergencia, los profesionales de la salud también brindarán a las y los usuarias/os, asesoría sobre métodos anticonceptivos de uso continuado.

Se incluirá en el perfil óptimo de los/as profesionales de la salud la asesoría en salud sexual, salud reproductiva y/o anticoncepción, con el fin de estimular dicha práctica, garantizando el tiempo suficiente para ella.

Art. 9.- La información sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE), será proporcionada de manera objetiva, ágil, oportuna y eficiente, en base a evidencia científica.

A todas las personas que requieran la AOE, se informará que:

- a) Existen dos tipos de anticoncepción oral de emergencia: 1. Píldoras específicas usadas para este fin, compuestas principalmente de Levonorgestrel; y, 2. El método de Yuzpe.
- b) La AOE interfiere o inhibe el proceso de ovulación, impide que los espermatozoides y el óvulo se encuentren, debido a que genera una alteración del moco cervical; y, sobre todo no impide la implantación del óvulo fecundado, no interrumpe un embarazo ya en curso, ni causa un aborto.

- c) Cualquier mujer sin importar su edad, etnia, estado civil, grado de instrucción, o condición económica o social, puede usar la anticoncepción oral de emergencia.
- d) La anticoncepción oral de emergencia es un método seguro para la salud de las mujeres. No existen condiciones médicas conocidas en la cuales no debe usarse AOE. Dado que las píldoras anticonceptivas se usan por un tiempo tan corto, los expertos opinan que las precauciones asociadas al uso continuo de anticonceptivos orales, no se aplican a la AOE, lo cual será informado de manera expresa a través de asesoría.
- e) Es un método anticonceptivo de excepción y no de rutina, por lo que no reemplaza el uso continuo y planificado de otros métodos anticonceptivos.
- f) Después del uso de la anticoncepción oral de emergencia, la usuaria inmediatamente puede comenzar a utilizar otro método anticonceptivo de manera regular. El profesional de la salud brindará la asesoría necesaria sobre el uso de métodos anticonceptivos regulares y, si fuere el caso, se hará la entrega del mismo o se procederá con la colocación del método.
- g) La anticoncepción oral de emergencia se debe usar como máximo dentro de los cinco (5) días después del coito sin protección, sin embargo, es fundamental entregarla a la brevedad posible para aumentar su efectividad, preferiblemente antes de los tres (3) días de la relación sexual insegura.
- j) Pueden producirse efectos secundarios en las usuarias de AOE, los mismos que son leves, sin riesgo para la mujer, no tienen repercusiones en el estado de salud y pueden tener la duración de hasta una semana.

Estos son: leve sangrado irregular durante 1 o 2 días, después de tomar la anticoncepción oral de emergencia, menstruación que inicia antes o después de lo esperado, náusea, dolor abdominal, fatiga, dolor de cabeza, tensión mamaria, mareos y vómito.

Estos síntomas no se presentan en todos los casos, todo depende de la forma de asimilación del medicamento por parte del cuerpo de la mujer.

CAPITULO IV

DE LA PROVISIÓN

Art. 10.- Todos los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, realizarán un inventario y cuantificarán la demanda de métodos anticonceptivos en su territorio, a fin de garantizar la provisión suficiente de éstos para la atención y entrega a todos/as las/os usuarias/os.

Contarán con la cantidad de métodos anticonceptivos suficientes para la reposición periódica de los dispensadores y para dar asesoría anticonceptiva post operatoria, post parto y post aborto.

En el caso de la Red Pública Integral de Salud, deberán existir dispensadores gratuitos de condones, y cada Unidad de Salud deberá contar con la cantidad suficiente de preservativos masculinos y femeninos para la reposición periódica de los mismos.

Art. 11.- El responsable de Farmacia de cada Unidad de Salud del Ministerio de Salud Pública, garantizará:

- a. Que dicha Unidad cuente con la cantidad suficiente de todos los métodos anticonceptivos en todo momento.

- b. Que los métodos anticonceptivos no se encuentren próximos a caducar; caso contrario, deberá dar prioridad a la entrega de los que estén por vencer.
- c. Que los métodos anticonceptivos sean entregados de acuerdo al requerimiento de la Unidad.
- d. Llevar un registro de consumos y egresos de los métodos anticonceptivos, consolidando la información de la reposición diaria que se realiza en los dispensadores.

Art. 12.- La provisión de anticonceptivos a los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública, se realizará desde la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, o la entidad designada a nivel nacional para este efecto, según el requerimiento de las Unidades. Cuando las Unidades de Salud a nivel nacional requieran comprar métodos anticonceptivos por sí mismas, coordinarán con la citada Unidad Ejecutora.

Art. 13.- El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria nacional, controlará y vigilará, por medio de las entidades competentes, la provisión de anticonceptivos en la Red Pública Integral de Salud y en la Red Complementaria.

CAPITULO V

DE LA DISTRIBUCIÓN

Art. 14.- Las y los profesionales de los servicios de salud, tendrán las siguientes obligaciones en relación a la distribución y consulta de métodos anticonceptivos:

- a. Garantizar una decisión libre e informada de las y los usuarias/os sobre métodos anticonceptivos, y el acceso al método elegido, incluyendo los definitivos, para lo cual será necesaria la decisión libre, informada y personal del/ la usuario/a, luego de haber brindado la orientación y asesoría adecuada. No se requerirá la autorización de ningún familiar ni de la pareja.
- b. Mantener la reserva respecto al motivo de consulta, garantizando la confidencialidad a toda persona, especialmente a adolescentes.
- c. Efectuar controles periódicos de acuerdo a la normativa vigente y recomendaciones específicas de cada método anticonceptivo y de planificación posteriores a la utilización del mismo.
- d. Entregar sin condicionamientos de ninguna naturaleza, cualquiera de los métodos anticonceptivos que solicite la/el usuaria/o.

Art. 17.- Las/os usuarias/os que requieran preservativos, podrán acceder a ellos a través de los dispensadores que se encuentran en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública a nivel nacional, de forma gratuita, además de los que se soliciten en consulta.

Art. 18.- La anticoncepción oral de emergencia se distribuirá ante solicitud de las/os usuarias/os, en cualquier situación, especialmente para:

- a) Prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección, en un periodo de hasta 5 días después, procurando tomarlas en un período menor de hasta 3 días.
- b) Si el condón se ha roto durante el coito, o si ha habido filtración, deslizamiento, o retención del mismo.

- c) Si no ha tomado durante tres o más días su anticonceptivo oral.
- d) Si ha habido un retraso de más de dos semanas en recibir su anticonceptivo inyectable.
- e) Si ha habido expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.
- f) Si la persona ha sido forzada a tener relaciones sexuales o ha sido víctima de violencia sexual, se seguirán las normas y protocolos para atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida.

Art. 19.- Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud, suministrarán la anticoncepción oral de emergencia a cualquier persona que requiera su uso.

No será necesario asistir a una consulta ginecológica, ni tener receta, ni ningún otro documento como requisito para su entrega inmediata, a hombres o mujeres que la soliciten.

Art. 20.- La distribución de anticonceptivos y de anticoncepción oral de emergencia por parte de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública, será gratuita.

Art. 21.- Los botiquines que se encuentran en cada Establecimiento de Salud del Ministerio de Salud Pública, contarán con una dotación de anticoncepción oral de emergencia permanente, lo cual permitirá que se atienda eficientemente los requerimientos de las/los usuarias/os.

El líder de cada Establecimiento de Salud, o su delegado, serán las personas responsables del abastecimiento del botiquín.

Art. 23.- Los profesionales de la salud no podrán objetar conciencia, ni utilizar su criterio moral, para negarse a entregar anticoncepción oral de emergencia o cualquier método anticonceptivo, pues la píldora anticonceptiva de emergencia, al igual que otros métodos anticonceptivos, permite hacer efectivo el derecho a la autodeterminación reproductiva, el mismo que está respaldado por el derecho a la integridad física, a la intimidad, a planificar la familia y a estar libre de toda forma de violencia que pueda afectar la vida sexual y reproductiva de la mujer.

CAPITULO VI

DEL CONTROL Y LA ENTREGA SUBSECUENTE

Art. 25.- Para garantizar la entrega inmediata de las dosis subsecuentes del método anticonceptivo elegido por la/el usuaria/o en los Establecimientos del Ministerio de Salud Pública, se utilizará el carné de "Entrega de Métodos Anticonceptivos (EMA)", en el cual se registrará los datos de la usuaria, el método elegido y la fecha de la próxima entrega del mismo.

CAPITULO VII

PROHIBICIONES Y SANCIONES

Art. 27.- Se prohíbe al personal de salud, realizar cualquiera de las siguientes acciones:

- a) Trato discriminatorio a las/os usuarias/os del servicio y ciudadanos en general. Toda persona sin importar su etnia, edad, sexo, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, condición socio-económica, migración económica, identidad sexo-genérica, estado de salud, ser portador de VIH/sida, discapacidad, diferencia física, u otra condición, tiene derecho a atención integral en salud sexual y salud reproductiva.

- b) Requerir la presencia o autorización de la pareja, de una tercera persona, o de un familiar para la entrega de cualquier método anticonceptivo, incluso de los definitivos. La consulta se realizará con la persona directamente involucrada.
- c) Obligar o inducir el uso de un método anticonceptivo en particular.

CAPITULO VII

DEFINICIONES

Art. 30.- Para los fines de este Reglamento se considerarán las siguientes definiciones:

- Anticoncepción Oral de Emergencia: Es un método anticonceptivo que las mujeres pueden usar para prevenir un embarazo no deseado, dentro de los cinco (5) primeros días después de una relación sexual sin protección. Todas las mujeres, jóvenes, adolescentes o adultas pueden usar AOE.
- Método Yuzpe: Consiste en el uso de una dosis mayor de anticonceptivos normales, como anticoncepción oral de emergencia. Se requieren de ocho (8) pastillas que incluyan 30ug de Etinil-Estradiol y 150ug de Levonorgestrel (Nordette, Microgynon).

La mujer debe usar cuatro (4) pastillas en un período de hasta cinco (5) días después de la relación sexual insegura, procurando tomarlas en un período menor de hasta tres (3) días y otras cuatro (4) píldoras, doce (12) horas más tarde de la primera dosis.

2.4. Categorías Fundamentales

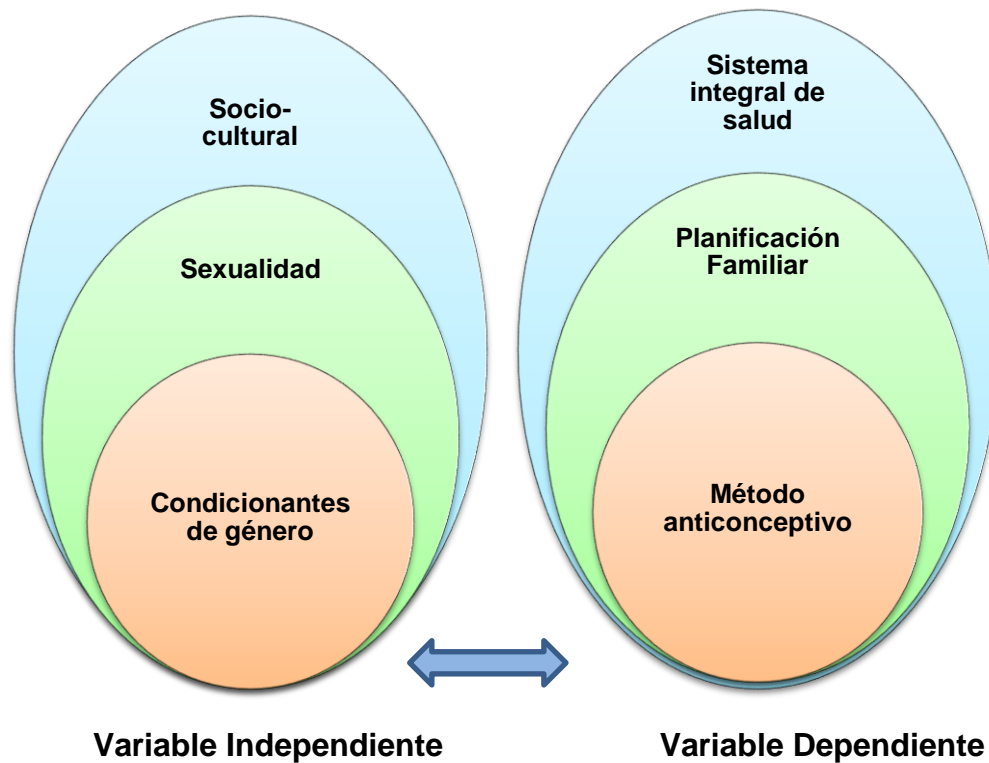


Gráfico 1. Categorización de variables

2.4.1. Marco Teórico Variable Independiente

2.4.1.1. Socio – cultural (Banerjee & Sharma, 2007)

El género prescribe el estatus y roles específicos de hombres (masculinidad) y mujeres (feminidad) respectivamente. Las determinantes de lo que constituye la masculinidad y la feminidad están enraizadas profundamente en los contextos socio-culturales de cada comunidad y crean un desequilibrio de poder entre mujeres y hombres.

Las instituciones y costumbres de cada sociedad se encargan de hacer cumplir las normas y creencias sobre los roles tradicionales de los hombres y las mujeres, tales como el matrimonio, la poligamia, la mutilación genital femenina y otras.

Eso determina hasta qué punto los hombres y las mujeres pueden controlar los distintos aspectos de sus vidas sexuales como, por ejemplo, sus habilidades para negociar el momento de las relaciones sexuales, las condiciones de las relaciones sexuales y el uso del condón.

El aspecto económico está vinculado de una manera crítica en cuanto a la adopción de los métodos anticonceptivos.

Algunos aspectos como la pobreza, las migraciones, la globalización y el rápido crecimiento de las ciudades, tienen influencia con base al género.

Por ejemplo, la pobreza podría llevar a individuos a comprometerse en relaciones sexuales poco seguras debido a que las necesidades materiales o monetarias podrían limitar su habilidad de negociar el uso del condón en esas interacciones.

Las normas socio-culturales que obligan a las mujeres a depender económicamente de sus parejas masculinas también aumentan su vulnerabilidad.

Acceso a los programas y servicios de salud

Las normas socio-culturales que definen las responsabilidades y roles masculinos y femeninos también afectan el acceso y uso de los servicios de salud por parte de los hombres y las mujeres.

En culturas donde hay una preferencia por los hijos varones, las familias destinan recursos para la atención de la salud de los niños y hombres antes que de las niñas y mujeres.

En muchas culturas patriarcales, las mujeres son confinadas a sus hogares y no pueden viajar a menos que estén acompañadas por un hombre de la familia.

Muchas prácticas tradicionales también requieren que las mujeres reciban servicios de salud sólo de personal femenino y cuando sólo exista personal masculino, las pacientes no reciben los servicios.

Las barreras que los hombres enfrentan para usar los servicios están frecuentemente relacionadas con las normas socio-culturales que atribuyen las responsabilidades reproductivas totalmente a las mujeres e impiden que estos asuman funciones relacionadas con ser padres y la crianza de sus hijos.

El acceso a los servicios disponibles por parte de las minorías sexuales está limitado por muchos factores incluyendo la exclusión comunitaria y social, el estigma y la discriminación, y la violación de los derechos humanos.

2.4.1.2. Sexualidad

La sexualidad es el conjunto de las condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo. El término también hace referencia al apetito sexual (como una propensión al placer carnal) y al conjunto de los fenómenos emocionales y conductuales vinculados al sexo. (Barragan, 2011)

En la antigüedad, se consideraba que la sexualidad de los seres humanos y de los animales era instintiva. Los comportamientos sexuales, por lo tanto, estaban determinados biológicamente y todas aquellas prácticas que no estaban dirigidas a la procreación eran consideradas como antinaturales.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad humana abarca tanto las relaciones sexuales (el coito) como el erotismo, la intimidad y el placer. La sexualidad es experimentada y expresada a través de pensamientos, acciones, deseos y fantasías. (Fisher, 2012)

La heterosexualidad es la condición sexual que consiste en la atracción hacia las personas del sexo opuesto. Los hombres heterosexuales se sienten atraídos por las mujeres, y viceversa.

En la homosexualidad, en cambio, las relaciones se dan entre personas del mismo sexo.

Existe, a su vez, otra variante, conocida por el nombre de bisexualidad, a la cual pertenecen aquellos individuos que se sienten atraídos por personas de ambos sexos.

La sexualidad, con el tiempo, fue adquiriendo una noción social y cultural. La homosexualidad, por ejemplo, fue considerada exclusiva del ser humano durante mucho tiempo; sin embargo, la observación de diversas especies animales a lo largo de los años ha demostrado lo contrario; lo mismo ocurre con la masturbación y con prácticas violentas, como las violaciones. Tanto las personas como los animales desarrollan las características de su sexualidad de acuerdo a su entorno.

Cada persona escoge cómo vivir su sexualidad, aunque esta decisión suele cambiar a lo largo de los años. Se puede hacer una primera distinción entre quienes mantienen relaciones sexuales para procrear y quienes lo hacen para sentir placer.

Ambos grupos, independientemente de sus creencias y principios, deben tener en cuenta una serie de responsabilidades que giran en torno a las prácticas sexuales, para evitar por todos los medios que sus acciones repercutan negativamente en los demás.

En primer lugar, se encuentran las infecciones de transmisión sexual (ITS), una serie de trastornos clínicos infectocontagiosos que se pasan de un individuo a otro a través del contacto físico, especialmente durante las relaciones íntimas.

En su mayoría, los causantes son virus y bacterias, aunque algunas veces provienen de protozoarios y hongos. El primer paso para su prevención es la educación; luego vienen las decisiones con respecto a la propia conducta, sea que se opte por no practicar el sexo, o bien hacerlo con una sola persona y tomando las precauciones pertinentes.

Aquellas personas que deciden procrear deberían siempre pensar en la vida que podrán brindar a sus hijos.

Son muchos los factores a tener en cuenta: el dinero, sin duda, es necesario para la manutención y la educación y, por consiguiente, para la interacción con otros seres humanos; el lugar de residencia es también muy importante, dado que todas sus características, desde el clima hasta la cultura, influirán directamente sobre las generaciones futuras; la salud física y mental de los progenitores, ya que son los pilares fundamentales de la crianza de los niños, los encargados de protegerlos y propiciarles las herramientas necesarias para su correcto desarrollo.

Por último, la educación sexual es un recurso fundamental que todas las comunidades deberían usar a la hora de formar a sus niños. Por diversas razones, los seres humanos hemos desarrollado miedo y vergüenza alrededor de la propia sexualidad, comenzando por el hecho de necesitar cubrir el cuerpo de miradas ajenas. Sin embargo, esto solamente puede conducir a la desinformación y a la represión, con sus terribles consecuencias. (López, 2008)

Educación sexual

La Educación Sexual consiste en la formación que se da a la sexualidad humana, el aparato reproductor masculino y femenino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la reproducción, los valores y otros aspectos de la sexualidad humana.

Es importante diferenciar la prevención de la Educación sexual no sólo porque lo primero no genera valores ni un profundo conocimiento del cuerpo, sino porque además, si toda la Educación Sexual se centra en métodos anticonceptivos, el objetivo de la sexualidad, es el disfrute, se convierte en lo opuesto. (Colectivo Harimaguada, 2009)

Es decir, si con la Educación Sexual se busca que las personas disfruten de sí mismas, viviéndose, conociéndose bien, y haciendo disfrutar a otras personas, con una educación sólo con miras a la prevención, que esto no es más que centrarse simplemente en el miedo a lo que pueda suceder, entonces se priva del total disfrute de los cuerpos.

La Pedagoga y Terapeuta Sexual y de Pareja, Mónica Quesada Juan, dice que: "La Educación Sexual se puede definir como un proceso cuyo objetivo básico es posibilitar que cada persona viva su sexualidad de forma positiva, sana, feliz y responsable. Cuando se habla de educación de niños, niñas y jóvenes, se habla también de la educación de la sexualidad, pues ésta es un aspecto más de la educación global de la persona.

Hablar de Educación Sexual es fundamentalmente hablar del Hecho Sexual Humano, es hablar de mujeres y hombres que son seres sexuados, que se viven como sexuados y que se expresan y relacionan como tales. Por ello, el principal objetivo de la Educación Sexual es favorecer que la persona se conozca, se acepte y valore su placer, no sólo la prevención de embarazos no deseados o la transmisión de las enfermedades. Si una persona se valora a sí misma, no se expondrá a riesgos innecesarios". (Ochoa, 2009)

Junto a esto, se hace necesario argüir que entre todos los seres humanos, en tanto que somos una especie educable, no presenta un comportamiento sexual generalizable y común, surgido de un instinto, sino que, por el contrario, más bien presenta diversos comportamientos y posturas ante la sexualidad, en función de diversos factores que la misma autora antes mencionada divide en tres aspectos:

- **Aspecto biológico:** Hace referencia a la sexuación. Se inicia con la formación del aparato reproductor, en función de es macho o hembra.
- **Aspecto psicológico:** Es la forma en la que se ve, se siente, valora y vive como ser sexuado.
- **Aspecto social:** Hace referencia a la erótica, a la forma en que se expresa lo que es y lo que vive. En este aspecto entran en juego la cultura, las creencias, los valores, la forma de ver la sexualidad y las relaciones de pareja...

El conjunto de estos tres aspectos definirá la sexualidad, y por este motivo es importante que a través de la Educación Sexual, los niños y las niñas aprendan las siguientes cosas:

- **Con relación al ámbito biológico:** Conocer las partes del cuerpo humano, tanto del macho como de la hembra; cómo funcionan los aparatos sexuales (hormonas, espermiogénesis y oogénesis, ovulación, menstruación, orgasmo, ejercicios de retención, ejercicios de endurecimiento de los músculos, potenciación del placer, gestación, parto...).
- **Con respecto al ámbito psicológico:** Orientación sexual, identidad de sexo y género, reproducción de la dominación-sumisión en el sexo a través de la cultura...

- **En cuanto al ámbito social:** El sexo en las diferentes culturas y a lo largo de la historia, mitos y creencias, tipos de relaciones de pareja, amor romántico y poliamor, etc. (Abenzoza, 2012)

2.4.1.3. Condicionantes de Género (Yago & Tomás, 2013)

El género como construcción cultural, ejerce una poderosa influencia en los comportamientos sexuales y en las prácticas anticonceptivas, además de la edad, condición socioeconómica, nivel de instrucción, normas culturales, historia familiar, legislación y patrones de comportamiento de los subgrupos étnicos.

El concepto de género permite descubrir cómo son internalizadas las normas culturales por hombres y mujeres, y cómo dirigen sus prácticas sociales. Utilizar el género como categoría de análisis permite identificar los determinantes psicosociales de actitudes y prácticas sexo-reproductivas que pueden perjudicar la salud. Se puede afirmar que en sociedades y grupos poblacionales con modelos de género patriarcales, hay mayor incidencia de embarazos no deseados asociados a violencia de género.

Los roles sexuales influyen en las conductas sexuales y para lograr mayor efectividad en la prevención es necesario considerar la influencia de género en el ámbito de la anticoncepción, y específicamente en la población juvenil.

En las últimas décadas se ha reconocido el género como un determinante de salud y los organismos internacionales y las comunidades científicas recomiendan incluir la variable sexo y la categoría género.

Se han consensuado guías de perspectiva de género en investigación y aplicadas a la clínica y para avanzar se requiere seguir profundizando en el conocimiento del modo en que los condicionantes de género afectan a problemas concretos de salud.

Los condicionantes de género son roles asignados a mujeres y hombres por el nivel socio-cultural, toma de decisiones, información y comunicación con la pareja.

Son actitudes que surgen por la necesidad de responder a los ideales de género y están relacionados con las posiciones psíquicas de feminidad y masculinidad, construidas subjetivamente a partir de los modelos culturales interiorizados. Además de las representaciones psíquicas sobre la sexualidad, sobre el otro sexo y sobre lo que supone el vínculo amoroso. (Yago & Tomás, 2013)

Determinantes de la Salud

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos.

La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, a no ser que se quiera tender al reduccionismo simplista que no conduce a parte alguna. (Linares, 2009)

Los aspectos biológicos y hereditarios se refieren a la herencia genética recibida de nuestros padres y a la constitución personal. Los avances científicos pueden eliminar o mitigar enfermedades provenientes de la herencia genética. Los personales hacen referencia al estilo de vida que cada cual configura teniendo en cuenta las condiciones de vida y el contexto económico, social, laboral, cultural, familiar.

Los aspectos familiares acerca del número de componentes, clima, ingresos económicos, educación, valores, lugar de residencia. El sexo y la edad también constituyen aspectos determinantes.

En el aspecto social, se considera la clase a la que pertenece, los estilos de vida de la sociedad provenientes de unos determinados valores, que a su vez, se plasman en normas y conductas.

El sistema sanitario es otro de los aspectos que determinan la salud ya que puede prevenir la enfermedad y curarla, promover la salud, proporcionar la asistencia sanitaria adecuada a enfermedades, accidentes, catástrofes, posibilitar el acceso gratuito o pagado a los servicios sanitarios, los medicamentos, las infraestructuras.

Aspectos culturales. Considerando el nivel educativo de la persona o de un pueblo, en principio, la capacidad de adquirir hábitos saludables, distinguir lo saludable de lo nocivo, educarse para consumir desde la moderación y criterio razonable, solidarizarse con los necesitados.

Los valores sirven para orientar la vida de la persona y adquieren importancia al convertirse en normas y estilos de vida saludables o nocivos, en la aceptación de la enfermedad y del dolor; y en considerar a la salud como parte del código de valores de la persona.

Los educativos. La educación para fomentar la salud es uno de los temas transversales integrados al sistema educativo que ha de asumir la comunidad escolar: profesorado, alumnado, padres y madres con el objetivo de conseguir la formación integral del alumno.

Determinantes del género (Yago & Tomás, 2013)

Los términos "sexo" y "género" son usados incorrectamente de forma indistinta. El género de una persona es determinado por muchos factores diferentes, incluyendo el sexo.

Género constituye “una construcción social sistemática de lo que se asume como lo ‘masculino’ y lo ‘femenino’; es una interpretación sociocultural de ser mujer o de ser hombre que cruza toda la vida.

Que una persona nazca como mujer o como hombre, lleva a que la sociedad determine cómo debe sentir, pensar, qué puede expresar o qué no. Desde una perspectiva antropológica, Lagarde considera que todas las culturas elaboran cosmovisiones sobre los géneros y, en ese sentido, cada sociedad, cada grupo y cada sujeto manejan una determinada concepción de género, basada en la de su propia cultura.

Dichas cosmovisiones además de contener ideas, prejuicios, valores, interpretaciones, normas, deberes y prohibiciones sobre la vida de las mujeres y los hombres, se caracterizan por ser marcadamente etnocentristas. Cada sujeto aprende a identificarse como la cosmovisión de género de su propia sociedad, y frecuentemente la considera como norma universal. Por lo tanto las concepciones sobre el género constituyen parte de la identidad de cada grupo y de cada sujeto. (Ortega, 2009)

La cultura y la sociedad, la separación de los roles de género y la identidad personal son todos determinantes del género. Es a través de estos determinantes que una persona se identifica con un género y la sociedad identifica a esa persona con un género.

- **Sexo**

El sexo de un individuo se refiere a su constitución biológica. Esto incluye a los cromosomas, hormonas y órganos sexuales. La constitución biológica determina si una persona es macho, hembra o un intermedio. El sexo es un determinante del género, porque el sexo de un bebé, usualmente, determina cómo es criado el niño.

Por ejemplo, si un bebé nace mujer, sus padres le proveerán de muñecas y juegos de compras, pero no juguetes de "niños" como camiones y autos.

- **Cultura y sociedad**

La cultura y la sociedad son los determinantes mayores del género, estableciendo modelos para el comportamiento de las niñas y los niños. Estos se convierten parte de las definiciones de feminidad y masculinidad. Los roles de género se refieren a los comportamientos y características que una sociedad atribuye a cada sexo.

Un ejemplo de esto es la idea de que los hombres no deben llorar, pero se espera que las mujeres lo hagan por que son más emocionales. La combinación de los roles de género y de sexo de una persona determina si la sociedad ve a la persona como hombre o mujer.

- **Separación de los roles de género**

Los roles de género se ponen en práctica a una edad muy temprana. La sociedad distingue claramente entre hombres y mujeres. Cualquier situación intermedia es típicamente catalogada como desagradable o inapropiada. Los roles de género son muy radicales en nuestra sociedad; igualmente si eres compatible con un rol de género o no. Si te adaptas a rol de género estándar o no, ayuda a determinar cómo la sociedad juzga el género.

- **Identidad personal**

La identidad de género se refiere a la auto-identificación individual de ser un hombre o una mujer. Esto usualmente está condicionado en el subconsciente desde una edad muy temprana. Si ha nacido mujer y ha sido criada con el rol de género de una mujer, como lo determina la sociedad, usualmente se considerará una mujer.

Lo mismo se aplica con los hombres criados con el rol de género de un hombre. Sin embargo, algunas personas no se sienten a gusto con el rol de género con el cual fueron criadas. Esto es conocido como desorden de identidad de género. Por ejemplo, cuando una mujer siente que es un hombre y viceversa.

Con el fin de determinar el género, debe identificarse personalmente con un rol de un género. El género puede ser cambiado por la identidad de género individual.

Esta es la forma en la que algunas mujeres se convierten en lo que se conoce como tom-boys (chicas poco femeninas). Las chicas tom-boys, usualmente, nacen mujeres, pero prefieren las cosas que los hombres hacen, como practicar deportes en vez de practicar el ballet. (Fisher, 2012)

2.4.2. Marco Teórico Variable Dependiente

2.4.2.1. Sistema integral de salud

El sistema integral de salud en el Ecuador está direccionado por el Ministerio de Salud, el mismo que ha organizado en 3 niveles: Primer nivel, segundo nivel y tercer nivel.



Gráfico 2. Modelo de atención del Sistema de Salud

Tomado de: <http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/002-CASE-Nilda%20Villacres.pdf>

El sistema integral de salud graficado anteriormente tiene un enfoque APS (Atención Primaria en Salud)

Atención Primaria en Salud

Según la OMS, 2012, la Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (Fisher, 2012)

La Atención Primaria de la Salud identifica y clasifica los problemas de salud sobre la base del análisis epidemiológico de la morbi-mortalidad y da respuesta inmediata para su solución en el nivel de entrada o para su referencia a niveles de mayor complejidad, teniendo en cuenta la práctica científica con las prácticas aceptadas y efectivas de atención tradicional. (Rodríguez, 2011)

Los pilares fundamentales de la Atención Primaria en Salud son:

- Cobertura total
- Participación comunitaria
- Reorientación del financiamiento sectorial
- Tecnología apropiada
- Nuevas modalidades de organización
- Programación integrada por necesidades
- Articulación intersectorial
- Recursos humanos no convencionales

Atención Primaria de la Salud es una estrategia de trabajo del sistema sanitario. Cualquiera sea su categoría (hospital, centro de salud, puesto de salud etc.) constituye la puerta de entrada al sistema de salud, que consiste en llevar acciones básicas de salud a toda la población.

Esto se realiza casa por casa, familia por familia del área de responsabilidad, mediante la modalidad de visitas domiciliarias programada, a través de un efector denominado Agente Sanitario.

Cada establecimiento tiene su área de influencia, es una zona de responsabilidad sanitaria.

El objetivo meta del programa es dar cobertura sanitaria a toda la población de su área de responsabilidad. (Linares, 2009)

Los Objetivos de desarrollo del milenio (ODM) son las metas cuantitativas y cronológicas, que el mundo se ha fijado para luchar contra la pobreza extrema en sus diversas dimensiones. Estos son el resultado de un compromiso que en el año 2000, llevaron a cabo 191 jefe de Estados y Gobierno en la Cumbre del Milenio, para trabajar a favor de ocho objetivos, que contienen un total de 17 metas, con un tiempo límite de cumplimiento para el 2015. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2007)

Cada objetivo se divide en una serie de metas, un total de 18, cuantificables mediante 48 indicadores concretos.

- OBJETIVO 1: Erradicar la pobreza y los problemas alimentarios
- OBJETIVO 2: Lograr la educación básica universal
- OBJETIVO 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de las mujeres
- OBJETIVO 4: Reducir la mortalidad de la niñez
- OBJETIVO 5: Mejorar la salud materna
- OBJETIVO 6: Detener y empezar a reducir el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis
- OBJETIVO 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- OBJETIVO 8: Alianzas para el desarrollo

Se ha logrado ya en la mayoría de casos esta meta. Solamente prevalecen pequeñas brechas entre las mujeres rurales e indígenas de algunas provincias en los niveles secundario y superior. Pero las mejoras educativas de las mujeres no redundan en una participación igualitaria en el mercado laboral.

La proporción de mujeres en la PEA apenas se ha incrementado 3 puntos porcentuales en 15 años. Las mujeres realizan mayoritariamente el trabajo reproductivo no remunerado, lo cual contribuye a dificultar su acceso a trabajo remunerado.

Como en otros países en desarrollo, las mujeres constituyen la mayoría de los pobres, fenómeno conocido como "feminización de la pobreza". No menos discriminatorias y gravísimas por sus consecuencias sociales e individuales son las condiciones de ejercicio de la sexualidad y las limitaciones de los derechos reproductivos, que no garantizan el acceso a una anticoncepción segura y eficaz (Diónis, 1995).

Sin embargo, los intentos legislativos contemplando políticas de planificación familiar en los últimos años no tuvieron mayor trascendencia y la anticoncepción continúa siendo inaccesible -cultural y económicamente- a la mayoría de las mujeres, y en particular, a las de menores recursos.

El índice de mortalidad en los abortos es aproximadamente del 1 por mil, constituyéndose en la principal causa de muerte materna, y afectando desproporcionadamente a las mujeres de sectores más bajos, ya que son quienes tienen mayores dificultades para acceder a las técnicas anticonceptivas. La mayor vulneración de sus derechos se produce en los impedimentos para el ejercicio de su sexualidad y las limitaciones en los derechos reproductivos.

2.4.2.2. Planificación familiar

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

2.4.2.3. Método anticonceptivo

1. Es un conjunto de prácticas aplicadas en las relaciones coitales heterosexuales, basadas en el uso de anticonceptivos, destinadas a evitar embarazos no deseados y a decidir el momento y el número de ellos que se quiere tener (control de la natalidad). (Orellana, 2013)
2. Un método anticonceptivo es un procedimiento para impedir o reducir la posibilidad de que, al mantener relaciones sexuales, se produzca la concepción (que un espermatozoide fecunde un óvulo) y se produzca un embarazo. (Peláez, 2009)
3. Se define como la prevención de la concepción intencional o impregnación mediante el uso de diversos dispositivos, agentes, drogas, prácticas sexuales, o procedimientos quirúrgicos. Los muchos métodos disponibles varían en eficacia, contraindicaciones, y la facilidad de uso. (Rakel, 2011). Existiendo diversos métodos anticonceptivos (Hormonales, intrauterinos, barrera, quirúrgicos y naturales).
4. Se refiere a las diversas modalidades que una pareja sexualmente activos usan para prevenir el embarazo. Estas opciones pueden ser médicos o no médicos y utilizado por los hombres o las mujeres o ambos. (Ferri, 2014)

Eficacia de los métodos anticonceptivos

Existen diversos métodos anticonceptivos y unos son más eficaces que otros. Para medir la eficacia de los métodos anticonceptivos se utiliza el Índice de Pearl (tanto por ciento de embarazos no deseados que tendría una mujer si usase el método anticonceptivo durante 100 años, o bien, si lo usasen 100 mujeres durante un año).

Si un método anticonceptivo tiene un índice de Pearl pequeño, indica que la probabilidad de que se produzca un embarazo no deseado utilizando dicho método anticonceptivo es pequeña. Es decir, cuanto menor sea el Índice de Pearl de un método anticonceptivo más eficaz es dicho método.

Sin embargo, este índice se obtiene de diferentes maneras por los diversos equipos que estudian el tema y diferentes poblaciones (con diferentes culturas) usando el mismo método anticonceptivo suelen dar un Índice de Pearl diferente.

Además, para que el índice de Pearl fuese una medida correcta del "riesgo" de que se produzca un embarazo no deseado, todas las mujeres consideradas tendrían que tener la misma probabilidad de quedarse embarazadas o de abandonar el seguimiento, y dichas probabilidades han de mantenerse constantes en el tiempo. Sin embargo, estas condiciones no suelen producirse en la práctica, unas parejas son más fértiles que otras por lo que se quedarán antes embarazadas y abandonarán antes el estudio y es un hecho que, los usuarios que llevan poco tiempo practicando un método corren un riesgo mayor que los que tienen más experiencia. Es decir, a medida que aumenta el tiempo de estudio se van quedando las parejas menos fértiles y todas tienen más experiencia por lo que, a medida que aumenta el período de estudio durante el cual se calcula el índice de Pearl, éste tiende a ser más pequeño. (Molina, 2010)

Para paliar estos problemas en la literatura científica sobre el tema, suelen darse dos valores del índice de Pearl:

- **La tasa de eficacia.**- Se obtiene suponiendo un uso perfecto del método.
- **La efectividad.**- Se obtiene a partir de un uso real del método (a veces, el método estudiado se utiliza incorrectamente).

Moraleja: los diversos índices de Pearl que se publican hay que considerarlos con las debidas precauciones.

Fuentes de información

Uno de los factores que más influye sobre la correcta utilización de un determinado método anticonceptivo es la fuente de la que se obtiene la información. Existen tres fuentes fundamentales de información:

- Medios de comunicación (prensa, radio, televisión, internet).
- Información suministrada por personal sanitario (centros de planificación, ginecólogos, médicos de familia).
- Entorno social (colegio, universidad, amigos). (Dexeus, 2009)

Características del método anticonceptivo ideal

Existen muchos métodos anticonceptivos, la mayoría de ellos se aplican a la mujer y alguno al hombre. Un método anticonceptivo sería ideal si tuviese las siguientes características:

- Es fácil de aplicar y de usar.
- No produce efectos secundarios ni lesiones tanto a la mujer como al hombre.
- No altera las costumbres de la pareja.
- Posee una eficacia del 100%.
- Protege contra las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.
- Es reversible, es decir, después de su aplicación no influye en la fertilidad posterior de la pareja.
- Es económico.

Sin embargo, no existe el método anticonceptivo ideal, no existe ningún método que sea adecuado para todas las parejas a cualquier edad y en todas las situaciones. Cada pareja deberá decidir a lo largo de su vida cuál es el anticonceptivo más adecuado en cada momento. (Loza, 2009)

Tipos de métodos anticonceptivos (Schwarcz, 2010)

A continuación se hace un resumen de los diversos métodos existentes:

1. Dispositivos intrauterinos

Eficacia: 0,6 a 0,8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso (1 en cada 125 a 170).

Los DIU actualmente utilizados se denominan medicados o bioactivos. Los dispositivos medicados a su vez pueden ser:

- Medicados con cobre; con cobre y plata; o con cobre y oro.
- Sistemas liberadores de hormonas.

La variedad en el diseño se relaciona con la duración de la acción anticonceptiva (proporcional a la superficie de cobre), y a la frecuencia de efectos adversos como la expulsión, el aumento del sangrado menstrual y la dismenorrea.

Son múltiples las evidencias científicas que demuestran que el mecanismo de acción del DIU es similar en todos los modelos medicados con metales, y se basa en prevenir la fecundación al crear un medio intrauterino hostil que resulta espermicida.

La presencia de cobre en el fluido intrauterino junto con la reacción de cuerpo extraño endometrial que induce el dispositivo crea un medio hostil que paraliza a los espermatozoides impidiendo su ascenso por el tracto genital superior, previo al encuentro con el óvulo.

Algunos autores consideran que, además de esta paralización de los espermatozoides, se acorta el tiempo de supervivencia de los mismos así como del óvulo, en ambos casos previamente al encuentro de las gametas.

Para confirmar que el mecanismo de acción anticonceptivo del DIU de cobre es el anteriormente descrito, varios autores han determinado el nivel de sub unidad BHCG (gonadotrofina coriónica humana) durante el primer día menstrual de mujeres portadoras de DIU, en comparación con igual determinación en mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo.

El porcentaje de resultados positivos varió entre 0 y 1% en las mujeres usuarias de DIU, contra 33,3% en las no usuarias. Cabe destacar que los resultados positivos en las usuarias de DIU se asociaron a descenso o expulsión inadvertida del dispositivo, luego confirmados por ecografía. Los embarazos pudieron seguir adelante.

Se recuperaron óvulos de 14 mujeres que usaban DIU y 20 mujeres que no practicaban la anticoncepción, luego de haber tenido relaciones sexuales alrededor del momento de la ovulación.

Ninguno de los óvulos de las usuarias de DIU mostraba signos de fecundación o desarrollo embrionario, mientras que la mitad de los óvulos de las mujeres sin DIU u otro tipo de anticoncepción sí los mostraban.

Los dispositivos intrauterinos medicados con hormonas las liberan lentamente a la luz de la cavidad uterina, alcanzando una acción local con mínimo pasaje de la sustancia a la circulación sistémica.

Se describen principalmente dos modelos: uno que contiene progesterona, cuya duración es de un año (Progestasert®) y otro, que libera Levonorgestrel (14 mg/día) y cuya duración es de cinco años (Mirena®).

El mecanismo de acción anticonceptiva de ambos dispositivos se basa en dos acciones fundamentales: el espesamiento del moco cervical, que impide el ascenso de los espermatozoides a la cavidad uterina, y la atrofia del endometrio que crea un medio hostil a los espermatozoides y a su migración. Es decir, que impiden la fecundación al impedir el encuentro de las gametas.

Ventajas

- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Reversible en forma inmediata. Cuando se retira, la mujer puede quedar embarazada tan rápidamente como las que no lo han usado.
- No tienen ningún efecto sobre la cantidad o calidad de la leche materna.
- Pueden insertarse inmediatamente después del parto (a excepción de los DIU que liberan hormonas) o después de un aborto (cuando no hay indicio de infección).
- Ninguna interacción con otras medicinas.

Desventajas

- Efectos secundarios comunes (no son señal de enfermedad) como:
 - Cambios menstruales (comunes en los primeros tres meses, que suelen disminuir posteriormente).
 - Sangrado vaginal abundante y más prolongado.
 - Sangrado o goteo vaginal entre períodos.
 - Más cólicos o dolor durante los períodos.
- No protege contra infecciones de transmisión sexual (ITS).
- No es aconsejable en mujeres que han tenido recientemente una ITS.

Momento de la inserción

Como toda práctica médica, requiere la confección y firma de un consentimiento informado. El mismo garantiza que la mujer ha sido informada del procedimiento al que será sometida (la inserción) y acepta libremente que el profesional efectúe la maniobra.

El período conveniente para la inserción del DIU es durante la menstruación o inmediatamente después de ella, ya que el canal del cuello uterino se dilata ligeramente, lo que facilita la inserción del dispositivo. La presencia de la menstruación reduce el riesgo de inserción a comienzos de un embarazo. También se puede colocar, aunque con mayores posibilidades de expulsión espontánea, inmediatamente después de un aborto espontáneo o parto, si no existe sospecha de infección.

2. Anticonceptivos hormonales

Eficacia usual. De 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso Cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0,1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso).

Son distintos preparados anticonceptivos que contienen hormonas femeninas, que pueden administrarse por vía oral o parenteral.

1.1. Anticonceptivos orales

Se clasifican en:

- a. Combinados monofásicos:
 - Macrodosificados
 - Microdosificados
- b. Combinados trifásicos.
- c. Mensuales.
- d. Minipíldora o anticonceptivos sólo de progesterona

a. Combinados monofásicos

Este tipo de anticonceptivos hormonales han tenido tan importante desarrollo que, cuando se habla genéricamente de "anticonceptivos orales", se suele hacer alusión a este tipo de asociación.

Se componen de un estrógeno –el Etinilestradiol– más un gestágeno, Todas las grageas tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos Etinilestradiol– más un gestágeno, Todas las grageas tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos (de allí la denominación de monofásicos).

Todos los anticonceptivos orales monofásicos actúan de igual manera. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación a través de la inhibición de la secreción de FSH y LH por parte de la hipófisis. Es por este mecanismo de acción ovulostático que los ACO son el método anticonceptivo reversible más eficaz.

- **Macrodosificados**

Son aquellos que tienen 50 o más microgramos de Etinilestradiol, no suelen recomendarse, aunque se los puede utilizar como anticonceptivos de emergencia.

- **Microdosificados**

Son aquellos que tienen 35 microgramos o menos de Etinilestradiol (EE) por comprimido. Dentro de este grupo existen preparados con 35, 30, 20 y 15 microgramos de EE (recientemente incorporados).

Asociados al EE existen diferentes gestágenos. Pueden ser derivados de la Progesterona (Medroxiprogesterona y Ciproterona) o derivados de la Nortestosterona. Estos últimos son los más utilizados en la actualidad y se los denomina como de primera, segunda o tercera generación. Los más antiguos son llamados de primera generación y son la Noretisterona y el Linnestrenol.

Los de segunda generación son el Norgestrel y el Levonorgestrel. Los de tercera generación son el Desorgestrel, el Norgestimato y el Gestodeno.

El mecanismo de acción de todos los gestágenos es similar, siendo los más nuevos los que mejor controlan el ciclo, evitando el manchado irregular (spotting) y las metrorragias por disrupción (sangrados fuera de fecha).

b. Combinados trifásicos

La dosis de Estrógeno y Progestágeno no es la misma en todas las grageas, sino que tienen tres combinaciones diferentes que se identifican por los distintos colores de los comprimidos.

La dosis de Etinilestradiol es similar en todos los comprimidos o aumenta levemente en la mitad del ciclo, mientras que la del gestágeno aumenta en forma progresiva, siendo sensiblemente más elevada en los últimos 7 comprimidos. Por ello es muy importante que la toma sea ordenada, es decir, que se respete la numeración de los comprimidos impresa en el blíster del producto.

Estos preparados surgieron con la ambición de asemejarse al ciclo normal de la mujer, reproduciendo la variación de las cantidades de hormonas secretadas por el ovario en las distintas fases del ciclo. Pero para mantener la eficacia anticonceptiva fue necesario introducir al gestágeno desde el primer comprimido.

Es por ello que no presentan ventajas con respecto a los anticonceptivos monofásicos y han sido ampliamente superados por éstos.

c. Mensuales

Se administra un comprimido por mes. Contiene alta dosis de un estrógeno de depósito (Quinestrol) asociado a un progestágeno (Diacetato de Etinodiol).

Produce frecuentes trastornos del sangrado debido a la excesiva dosis de estrógenos de vida media prolongada. Son poco utilizados por sus efectos adversos.

d. Minipíldoras o anticonceptivos sólo de progesterona

Se conocen también como POP (Progesterone Only Pill). Existen tres píldoras sólo de progesterona que contienen Linestrenol 0,5 mg (ExlutonNR), Levonorgestrel 0,030 mg. (Microlut-NR) y Norgestrel 0,075 mg (Norgeal-NR).

No inhiben la ovulación. Su mecanismo de acción consiste en modificar el moco cervical haciéndolo denso y hostil a los espermatozoides, impidiendo así el ascenso de los mismos hacia la cavidad uterina.

Estos anticonceptivos suelen utilizarse:

- Durante la lactancia materna, con una eficacia del 99,5% los primeros seis meses del puerperio.
- En aquellas mujeres que tienen contraindicado el uso de estrógenos pero no el de progesterona, como en los casos leves a moderados de hipertensión arterial, con una eficacia del 96,8%.

- En la perimenopausia, si no se desea utilizar estrógenos (por ejemplo, en mujeres fumadoras mayores de 35 años o hipertensas, con una eficacia del 96,8%).

1.2. Anticonceptivos inyectables

Eficacia: 0,3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Se los clasifica como:

- a) Mensuales de primera generación
- b) Mensuales de segunda generación
- c) Trimestrales

a) Mensuales de primera generación: Están formados por la combinación de un estrógeno de acción prolongada (Enantato de Estradiol) con un gestágeno de acción corta (Acetofénido de Dihidro-xiprogesterona). Se aplican entre el séptimo y el décimo día del ciclo, preferentemente el octavo o noveno.

La alta dosis de estrógenos de liberación prolongada produce frecuentes alteraciones del ciclo como hipermenorrea y menometrorragia. Es por ello que habitualmente no se los recomienda.

b) Mensuales de segunda generación: Están compuestos por un estrógeno de acción breve (Valerato o Cipionato de Estradiol) y un gestágeno de acción prolongada (Enantato de Noretisterona teto de Medroxiprogesterona).

No producen aumento del sangrado menstrual sino que por el contrario lo disminuyen, siendo la amenorrea un efecto adverso frecuente.

Cabe destacar que dicha amenorrea se debe al bajo aporte de estrógenos, por lo que no constituye un signo de alarma que indique suspender el tratamiento una vez descartado el embarazo. La misma es totalmente reversible si se suspende la aplicación del medicamento y puede tratarse agregando estrógenos en parches o comprimidos, una semana antes de la fecha en que se espera la menstruación (un comprimido de estrógenos conjugados equinos de 0,625 por día por 7 días, o un parche de 50 microgramos de Estradiol aplicado una semana antes de la fecha menstrual; si el parche tiene una duración de tres días, el mismo deberá cambiarse una vez).

La primera dosis se aplica el primer día del ciclo; y luego, cada treinta días, pudiéndose adelantar o retrasar tres días, por lo que resulta práctico que la usuaria lo aplique siempre en la misma fecha calendario (por ejemplo: si su primer aplicación fue el 9 de noviembre, que realice las siguientes aplicaciones el 9 de cada mes: 9 de diciembre, 9 de enero, etc.).

Ventajas: una sola aplicación mensual.

Desventajas: son frecuentes las alteraciones del ciclo menstrual.

- c) Trimestrales:** Consiste en una dosis de 150 mg de Acetato de Medroxiprogesterona de liberación lenta. La dosis de este gestágeno inhibe eficazmente la ovulación dando una eficacia anticonceptiva de 99,7%.

El efecto adverso más frecuente es la amenorrea, que se verifica en el 60 % de las usuarias.

Si bien se trata de un anticonceptivo de progesterona sola, está contraindicado en la hipertensión arterial, ya que el efecto mineralocorticoide de la Medroxiprogesterona en una dosis alta puede elevar la presión arterial. La primera dosis se aplica el primer día de la menstruación, y luego cada tres meses calendario.

Ventajas: su alta eficacia anticonceptiva y su administración a intervalos prolongados.

Desventajas: frecuentes alteraciones del ciclo menstrual, menor reversibilidad de sus efectos anticonceptivos.

3. Anticonceptivos hormonales

Son aquéllos que actúan como un obstáculo físico al paso del espermatozoide a la cavidad uterina.

3.1. Preservativos

Preservativo masculino o condón

Es una funda de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración y se utiliza durante toda la relación sexual. Además de evitar el embarazo, es el único método anticonceptivo, junto con el preservativo femenino, que ayuda a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Por eso debe usarse durante la penetración vaginal o anal, y el sexo oral

Eficacia: 14 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 8).

Los fracasos se deben más a problemas en su colocación o de escurrimiento del semen que a la posibilidad de ruptura. Si su uso es correcto y consistente desciende a 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 33).

Ventajas: De fácil acceso, no requiere preparación previa.

Desventajas: Se requiere motivación para su uso constante y correcto, por lo que es importante en consejería interactuar con técnicas lúdicas para erotizar su uso.

Preservativo femenino

Eficacia: 95 al 71%, aumentando con la continuidad del uso. No se han comprobado fallas del tipo rotura.

La falla más frecuente es la penetración del semen por fuera del anillo que cubre la vulva o su desplazamiento hacia el interior de la vagina.

Se trata de una vaina flexible de poliuretano autolubricado que se ajusta a las paredes de la vagina. Posee dos anillos flexibles: uno interno, usado para su inserción y retención semejando un diafragma y que mantiene el preservativo femenino en posición adecuada y otro anillo externo que se ubica sobre los labios y permanece fuera de la vagina protegiendo los genitales externos durante el coito.

Ventajas: permite que la mujer pueda ejercer su propio cuidado.

Desventajas: requiere adiestramiento para su colocación.

3.2. Diafragma

Eficacia: Su eficacia es de 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Si su uso es correcto y consistente y combinado con espermicidas, desciende a 6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Consiste en un aro de goma cubierto por una membrana del mismo material que se adapta a la cúpula vaginal, entre el fondo de saco vaginal posterior y la sínfisis pubiana, cubriendo el cérvix y obstruyendo el orificio externo. Es por ello que existen diferentes medidas estandarizadas cada medio centímetro desde el 6 (diámetro de 6 cm) hasta 8,5 (diámetro de 8,5 cm).

4. Contraceptivos químicos

Eficacia: Los fracasos en el uso no combinado oscilan entre el 6 y el 26 %. Mejoran la eficacia de los métodos de barrera.

4.1. Espermicidas

Son sustancias surfactantes que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Se presentan en varias formas farmacéuticas: cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos.

4.2. Esponjas vaginales

Son esponjas de poliuretano impregnadas en Nonoxynol o Cloruro de Benzalconio, que liberan el espermicida en el medio vaginal. Se colocan como un tampón pudiendo ser retirados con facilidad.

Son desechables después del coito.

Ofrecen una protección continua por 24 horas y deben ser removidas 6 a 8 horas después de la última relación.

5. Método de la Lactancia

Eficacia: En los primeros 6 meses después del parto, su eficacia es del 98% (2 en cada 100). Tal eficacia aumenta cuando se usa en forma correcta y consistente, hasta 0,5 embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 6 meses después del parto (1 en cada 200).

La relación entre la duración de la lactancia y la duración de la amenorrea posparto ha sido suficientemente demostrada: a mayor duración de la lactancia, mayor duración del período de amenorrea. La duración promedio del período de amenorrea en las madres que no amamantan es de 55 a 60 días, con un rango de variación entre 20 y 120 días. La lactancia exclusiva se asocia con períodos más largos de amenorrea e infertilidad que la lactancia parcial.

El método de la Lactancia Materna o MELA consiste en utilizar la lactancia como método temporal de planificación familiar.

Como método anticonceptivo, el MELA sólo es válido si:

- La lactancia es exclusiva y la madre amamanta frecuentemente, tanto de día como de noche.
- No se han reiniciado sus períodos menstruales
- El bebé es menor de 6 meses de edad.

Si estas condiciones no se cumplen, o si se cumple sólo alguna de ellas, la mujer debería hacer planes para comenzar a usar otro método de planificación familiar.

Mecanismo de acción: Detiene la ovulación, ya que la lactancia materna produce cambios en la velocidad a la que se liberan las hormonas naturales.

Ventajas:

- Previene el embarazo en forma efectiva por lo menos durante 6 meses.
- Promueve los mejores hábitos de lactancia materna.
- Puede usarse inmediatamente después del parto.
- No hay necesidad de hacer nada en el momento del coito.
- No hay costos directos relacionados a la planificación familiar o a la alimentación del bebé.
- No se requiere ningún suministro ni procedimiento para pre-venir el embarazo.
- Ningún efecto secundario.

Desventajas:

- No hay certeza de efectividad después de los 6 meses.
- La lactancia frecuente puede crear inconvenientes o dificultades para algunas madres, en particular las que trabajan.
- No brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el SIDA.
- Si la madre es VIH positiva existe la posibilidad de que el VIH pase al bebé a través de la leche materna.

6. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer

Eficacia: 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, cifra que desciende a 1-9 embarazos por cada 100 mujeres si se los usa correctamente y en forma combinada. Son menos eficaces que otros métodos anticonceptivos, pero a veces resulta la única opción para personas que no pueden o no desean utilizar otros métodos.

Consisten en evitar voluntariamente el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual. Están basados en la determinación del momento de la ovulación. Incluyen diferentes métodos que dependen de la identificación de los días del ciclo menstrual durante los cuales una mujer puede quedar embarazada, por lo que comprenden el conocimiento de las características fisiológicas del ciclo reproductivo como medio para regular la fecundidad.

La vida fértil del óvulo se ha establecido alrededor de 24 horas. Al final de la menstruación, los bajos niveles hormonales de estrógenos y progesterona estimulan la producción de cantidades aumentadas de FSH y LH y de crecimiento de un folículo ovárico.

El folículo que está creciendo produce la secreción de cantidades incluso mayores de estrógeno dentro del torrente circulatorio, alcanzando niveles máximos justo antes de la ovulación.

Después de la ovulación, el cuerpo lúteo produce cantidades aumentadas de progesterona, pero en ausencia de concepción y transcurridos entre 8 y 10 días después de la ovulación, el cuerpo lúteo comienza a inactivarse, los niveles de estrógeno y progesterona caen, y se produce la menstruación.

Por medio del uso de estos indicadores clínicos, y permitiendo el número apropiado de días para la supervivencia del gameto, es posible definir con exactitud razonable las fases fértil e infértil del ciclo. Se puede, pues, enseñar a las mujeres a observar algunas de las manifestaciones de estas concentraciones cambiantes de las hormonas ováricas.

Este conocimiento del ciclo de fertilidad se conoce como "vigilancia de la fertilidad" y constituye la base para las prácticas de los métodos naturales de procreación responsable.

6.1. Método de índice simple

Son aquellos que utilizan un solo indicador.

a) Método del Cálculo Calendario.

Históricamente, este fue el primero de los métodos naturales a partir de los trabajos de Ogino-Knaus.

Constituyó la base para el método del ritmo, que está actualmente superado por métodos naturales más avanzados.

Si se deja un margen de seguridad de 72 horas para prever la supervivencia del espermatozoide, y de 12 a 24 horas para prever la supervivencia del óvulo, se puede determinar un método para detectar el comienzo y el final de la fase fértil.

Como la duración del ciclo no es siempre la misma, se puede calcular con razonable exactitud un tiempo fértil de 7 días.

La fase se calcula:

- 1) Definiendo el ciclo menstrual menor y el mayor a lo largo de 12 ciclos previos;
- 2) Restando 18 al ciclo menor para obtener el primer día fértil;
- 3) Restando 11 al ciclo mayor para obtener el último día fértil.

Por ejemplo: si una mujer tuvo ciclos de 28 y 32 días durante 12 meses, debería proceder según el siguiente cálculo:

$$28 \text{ (ciclo más corto)} - 18 = 10$$

$$32 \text{ (ciclo más largo)} - 11 = 21$$

Debería guardar abstinencia de relaciones sexuales desde el día 10º al 21º de su ciclo, recordando que llamamos "ciclo" al periodo comprendido entre el primer día de una menstruación y el primer día de la menstruación siguiente.

Actualmente no se recomienda que este método sea utilizado como único índice de fertilidad. Sin embargo, puede proporcionar una información útil cuando se usa como uno de los indicadores entre los índices múltiples.

b) Método de la Temperatura Basal.

La temperatura basal es la temperatura del cuerpo en descanso completo o después de un período de sueño y antes que comience la actividad normal, incluyendo comida y bebida.

De ser posible, se cree conveniente usar un termómetro de mercurio de escala expandida (termómetro de fertilidad), para detectar el pequeño ascenso de la temperatura que está normalmente entre 0,2 °C y 0,6 °C.

La temperatura puede tomarse en la boca (5 minutos), en el recto (3 minutos) o en la vagina (3 minutos), y se escribe diariamente en un gráfico especial, que está diseñado para relacionar ese pequeño cambio desde el nivel menor al mayor y facilitar su interpretación con posterioridad.

La temperatura basal debe tomarse en el mismo momento todos los días ya que, incluso en condiciones ideales y constantes, existe una variación diurna que oscila desde un mínimo entre las 03:00 y las 06:00 horas, a un máximo entre las 15:00 y las 19:00 horas.

Si se produjera la concepción durante el ciclo de toma de la temperatura, ésta permanecerá en su nivel mayor. De lo contrario, comienza a caer justo antes de la menstruación.

Como indicador de fertilidad, la temperatura basal sólo puede detectar el final de la fase fértil, que ocurre luego del tercer día de elevación sostenida de la temperatura basal.

La pareja evita el coito desde el primer día del sangrado menstrual hasta que la temperatura de la mujer sube por encima de su temperatura normal y se mantiene elevada por tres días enteros. Esto significa que la ovulación ha ocurrido y la fertilidad ha terminado.

Si la mujer presenta un cuadro febril de cualquier etiología, este método deja de ser útil hasta la menstruación siguiente, por lo que en ese mes se debe cambiar de método o mantener abstinencia todo el ciclo.

Si la mujer se traslada a otra localidad a mayor altura sobre el nivel del mar, la temperatura basal no es evaluable en ese ciclo, por lo que se deberá esperar la menstruación para reiniciar el método. En ese caso se debe cambiar de método o mantener abstinencia todo el ciclo.

Puesto que se debe restringir tanto el coito, el método no es muy aceptado como indicador objetivo del final del período fértil. Por lo tanto, en la práctica, la temperatura basal se combina normalmente con otro indicador como el cálculo del calendario o los síntomas del moco, en una combinación de índice múltiple.

c) Cambios cíclicos del cérvix.

Independientemente de los cambios que ocurren en el moco cervical, está bien establecido que el cérvix también sufre cambios a lo largo del ciclo, que son hormono-dependientes.

Estos cambios pueden ser observados por medio de la autopalpación del cérvix, que se realiza introduciendo dos dedos en el interior de la vagina hasta alcanzarlo.

Durante los primeros días del ciclo, cuando los niveles de estrógenos y progesterona están bajos, el cérvix se encuentra en una ubicación baja dentro de la cavidad pélvica, cercano a la abertura vaginal y fácil de encontrar con los dedos. Los labios del cérvix se encuentran firmes a la palpación. La abertura cervical está cerrada.

Bajo la influencia de los estrógenos, a partir del folículo en crecimiento, el cérvix se mueve hacia arriba en la pelvis hacia el lado contrario de la apertura vaginal, y es a menudo muy difícil de alcanzar. Se siente entonces más blando a la palpación y existe una pequeña apertura en la hendidura cervical externa. Estos cambios se hacen más pronunciados cuanto más cerca están los síntomas del máximo.

Con la progesterona en aumento y después de la ovulación, se produce un cambio brusco en la posición, consistencia y abertura del cérvix, que se aproxima a las condiciones descritas para el principio del ciclo.

Se recomienda la autopalpación diaria del cérvix o la palpación realizada por la pareja sexual de la mujer.

Reglas para el uso de los cambios del cérvix en la procreación responsable Antes de la ovulación, cualquier cambio del cérvix (apertura, reblandecimiento o cambio en la posición) indica el comienzo de la fase fértil.

Dejando como margen 3 días después de que los hallazgos cervicales hayan retornado a su estado pre fértil, se puede detectar el final de la fase fértil.

- d) Valoración de los cambios en el moco cervical.
 - 1) Humedad (Billings)
 - 2) Filancia (Spinnbarkeit)
 - 3) Cristalización (Rydberg)

- e) Indicadores sintomáticos menores.

Existen otros indicadores sintomatológicos que son específicos solamente para algunas mujeres en particular.

Entre los mismos se encuentran: el dolor de la ovulación, hemorragia en la mitad del ciclo, síntomas en las mamas, aumento del apetito, ganancia transitoria de peso, distensión abdominal, retención de líquidos, el acné, el hormigueo en la piel, la migraña y las náuseas, los cambios de humor, el rechazo de ciertos olores.

7. Métodos de esterilización

Por considerarlos métodos definitivos, no son de elección en planificación familiar salvo en situaciones especiales.

Dichos métodos de contracepción permanente, requieren intervención quirúrgica en hombres o en mujeres y, por lo tanto, consentimiento informado escrito por parte del usuario con justificación diagnóstica del proveedor. Es necesario también, capacitación especial del proveedor.

Vasectomía

Eficacia: 99,9 %. Es un método quirúrgico de esterilización para hombres que están seguros de no querer tener hijos.

Ventajas:

- Es permanente.
- No tiene efectos sobre el placer sexual ni sobre el desempeño del acto sexual.
- Ningún efecto secundario conocido a largo plazo.
- Es un procedimiento simple y seguro.
- Totalmente efectivo después de al menos 20 eyaculaciones o de tres meses.
- Requiere consejería y consentimiento informado que sea apropiado.

Desventajas:

- Complicaciones infrecuentes en la cirugía: sangrado o infección en el lugar de la incisión, coágulos en el escroto.
- Requiere cirugía por parte de médico capacitado.
- No es efectivo en forma inmediata.
- No protege contra ITS/SIDA

Interrupción Quirúrgica Tubaria

Eficacia: 0,5 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 200 mujeres), en el primer año después del procedimiento.

En los siguientes 10 años después del procedimiento aumenta a 1,8 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 55 mujeres).

La eficacia depende parcialmente de la técnica usada para bloquear las trompas, aunque todas las tasas de embarazo son bajas.

La interrupción quirúrgica tubaria es una de las técnicas de esterilización femenina más efectiva. En el primer año después del procedimiento, 0,05 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 2000 mujeres). En los siguientes 10 años después del procedimiento asciende a 0,75 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 133).

Provee contracepción permanente a las mujeres que no desean tener hijos definitivamente. Es un procedimiento quirúrgico simple y sin riesgos.

Ventajas

- No necesita suministros ni controles periódicos.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No tiene efectos sobre la salud conocidos a largo plazo.

Desventajas

- Complicaciones infrecuentes en la cirugía: infección o sangrado en el lugar de la incisión, sangrado o infección interna, riesgos de la anestesia.
- En casos raros, cuando ocurre un embarazo, es mayor la posibilidad de embarazos ectópicos.
- Requiere examen físico y cirugía realizada por médico capacitado.
- No provee protección contra ITS/SIDA.

2.5. Hipótesis

Las condicionantes de género limitan el acceso de la mujer hacia los métodos anticonceptivos.

2.6. Señalamiento de variables de la hipótesis

2.6.1. Variable independiente: Condicionantes de género

2.6.2. Variable dependiente: Métodos anticonceptivos

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque investigativo

El presente trabajo de investigación se realiza en términos cualitativos haciendo referencia a fenómenos sociales y cuantitativos para llegar a la comprobación de la hipótesis. (Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, P., 2006)

Fase cuantitativa: se evaluó de manera estadística la incidencia de anticoncepción así como se determina el método anticonceptivo más utilizado.

Fase cualitativa: Para identificar el nivel de conocimientos y factores que condicionan el uso de uno u otro método anticonceptivo tanto en hombres y mujeres.

3.2. Modalidad básica de la investigación

Investigación de campo

La investigación de campo consiste en un procedimiento técnico, sistemático y analítico de la situación actual en relación al uso de anticonceptivos tanto en hombres y mujeres. Este diagnóstico se obtiene por medio de un proceso de recopilación y análisis de la información recolectada en el lugar de los hechos.

Investigación documental

Se definió el problema o fenómeno a investigar, así como el tipo de estudio que se realiza. Se hizo la búsqueda de antecedentes empíricos y de marco teórico para interpretar los resultados.

3.3. Nivel o tipo de investigación

Investigación Descriptiva

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento. (Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, P., 2006)

Investigación Correlacional

En este tipo de investigación se persigue fundamentalmente determinar el grado en el cual las variaciones en uno o varios factores son concomitantes con la variación en otro u otros factores. La existencia y fuerza de esta covariación normalmente se determina estadísticamente por medio de coeficientes de correlación. En este caso se correlacionan los condicionantes de género en la anticoncepción y el uso de los métodos anticonceptivos.

3.4. Población y muestra

La población de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) del área de salud de Quisapincha es de 3713. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 P Q}$$

De donde:

n = Tamaño de la muestra

Z = Nivel de confiabilidad (95%, donde Z=1,96)

P = Probabilidad de ocurrencia (0,82)

Q = Probabilidad de no ocurrencia 1 - 0.82 = 0.18

N = Población 3713

e = Error de muestreo 0.05

Al aplicar los datos a la fórmula se tiene:

$$(1.96)^2 (0.82) (0.18) 3713$$

$$(3713) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.82) (0.18)$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.82) (0.18) (3713)}{(3713) (0.005)^2 + (1.96)^2 (0.82) (0.18)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.82) (0.18) (3713)}{(3713) (0.0025) + (3.8416) (0.82) (0.18)}$$

$$n = \frac{2105.345}{9.2825 + 0.5670} = \frac{2105.345}{9.8495} = 350$$

3.4.1. Criterios de inclusión

1. Hombres y Mujeres.
2. Rango de edad de 15 a 49 años.
3. Que acepten cooperar con la investigación.
4. Que pertenezcan al Subcentro de Salud de Quisapincha.
5. Con una vida sexual activa.

3.4.2. Criterios de exclusión

1. Personas que entregan información incompleta
2. Personas con limitaciones mentales
3. Sin vida sexual activa

3.4.3. Aspectos éticos

Se guardará en reserva la identidad de las pacientes, asignando un código a cada usuario/a que responda a la encuesta.

3.5. Operacionalización de las variables

Variable Dependiente: Métodos anticonceptivos

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas
Se define como la prevención de la concepción intencional o impregnación mediante el uso de diversos dispositivos, agentes, drogas, prácticas sexuales, o procedimientos quirúrgicos. (Rakel, 2011) Existiendo diversos métodos anticonceptivos (barrera, hormonales, intrauterinos, quirúrgicos y naturales	<ul style="list-style-type: none"> - Barrera - Hormonales - Intrauterinos - Naturales - Quirúrgicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Preservativo masculino - Preservativo femenino - Píldora combinada o sola - Píldora de emergencia - Implante subdérmico - Inyectable - Dispositivo intrauterino - Método del calendario - Método de la temperatura - Método del moco cervical - Abstinencia - Coito interrumpido - Ligadura de trompas - Vasectomía 	<p>¿Qué métodos de anticoncepción ha utilizado?</p> <p>¿Utiliza actualmente algún método anticonceptivo?, Si, ¿Por qué?</p> <p>¿Ha oído hablar o conoce usted sobre los métodos anticonceptivos?</p> <p>¿Ha usado alguna vez un método anticonceptivo?</p> <p>¿Cuál es su experiencia con el uso de métodos anticonceptivos?</p> <p>¿Quién debe utilizar los métodos anticonceptivos? Hombre o mujer</p> <p>¿Conoce su pareja que está usando un método anticonceptivo?</p> <p>¿Cómo reaccionaría su pareja ante la propuesta de utilizar un condón?</p> <p>Si usted es mujer, ¿se ligaría para no tener hijos?</p> <p>Si usted es hombre, ¿se ligaría para no tener hijos?</p>	Encuesta / Cuestionario

Variable Independiente: Condicionantes de género

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas
Los condicionantes de género son roles asignados a mujeres y hombres por el nivel socio-cultural, toma de decisiones, información y comunicación con la pareja. (Yago & Tomás, 2013)	- Socio-Cultural	- Nivel educativo - Nivel económico - Estado civil - Género - Etnia - Edad - Número de hijos	- ¿Cuál es el nivel de instrucción? - ¿Cuánto gana usted al mes? - ¿Cuál es su estado civil? - ¿Hombre o Mujer? - ¿Indígena o Mestizo? - ¿Cuál es su edad? - ¿Cuántos hijos tienen?	Encuesta / Cuestionario
	- Toma de decisiones de sexualidad	- Adopción de métodos - Decisión sobre número de hijos	- ¿Quién decidió utilizar el método anticonceptivo? - ¿Quién toma la decisión de cuántos hijos tener?	
	- Información y comunicación con la pareja	- Planificación familiar - Métodos anticonceptivos	- ¿Quién toma la decisión sobre planificación familiar? - ¿Ha recibido información sobre planificación familiar? - ¿Cuándo acude a planificación familiar, usted va? - ¿Planifican cuántos hijos tener? - ¿Existe apoyo en planificación familiar por la pareja? - ¿Ha recibido información del uso de anticonceptivos?	

3.6. Técnicas e instrumentos

Tabla 1. Técnicas e Instrumentos

Técnicas de información	Técnicas de recolección de información	Instrumentos de recolección de información
- Información Primaria	- Encuesta	- Cuestionario

Elaborado por: Investigador

En el presente trabajo investigativo se utilizó la técnica de encuesta que ayuda a un mejor conocimiento del problema.

Información primaria

Encuesta: Es una técnica, que permite obtener información valiosa, es decir, es una técnica destinada a obtener datos de varias personas, cuyas opiniones impersonales interesan al investigador.

Para ello, se basa en un instrumento que es el cuestionario, el mismo que permite obtener información a través de un sistema de preguntas escritas, al mismo tiempo que se aplica la encuesta personalizada debido al grado de instrucción de la población investigada.

3.7. Plan de recolección de la información

Tabla 2. Plan de recolección de datos

Preguntas básicas	Explicación
¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos planteados en este trabajo investigativo y validar la hipótesis planteada
¿De qué personas?	La recolección de información a los hombres y mujeres que acuden al Subcentro de Quisapincha.
¿Sobre qué aspectos?	Uso de métodos anticonceptivos y condicionantes de género para la anticoncepción
¿Quién? ¿Quiénes?	Investigador
¿A Quiénes?	Hombres y mujeres que acuden al Subcentro de Salud.
¿Cuándo?	La recolección de la información se dará durante Abril – Septiembre 2014
¿Dónde?	Subcentro de Quisapincha.
¿Cuántas veces?	La recolección de información se realiza según el caso lo amerite.
¿Qué técnicas de recolección?	Para la recolección de información se emplea mediante encuestas.
¿Con qué?	Para ello se elabora un cuestionario

Elaborado por: Investigador

3.8. Plan de procesamiento de la información

Revisión y Codificación de la información

La información obtenida es sometida a una minuciosa revisión en la que se verifica que todos los cuestionarios hayan sido llenados de manera correcta, tanto las preguntas así como sus alternativas de respuesta ya que tienen un número que les identifica el cual facilita al momento de realizar su respectiva tabulación.

Tabulación de la información

Las preguntas del cuestionario realizado tienen dos o más ítems a fin de que cada encuestado pudiera elegir la respuesta más apropiada. La tabulación se realiza de manera sistematizada con la ayuda del programa Excel.

Análisis de datos

Para la presente investigación se utiliza el estadígrafo para investigaciones explicativas denominado Chi Cuadrado de porcentajes el cual permite la comprobación de la hipótesis anteriormente señalada.

Presentación de los datos

Los resultados obtenidos se presentan en forma de tablas, gráficos circulares, lineales, ya que de ésta forma permite analizar de mejor manera los datos obtenidos y evaluados.

Interpretación de los resultados

Mediante la interpretación de los resultados se logra comprender la magnitud de los datos y el significado de los mismos, al igual que también permiten estudiarlos cada uno y relacionar con el marco teórico del mismo modo que se obtiene una síntesis general de los resultados obtenidos y logrados.

CAPÍTULO IV

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Características Socio-Demográficas

La muestra utilizada se obtuvo de la Encuesta (Anexo 1) sobre Condicionantes de Género en Anticoncepción en la Parroquia de Quisapincha. Las respuestas son formuladas por escrito previo a la explicación sobre el propósito del estudio y especificando claramente para que no exista una interpretación errónea de la encuesta; contando con la presencia del encuestador. Esto permite asegurar la validez y confiabilidad de los datos.

Una vez recolectados los datos se procedió a la codificación de los resultados, de modo que las alternativas de respuesta describen los condicionantes de género existentes en la población estudiada.

Según los datos del Ministerio de Salud Pública, la población de la parroquia de Quisapincha en el año 2013 está estimada en 14032 habitantes, de los cuales, el 48,5% son hombres y el 51,5% son mujeres.

Los resultados se muestran para la muestra de 350 personas incluidas en la investigación.

4.1.1. Edad

Tabla 3. Grupos de edad

Grupos de edad	n	%
17-19 años	25	7,1
20 - 34 años	250	71,4
35 - 49 años	75	21,4
Total	350	100,0

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Investigador

La muestra en estudio fue de 350 personas de 15 a 49 años de edad, con una desviación típica de 6,40, y una media de 28,5 años.

Distribuida la población por grupos de edad se obtuvo el mayor porcentaje (71,4%) en el grupo de 20 – 34 años, seguido por el grupo de 35 a 49 años (21,4%), y, 7,1% corresponde al grupo de 17 - 19 años (adolescentes). (Ver Tabla N°3)

4.1.2. Género

Tabla 4. Género

Género	n	%
Hombre	72	20,6%
Mujer	278	79,4%
Total	350	100,0%

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Investigador

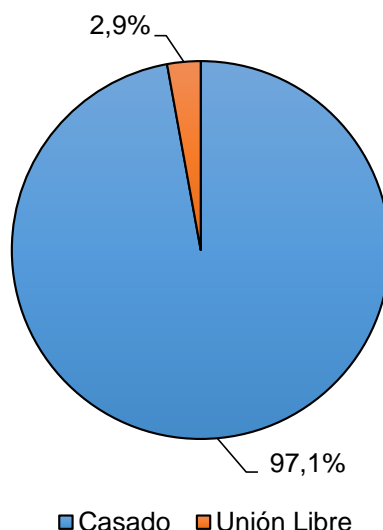
En la Tabla N° 4 de la población en estudio, se determinó que de las 350 encuestas aplicadas en la Parroquia de Quisapincha, las 278 (79,4%) fueron mujeres, y el 20,6% restante (n=72) hombres encuestados.

Si bien en el estudio, 1 de cada 5 participantes fueron hombres, sus criterios contribuyeron a identificar los condicionantes de género desde la perspectiva de los dos géneros, este dato es un punto predominante, ya que el género, ejerce una poderosa influencia en los comportamientos sexuales y en las prácticas anticonceptivas.

Al analizar los resultados a partir de un enfoque de género, que privilegia la explicación de las iniquidades vividas entre mujeres y hombres, resulta que existen claros comportamientos diferenciados para cada uno de los géneros y que éstos se traducen en los análisis específicos que sobre escolaridad, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y experiencia que tiene la población.

4.1.3. Estado civil

Gráfico 3. Estado Civil



Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Investigador

El estado civil de la población a la que se aplicó la encuesta bajo los criterios de inclusión, nos permite tener un conocimiento de los dos tipos más frecuentes de estado civil para encaminar las estrategias a aplicar a estos dos grupos poblacionales.

En cuanto al estado conyugal, a nivel nacional el 38,5% es casado, y el 21,9% unión libre, en la provincia de Tungurahua 49,4% corresponde al estado civil casado y 7,4% a unión libre.

Es interesante ver que predomina el estado civil casado (97,1%) entre las personas indígenas, mientras que la unión libre lo mantienen los mestizos (2,9%), manteniendo así una relación formal, que es el resultado del comportamiento habitual socio cultural propio de la población.

4.1.4. Etnia

Tabla 5. Etnia

Etnia	n	%
Indígena	261	74,6%
Mestizo	89	25,4%
Total	350	100%

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Investigador

A nivel provincial, en el 2010, el porcentaje de autoidentificación como mestizos fue del 88,77%, la autoidentificación como indígena fue del 12%; en la Parroquia de Quisapincha se registran 9.212 indígenas correspondiente al 70,86%; mientras que la población mestiza alcanza a 1.152 habitantes representando el 26,90%.

El presente estudio tiene similitud con la distribución poblacional descrita pues de los datos recogidos la población indígena (74,6%) predomina sobre la mestiza (25,4%).

Esto es importante determinar, porque según las etnias analizadas se determinarán las conductas socio-culturales y las intervenciones que se pueden realizar en cuanto a la adopción de los distintos métodos anticonceptivos.

4.1.5. Nivel de instrucción

Tabla 6. Nivel de instrucción

Instrucción	n	%
Ninguno	13	3,7
Alfabetización	47	13,4
Educación Básica	160	45,7
Bachillerato	127	36,3
Tercer Nivel	3	0,9
Total	350	100,0

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

Elaborado: Investigador

La escolaridad es una variable que tradicionalmente se asocia con los diferentes componentes del comportamiento reproductivo de la población, el mayor promedio que se aprecia en la población es la educación básica con el 45,7%, se evidencia que a pesar de ser un porcentaje bajo, el 13,4% tiene Alfabetización, y el 3,7% ninguna instrucción, siendo estos los indicadores fundamentales en cuanto a la interrogante de si existe una correcta orientación en la educación - salud sexual y reproductiva de la población en estudio, estos porcentajes hacen pensar que es un grupo vulnerable pues presentan un limitante en cuanto a la efectividad de los programas de planificación familiar, así como el temor de posibles efectos secundarios ante la adopción de ciertos método anticonceptivo.

Cabe señalar que existe estudios donde demuestran que la situación educativa en el Ecuador es dramática, caracterizada entre otros, por: persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas.

Los dos primeros aspectos están presentes en la población estudiada y su importancia respecto a los determinantes de género en anticoncepción se observarán en las páginas siguientes.

4.1.6. Ingresos económicos

Tabla 7. Ingresos económicos

Ingresos	n	%
Menos \$100	49	14,0
\$100 a \$200	121	34,6
\$201 a \$340	87	24,9
\$341 a \$500	68	19,4
Más de \$500	25	7,1
Total	350	100,0

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Investigador

En general, el 34,6% (n=121) de la población investigada tiene ingresos entre 100 y 200 USD por mes, siendo importante anotar también que 65,4% de la población investigada tiene ingresos < 350 USD cada mes e indica un alto porcentaje de pobreza.

Las medidas de las oportunidades económicas también difieren según la raza y el origen étnico, los datos recogidos durante el Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2010 (INEC, 2010), la Parroquia de Quisapincha consta como una de las 5 que poseen mayor pobreza extrema, esto en algo se ve reflejado con los ingresos mensuales aproximados.

4.1.7. Número de hijos

Tabla 8. Número de Hijos según Etnia – Género

	Mujer indígena		Mujer mestiza		OR		Prueba significancia	
	n	%	n	%			x ²	p
1 -2 hijos	123	66,1	63	33,9	0.24	95%	16,82%	0.000041
3 y + hijos	82	89,1	10	10,9				

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

Elaborado: Investigador

En la tabla 8 se observa que las mujeres indígenas tienen un mayor número de hijos en relación a las mestizas.

Las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) han crecido en el 98,7%, desde 1982 hasta el último censo poblacional del 2010.

En el presente estudio, de 278 mujeres encuestadas (100%); el promedio de hijos de la mujer indígena fue 3,1 hijos, mayor que el de las mujeres mestizas (1,8 hijos). Ciertamente, la fecundidad de las mujeres indígenas tiene un peso importante en el promedio nacional. (Hora, 2012)

Será interesante a futuro determinar cuál es el ideal de hijos que le habría gustado tener a las mujeres antes de su primer embarazo a fin de identificar posibles indicadores culturales que presenta la población sobre este tema, pues ellas tendrían familias nucleares con al menos 5 miembros (padres + hijos).

En las mujeres de Quisapincha, al parecer no ocurre lo identificado por la representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Marcia Elena Álvarez, en un enunciado que expone “La tasa de maternidad entre mujeres indígenas y mestizas es cinco veces mayor, es decir que de cada hijo que tiene una mujer mestiza, una indígena tiene cinco”. (Hora, 2012)

4.1.8. Información sobre Métodos anticonceptivos según Género - Etnia

Tabla 9. Información recibida sobre métodos anticonceptivos según Género – Etnia.

Género - Etnia	Si		No		Total
	n	%	n	%	
Indígena hombre	33	58,93	23	41,07	56
Indígena mujer	158	77,07	47	22,93	205
Mestizo hombre	16	100,00	-	-	16
Mestizo mujer	73	100,00	-	-	73

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

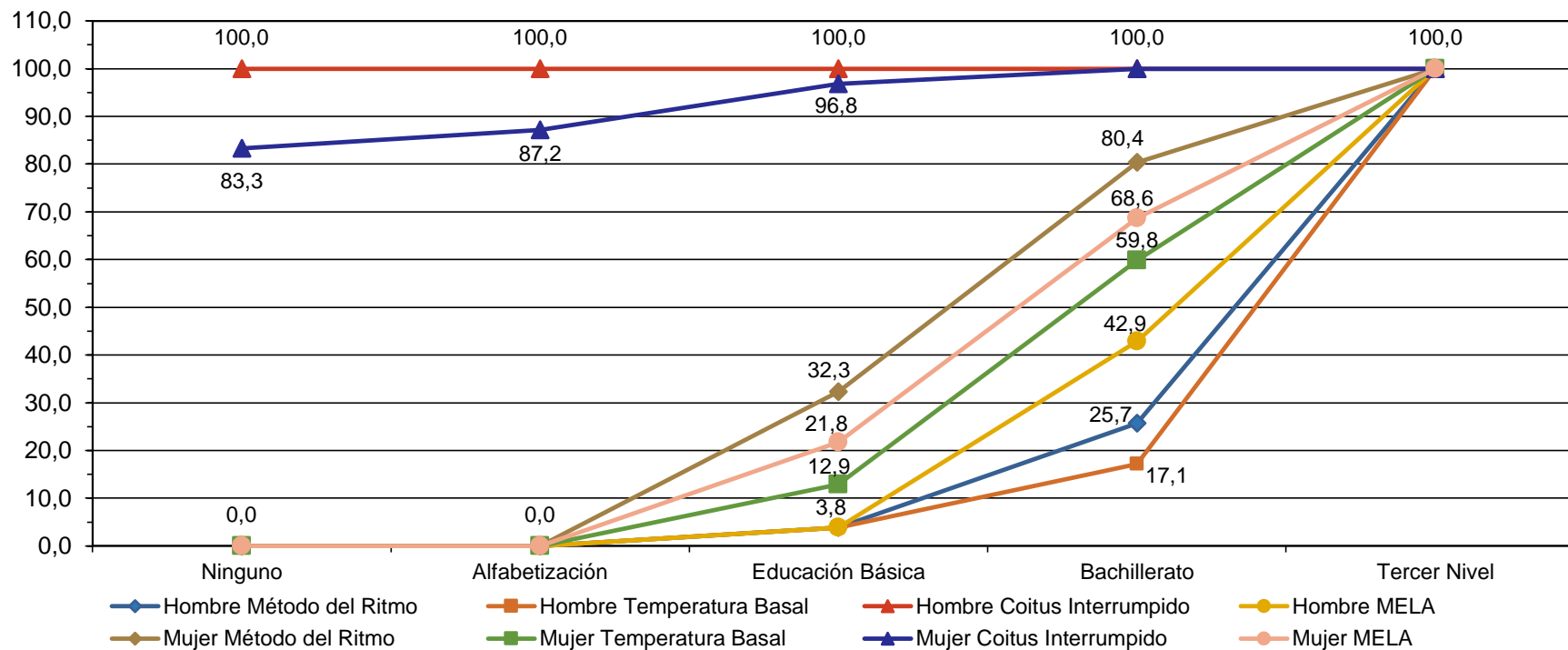
Elaborado: Investigador

Según se observa en la tabla 9, las mujeres y hombres indígenas recibieron menor información de métodos anticonceptivos en relación con la población mestiza (58,93% y 77,07% respectivamente) lo que indica que la etnia sería una condicionante para el acceso a la información sobre métodos anticonceptivos y posiblemente relacionados con el uso de los mismos.

La medición del nivel de conocimiento se llevó a cabo preguntando a cada uno de las personas que fue entrevistada, sobre qué métodos específicos conocía o había oído hablar con el objeto de demorar o evitar un embarazo. Para cada método que los entrevistados no mencionaba, se le leía el nombre del método y se le hacía una breve descripción y a continuación se le preguntaba si había oído hablar de él.

4.1.9. Conocimiento de Métodos anticonceptivos hormonales según Género – Instrucción

Gráfico 4. Distribución Conocimiento de Métodos Anticonceptivos Hormonales según Género e Instrucción.



Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

Elaborado por: Investigador

Las personas carecen de información y confianza, por lo tanto, también del conocimiento básico para hacerse responsables de su conducta respecto a la adopción del método anticonceptivo según el nivel de instrucción.

Como es esperable, el nivel educativo se vincula positivamente con el conocimiento de los métodos anticonceptivos.

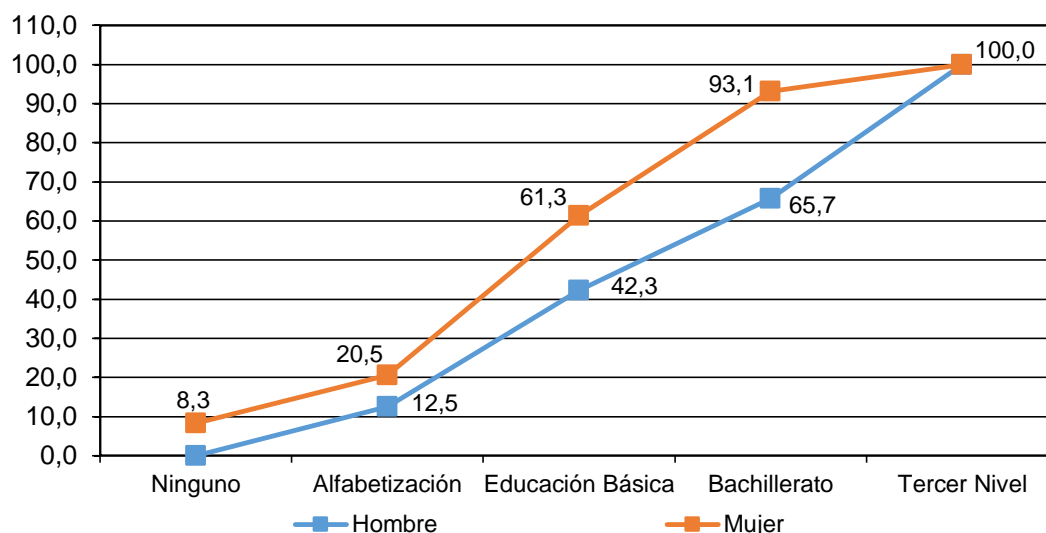
En lo que se refiere a los anticonceptivos hormonales, el conocimiento medido a través de la mención espontánea entre las personas con niveles de instrucción superior y bachillerato alcanza altos porcentajes en relación de aquellos con nivel básico, alfabetización y sin instrucción (Ver gráfico N° 4)

En cuanto al género las mujeres se llevan el mayor porcentaje de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales que el de los varones (dato que no nos extraña al considerar que la responsabilidad de prevenir un embarazo se visualiza todavía como fundamentalmente asunto de las mujeres), en proporción a la muestra recogida en el presente estudio, bajo estas circunstancias conocer un método no significa necesariamente que el usuario tenga un buen nivel de conocimiento, en el sentido de saber qué es el método, cómo obra, cuáles son sus contraindicaciones, cuáles son sus posibles efectos colaterales si los tiene, qué hacer si se llegan a presentar y a dónde acudir; basta con que por lo menos lo conozca de nombre o tenga una idea vaga de cómo se usa.

El bajo nivel escolar es una seria limitante para la aceptación de los métodos de planificación familiar, ya que al no lograr captar el mensaje los potenciales usuarios recurren a fuentes de información inapropiadas, como son amigos o familiares con un nivel educativo similar. El analfabetismo y la baja escolaridad tanto de la mujer como del cónyuge, influyen directamente en el no uso de los métodos de planificación familiar.

4.1.10. Conocimiento de Método anticonceptivo intrauterino según Género – Instrucción

Gráfico 5. Conocimiento de Dispositivo Intrauterino según Género e Instrucción.



Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

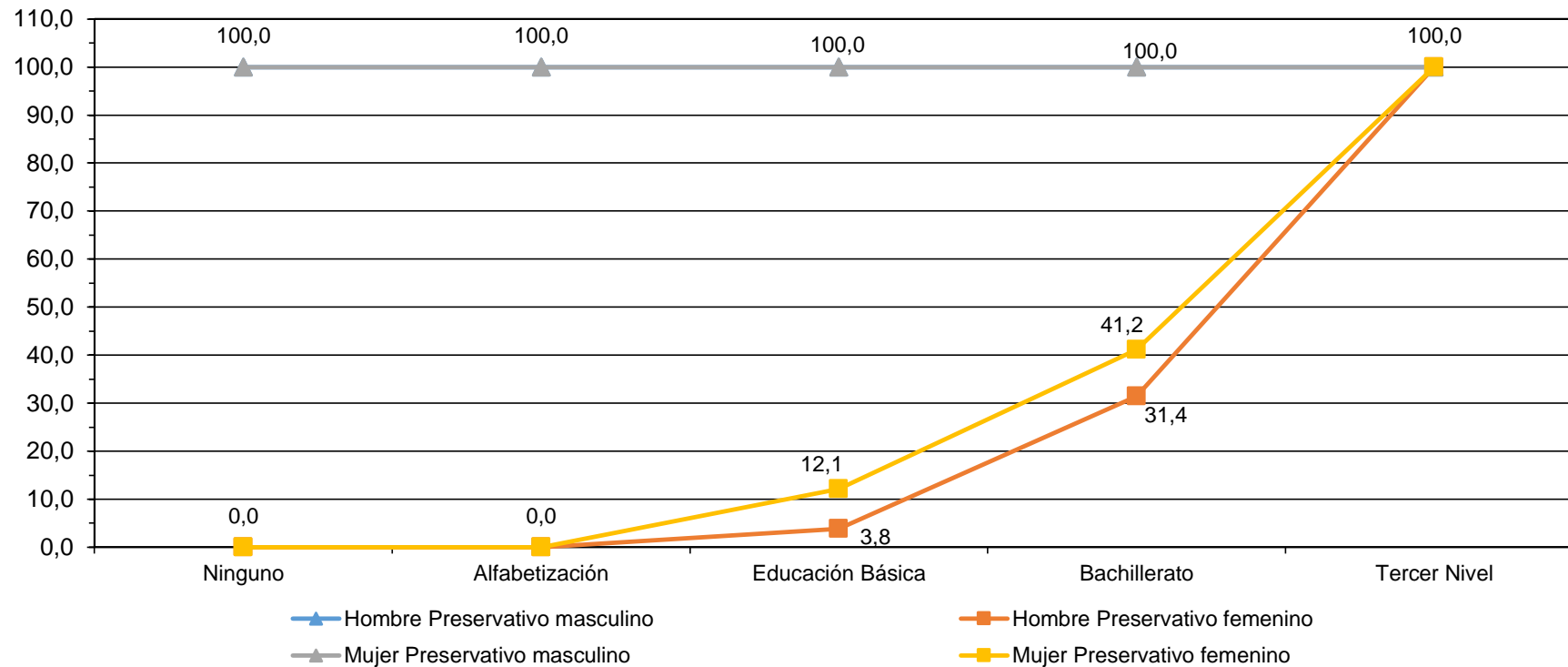
Elaborado: Investigador

El DIU es un método de planificación familiar de bajo costo que debería ser un importante componente de la mezcla de métodos anticonceptivos de todo programa nacional de planificación familiar. La razón más comúnmente esgrimida por la cual probablemente tienen una impresión negativa es el temor, el cual por lo general se basa en rumores y mitos.

Existen grandes brechas sobre el conocimiento del dispositivo intrauterino según el nivel de instrucción en los dos géneros, se obtuvieron resultados no tan alentadores y persiste el desconocimiento por aquellos que no tienen instrucción (hombres 0%; mujeres 8,3%), mientras que los que tienen cierto grado de alfabetización mantienen porcentajes de 12,5% vs 20,5% respectivamente, estos valores como se puede ver en el gráfico N° 5 se van consolidando a mayor grado de nivel educativo, prevaleciendo aun así, las mujeres sobre los hombres.

4.1.11. Conocimiento de Métodos anticonceptivos de barrera según Género – Instrucción

Gráfico 6. Conocimiento de los Métodos de Barrera según Género e Instrucción.



Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

Elaborado: Investigador

El condón masculino constituye el único producto o tecnología, reconocido hasta el momento como altamente efectivo para evitar infectarse con el VIH/SIDA por las relaciones sexuales. La generalización de su uso correcto por la población sexualmente activa facilitaría el control de la diseminación de la epidemia.

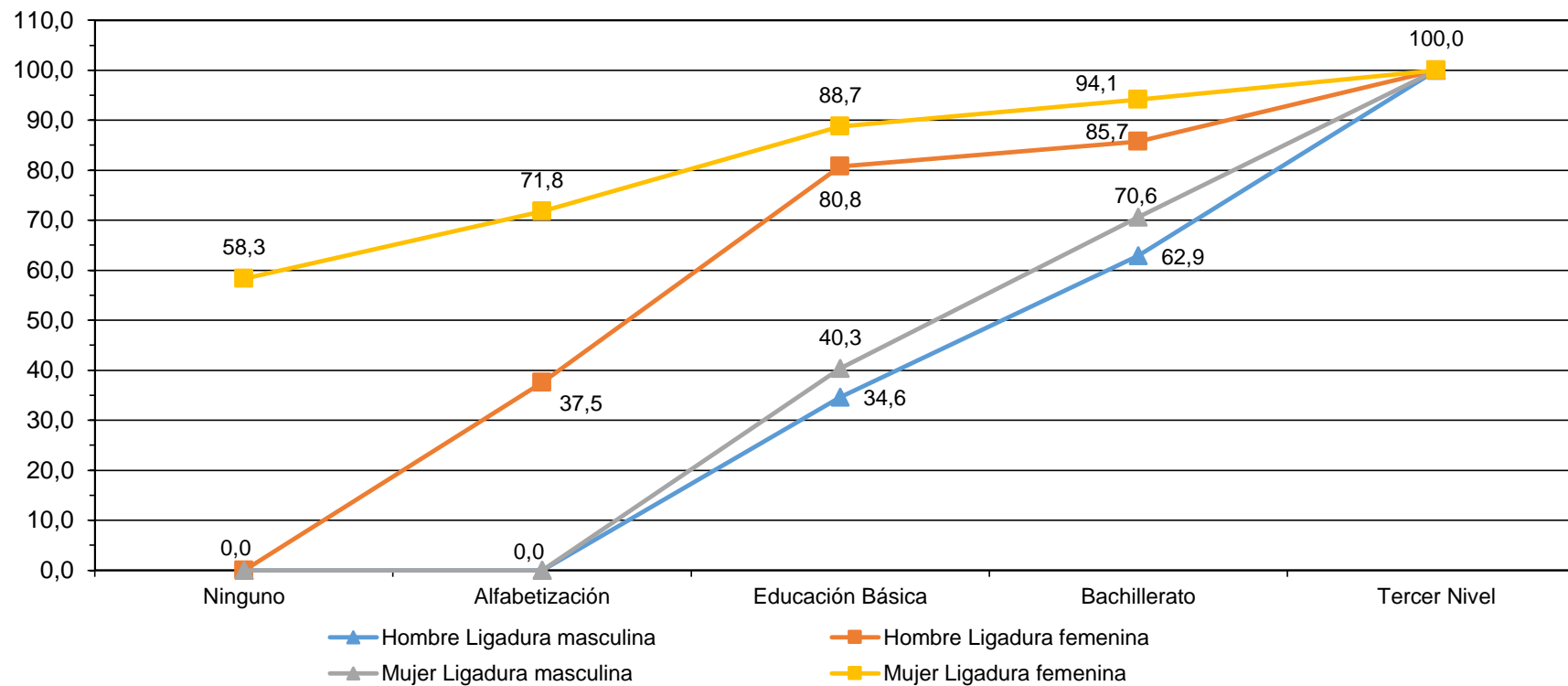
Un número de factores, incluyendo factores individuales, familiares, socio-demográficos, de actitud, educación, de relación y factores relacionados con los pares, tienen influencia en el uso del preservativo.

Como resultado, el estudio arroja que el 100% conoce el condón masculino indistintamente del nivel de instrucción, mientras que el conocimiento por el preservativo femenino existe desconocimiento, tal es el caso de aquellos que tienen educación básica (12,1% mujeres; 3,8% hombres), persistiendo el aún en la instrucción de bachilleres, y finalmente se consolida en aquellos con educación de tercer nivel.

Los resultados ponen de manifiesto que el preservativo femenino, a pesar de llevar en el mercado en torno a más de 15 años, es un método muy poco conocido y por tanto no se ha planteado la opción de usarlo entre las personas sexualmente activas.

4.1.12. Conocimiento de Métodos Quirúrgicos según Género – Instrucción

Gráfico 7. Conocimiento Esterilización Quirúrgica según Género e Instrucción.



Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

Elaborado: Investigador

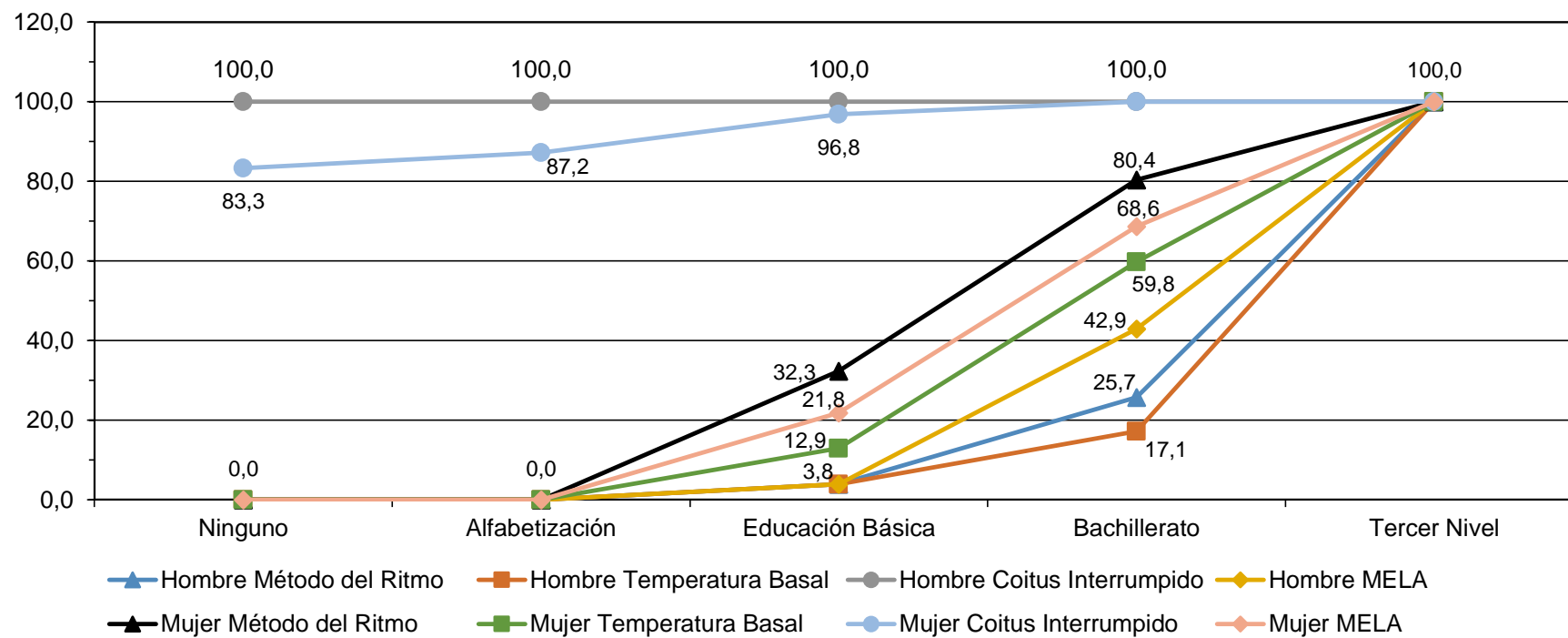
La decisión de una mujer u hombre cuando tiene que evitar el embarazo por medios métodos anticonceptivos es uno de los asuntos más serios a considerar, como la esterilización quirúrgica.

El análisis de la participación masculina en la anticoncepción exige tener en cuenta las implicaciones de las construcciones sociales de feminidad y masculinidad en las expectativas, comportamientos y actitudes de los hombres frente a la sexualidad y la anticoncepción.

En torno a los conocimientos sobre la esterilización por ligadura tubaria y vasectomía, el conocimiento se va volviendo satisfactorio conforme existe un mejor nivel de instrucción, prevaleciendo aun así las mujeres sobre los hombres (Ver gráfico N° 7), el problema es que ideológicamente todavía se continúa reproduciendo la idea y la práctica tanto en las familias, de que el “asunto” del uso de métodos anticonceptivos es responsabilidad exclusiva de las mujeres, ya que el conocimiento de la población acerca de la esterilización femenina alcanza porcentajes altos.

4.1.13. Conocimiento de Métodos anticonceptivos naturales según Género – Instrucción

Gráfico 8. Conocimiento de Métodos Naturales según Género e Instrucción.



Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

Elaborado: Investigador

Los métodos naturales están basados en la conciencia de la fertilidad, es decir, la mujer observa con atención y registra los signos de fertilidad en su cuerpo para determinar las fases fértiles o infértiles. Los síntomas específicos caen en tres categorías: cambios en temperatura basal, en el moco cervical y la posición cervical.

Son métodos que, para que puedan ser utilizados como control de fertilidad, requieren cierto grado de disciplina en la autoobservación o anotación y un correcto aprendizaje con materiales y personal bien preparado. Una crítica a estos métodos es la de que, al contrario que algunos métodos de barrera como el preservativo, no previenen contra el VIH ni en general contra cualquier otra enfermedad de transmisión sexual.

El promedio de métodos naturales conocidos aumenta consistentemente conforme obtiene un adecuado nivel de instrucción. El número de métodos conocidos guarda una estrecha relación directa con el nivel de instrucción de los dos géneros, prevaleciendo así la mujer, cosa que era de esperarse.

Mientras las personas encuestadas que no lograron completar ningún grado escolar desconocían acerca de los métodos naturales, dentro de ellos la temperatura basal, mientras que los que alcanzaban un nivel de instrucción básico a bachillerato presenta porcentajes significados, llegando así al 100% aquellos con instrucción de tercer nivel (Ver gráfico N° 8).

4.1.14. Uso actual de métodos anticonceptivos según Género – Instrucción

Tabla 10. Distribución uso actual de Método Anticonceptivo según género e Instrucción

Instrucción	Hombre				Mujer			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
Ninguno	-	-	1	100,0	7	58,3	5	41,7
Alfabetización	-	-	8	100,0	10	25,6	29	74,4
Educación Básica	2	7,7	24	92,3	84	67,7	40	32,3
Bachillerato	17	48,6	18	51,4	99	97,1	3	2,9
Tercer Nivel	2	100,0	-	-	1	100,0	-	-

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

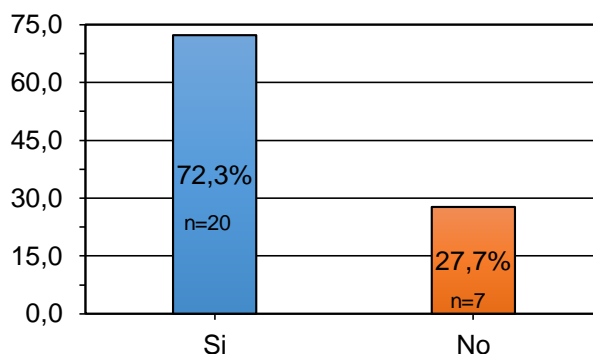
Elaborado: Investigador

La relación de adopción actual del método anticonceptivo con el nivel de instrucción (ver Tabla N° 10), refleja que a medida que, a mayor nivel de instrucción, mayor es el uso del método anticonceptivo. La predilección por el uso de la mayoría de los métodos se observa indistintamente del género con instrucción básica, bachillerato y de tercer nivel, además que los hombres tienen un tasa muy alta de no uso de métodos anticonceptivos en general.

Las cifras de la encuesta ENDEMAIN en Ecuador revelan que 73 de cada 100 mujeres ecuatorianas que viven algún tipo de unión afectiva y/o sexual y tienen entre 15 y 49 años usa algún método anticonceptivo (Telégrafo, 2012)

4.1.15. Método anticonceptivos adoptado por la mujer

Gráfico 9. Adopción del método anticonceptivo por la mujer

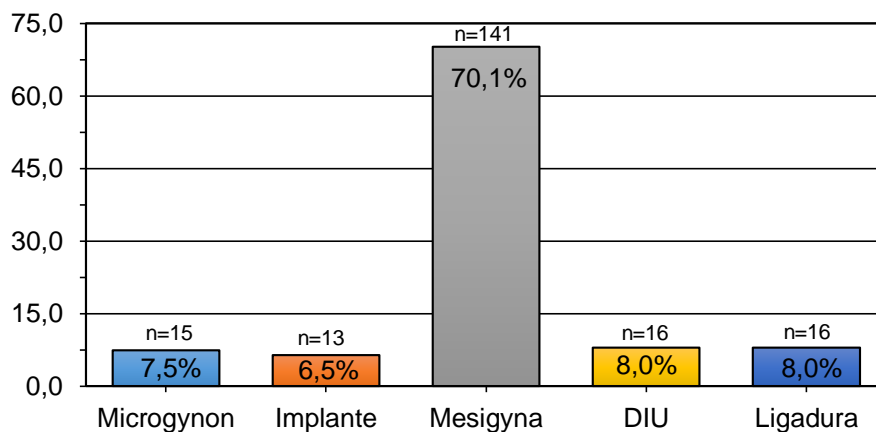


Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

Elaborado: Investigador

Utilizan algún método anticonceptivo 201 mujeres (72,3%), mientras que 77 no lo usaban (27,7%), una mujer que dijo usar como método anticonceptivo el coitus interruptus fue incluida en el grupo de las no utilizadoras.

Gráfico 9. 1 Método anticonceptivo adoptado



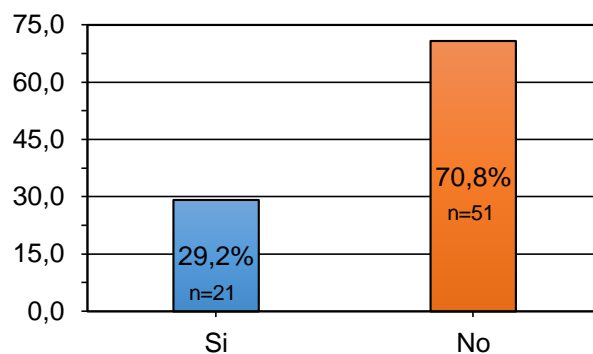
Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

Elaborado: Investigador

Al analizar las mujeres que utilizaban anticonceptivos, se observa que dentro de los métodos modernos, el inyectable (Mesigyna) es el más usado (70,1%). Seguido a ello, el dispositivo intrauterino y ligadura con el 8,0%, anticonceptivos orales combinados (7,5%), seguido por el implante con el 6,5%.

4.1.16. Método anticonceptivos adoptado por el hombre

Gráfico 10. Adopción del método anticonceptivo por el hombre

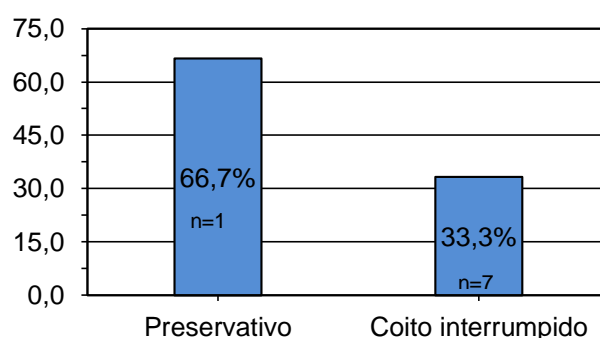


Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

Elaborado: Investigador

A pesar del relativo éxito de las diferentes campañas para que los varones hagan uso de los condones, a fin de prevenir contagios de enfermedades transmitidas sexualmente, la cultura popular y los medios de comunicación aún propagan la idea de que los hombres son reacios a usarlos, como se evidencia en el estudio actual, que de los 72 hombres encuestados, solo 21 personas (29,2%) han adoptado método anticonceptivo

Gráfico 10. 1 Método anticonceptivo adoptado



Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Investigador

Del 29,2% de hombres que utilizan anticonceptivos, el 66,7% usa el preservativo, mientras que el 33,3% ha optado por el coitus interrumpido.

4.1.17. Motivos ante la adopción del método anticonceptivo

Tabla 11. Motivo de la adopción del método anticonceptivo

	Evita contagio ITS		No tener más hijos		Tener diferentes parejas	
	n	%	n	%	n	%
Hombre	8	38,1	10	47,6	3	14,3
Mujer	-	-	201	100,0	-	-

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Investigador

En esta pregunta se manifestó ventajosamente que los hombres (47,6%) y mujeres (100%) conoce que la anticoncepción es un método para no tener hijos; y, a pesar de ser una pregunta con respuestas exclusivas, 8 personas (38,1%) indicaron también la importancia de los anticonceptivos como método que protege de las infecciones de transmisión sexual; solamente un 14,3% respondió que es un método para tener diferentes parejas, y aunque es un número bajo, no deja de ser preocupante y digno de esfuerzos para la adopción de los métodos anticonceptivos.

Al analizar junto con los resultados de la utilización de un método anticonceptivo actual observamos que el mayor porcentaje utilizan anticonceptivos hormonales (Mesigyna), es decir, si bien estarían previniendo un embarazo no deseado, estarían expuestas a una enfermedad de transmisión sexual en comparación al 66,7% de hombres que utilizan métodos de barrera y que estarían protegidos frente a las ITS.

4.1.18. Decisión ante la adopción del método anticonceptivo

Tabla 12. Decisión ante la adopción del método anticonceptivo género

	Hombre		Mujer		Pareja	
	n	%	n	%	n	%
Hombre	7	33,3	3	14,3	11	52,4
Mujer	2	1,0	96	47,8	103	51,2

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Investigador

El género no constituye una razón médica para negar el uso de un método anticonceptivo; En general, no hay contraindicaciones para los métodos hormonales, puesto que habitualmente son personas sanas. Se debe valorar riesgo beneficio y sopesar con las ventajas de evitar un embarazo no deseado; Aspectos sociales y conductuales deberían ser considerados a la hora de la elección del método.

Como se había mencionado anteriormente, del total de hombres y mujeres encuestados que actualmente se encuentran utilizando un método de planificación la decisión tomada fue en pareja 52,4% y 51,2% respectivamente, la mujer (47,8%) utiliza el método por su cuenta y mientras que los hombres (33,3%) refiere haber tomado la iniciativa de utilizar un método anticonceptivo.

El sistema de salud debe ampliar sus horizontes y responder a estas demandas y debe orientar los servicios de salud y planificación familiar hacia una mayor participación masculina. Una respuesta que facilite decisiones conjuntas de la pareja constituye la forma eficaz para conseguir la participación del hombre, se debe establecer las estrategias para su activa participación.

Los resultados esperados son un mayor bienestar personal, de pareja y familias fortalecidas. El sistema de salud debe responder a estos desafíos desde la demanda mejorando y adaptando la oferta.

4.1.19. Moción ante el no uso del método anticonceptivo

Tabla 13. Moción ante el no uso del método anticonceptivo

	n	%
No ha considerado	90	70,3
Su pareja se opone	2	1,6
Desea tener más hijos	3	2,3
No sabía cómo usarlos y/o obtenerlos	33	25,8

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Investigador

Hay muchas justificaciones, prejuicios, cábalas y mitos para no usar el método anticonceptivo, dentro de ellos es la falta de información y comunicación con sus parejas sobre el uso de métodos anticonceptivos, las parejas pueden estar al corriente de que existen más métodos, pero en conocimiento que tienen de cada uno de ellos es muy vago, de las 128 encuestas que mencionaron no utilizar ningún método, entre ellos, el 70,3% contaron no haber considerado utilizar ningún método por distintas causas.

4.1.20. Conocimiento de la pareja ante el uso del método anticonceptivo

Tabla 14. Conocimiento de la pareja ante el uso del método anticonceptivo

	Si		No		Total
	n	%	n	%	
Hombre	21	100,0	0	0,0	21
Mujer	170	84,6	31	15,4	201

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

Elaborado: Investigador

Tanto hombres (100%) como mujeres (84,6%) indicaron que sus parejas tienen conocimiento ante la adopción del método anticonceptivo, mientras que el 15,4% de las mujeres (n=31) lo estarían haciendo a “escondidas”, en la que los posibles factores involucrados estarían las amigas, familiares acerca de mantener el método escondido.

Sería importante llegar a conocer el lugar de adquisición de los métodos anticonceptivos adoptados a escondidas de sus parejas, ya que esto influiría de una manera importante en la salud reproductiva de la mujer.

4.1.21. Desconocimiento y reacción de la pareja ante la adopción del método anticonceptivo

Tabla 15. Desconocimiento y reacción de la pareja ante la adopción del método anticonceptivo

	n	%
Recibiría insultos	5	16,1
Acogería de una buena manera	26	83,9
Total	31	100,0

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

Elaborado: Investigador

A pesar de los diferentes planes de difusión de métodos anticonceptivos, el 16,1% de los encuestados cree que sus parejas se resistirían a la utilización de cualquier método anticonceptivo, el embarazo no deseado llega a ser una manifestación no reconocida del abuso de poder y de la vulnerabilidad individual y social que viven las mujeres; sería interesante a futuro un estudio adicional sobre las circunstancias recogidas en esta investigación con el fin de precautelar la salud reproductiva de la mujer.

4.1.22. Reacción de la pareja ante la propuesta de adoptar el preservativo

Tabla 16. Reacción de la pareja ante la propuesta de utilizar un condón (preservativo).

	n	%
Lo aceptaría	260	74,3
No acogería la propuesta	90	25,7
Total	350	100,0

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014.

Elaborado: Investigador

Los preservativos, cuando se utilizan de forma correcta y sistemática, constituyen uno de los principales métodos de protección contra la infección por el VIH y otras ITS. En presencia del VIH, la coexistencia de ITS no tratadas en cualquiera de los miembros de la pareja puede facilitar considerablemente la transmisión del VIH en caso de coito no protegido (es decir, aquel en el que no se emplea un preservativo).

El uso de preservativos no forma parte de la cultura, por ende su práctica estaría resultando ser lenta y difícil, la cual es evidente al observar que el 25,7% no aceptarían el uso, posiblemente por mitos o creencias que deben ser investigadas con mayor profundidad a futuro, con lo que se tendría información que sustente la reorientación de educación en anticoncepción y regulación de fecundidad.

4.1.23. Aceptación de la ligadura tubaria

Tabla 17. Aceptación de la ligadura tubaria.

	n	%
Si	107	38,5
No	171	61,5
Total	278	100,0

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Investigador

La disponibilidad de MAC altamente eficaces ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena, sin embargo no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento ni acceso a ellos.

Al indagar sobre la posibilidad de esterilización femenina en las 278 mujeres encuestadas, 171 (61,5%) se expresó que no se realizaría la cirugía de anticoncepción una vez que haya alcanzado el número de hijos deseados y prefiere optar por otro método diferente, mientras que 38,56% de las mujeres afirmaron que si se realizarían el procedimiento.

Esta conducta posiblemente se deba al desconocimiento de métodos anticonceptivos, falta de información, riesgos, beneficios, ventajas y desventajas que ello implica.

4.1.24. Aceptación de la vasectomía

Tabla 18. Aceptación de la vasectomía.

	n	%
Si	5	6,9
No	67	93,1
Total	72	100,0

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Investigador

Se puede evidenciar que 93,1% de los hombres encuestados no aceptaría la vasectomía, es posible que esto sea respuesta a la ausencia de campañas de educación en planificación sexual masculina, frente a los rumores de que la vasectomía afecta el desempeño sexual. Se requiere desvirtuar estas creencias enseñando y haciendo hincapié en que un hombre que ha tenido una vasectomía pueda eyacular aún, que la vasectomía no es equivalente a la castración y que no genera ningún problema de impotencia sexual y pérdida del interés sexual o la energía.

Además de la vasectomía como estrategia de planificación, se podría sugerir que los hombres que ya han pasado por el procedimiento ayudaran a educar a la comunidad sobre el proceso y los efectos a largo plazo, ya que tienen experiencia de primera mano y podría desacreditar algunos de los rumores más persistentes, o podría evidenciar, además es un tipo de comportamiento y una variable machista e ideológica y que va de la mano con la etnia y sus costumbres socioculturales.

4.1.25. Información de Planificación familiar según Etnia – Género

Tabla 19. Información de Planificación familiar según Etnia – Género.

Etnia - Género	Si		No		Total	Prueba significancia		IC
	n	%	n	%		x ²	p	
Mestizo Hombre	16	100,0	0	0,0	16	20,6	0.0000057	95%
Indígena Hombre	20	35,7	36	64,3	56			
Mestizo Mujer	73	100,0	0	0,0	73	29,0	0.0000001	95%
Indígena Mujer	142	69,3	63	30,7	205			

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Investigador

Al comparar el grado de información recibida por hombres y mujeres según etnia, se observó que existe un mayor acceso a información para las personas mestizas de ambos sexos. (Tabla N° 19).

El porcentaje de personas que no han recibido información sobre planificación familiar es mayor entre los indígenas hombres que las indígenas mujeres (64,3% vs 30,7% respectivamente) siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

4.1.26. Participación de la pareja ante la asistencia a Planificación familiar

Tabla 20. Participación de la pareja ante la asistencia a Planificación familiar

	Frecuencia	%
Pareja	29	8,3
Nunca ha asistido	150	42,9
Sola	171	48,9
Total	350	100,0

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Lenin Avilés. 2014

La poca motivación de los hombres (8,3%) para acudir a consulta de planificación familiar a elegir junto con su pareja un método anticonceptivo, solicitar consejería o un método para él, no solo está dada por el desconocimiento de los hombres, sino también por el de la mujer que debería motivar a su pareja a participar. Además, es pobre la labor educativa del equipo de salud en materia sexual y reproductiva dirigida a la comunidad.

Por otra parte el hecho de tener que compartir la entrada a la consulta en una sala de espera llena de mujeres incrementa la timidez y la evitación de dicha situación, constatando así que el 48,9% de las personas han acudido solas a planificar, mientras que el 42,9% por desconocimiento no lo ha realizado.

Esto provoca la autoeficacia de los hombres con relación al logro de una salud reproductiva en su familia sea baja.

Se concluye que los hombres acuden poco a planificación familiar porque tienen pobre motivación y confianza para ello, desconocimiento sobre aspectos relacionados sobre la misma, así como una comunicación deficiente con su pareja.

4.1.27. Acuerdo con su pareja sobre Número de hijos

Tabla 21. Acuerdo sobre número de hijos

	n	%
Si	257	73,4
No	93	26,6
Total	350	100,0

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Lenin Avilés. 2014

Al investigar sobre la consulta a la pareja sobre el número de hijos que desearían o que hubiesen anhelado tener, el 26,6% no trató el tema en ninguna ocasión, lo que muchas veces está ligado a la condición social, cultural y religiosa de la población, así mismo, circunstancias como la edad de la pareja, condición socioeconómica, son factores que hoy en día condicionan el número de hijos.

4.1.28. Embarazo no deseado y/o planificado según Etnia – Instrucción

Tabla 22. Embarazo no deseado y/o planificado según Etnia – Instrucción

Nivel	Mujer indígena				Mujer mestiza			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
Ninguno	12	100,0	-	-	-	-	-	-
Alfabetización	39	100,0	-	-	-	-	-	-
Educación Básica	107	88,4	14	11,6	2	66,7	1	33,3
Bachillerato	23	69,7	10	30,3	14	20,3	55	79,7
Tercer Nivel	-	-	-	-	-	-	1	100,0

Fuente: Encuesta, Quisapincha 2014

Elaborado: Lenin Avilés. 2014

Sin lugar a dudas el grado de escolaridad junto a la etnia son factores que han condicionado el embarazo no planificado, representando así que las mujeres indígenas que no tienen educación o han recibido alfabetización, muestran las tasas más altas de embarazo no deseado (100%), estos valores disminuyen al aumentar el nivel de instrucción.

Por otra parte entre las mujeres mestizas no hubo analfabetas, se observa disminución importante con respecto a la tasa de embarazos no deseados al mejorar la escolaridad (66,7% Educación básica vs 100% educación superior)

4.2. Verificación de hipótesis

La hipótesis planteada es:

Las condicionantes de género limitan el acceso de la mujer hacia los métodos anticonceptivos”.

4.2.1. Pasos para la verificación de la hipótesis

- Paso 1: Planteamiento de la hipótesis nula

Ho: “Las condicionantes de género NO limitan el acceso de la mujer hacia los métodos anticonceptivos”.

H₁: Las condicionantes de género SI limitan el acceso de la mujer hacia los métodos anticonceptivos”.

- Paso 2: Selección del nivel de significancia

$p \leq 0.05$

- Paso 3: Elección de la prueba estadística

El método estadístico para comprobar la hipótesis fue chi-cuadrado (χ^2).

- Paso 4: Regla de decisión

Valor crítico con 1gl (grado de libertad) y 95% de confianza igual a 3,84.

Tabla 23. Tabla de contingencia: Decisión de quien debe de adopta el método anticonceptivo según Etnia – Género.

	Hombre		Mujer		Pareja		Ninguno	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Indígena hombre	14	25,0	24	42,9	13	23,2	5	8,9
Indígena mujer	28	13,7	78	38,0	90	43,9	9	4,4
Mestizo hombre	7	43,8	2	12,5	6	37,5	1	6,3
Mestizo mujer	12	16,4	12	16,4	46	63,0	3	4,1

Para la realización de los cálculos se parte de la tabla N° 23, que muestra la decisión de quien adopta el método anticonceptivo, y a partir de ella se hace una comparación entre las respuestas encuestados dadas por los hombres y mujeres según etnia, ya que se considera que estos son los condicionantes de género en la adopción del método anticonceptivo.

- Paso 5: Regla de decisión

Calculo del estadístico de prueba χ^2

Tabla 24. Tabla de contingencia: Decisión de quien adopta el método en hombres según etnia.

	Hombre	Mujer		
Indígena hombre	14	24	38	$\chi^2 = 4,93$
Mestizo hombre	7	2	9	$p = 0,0263444$
	21	26	47	

Vemos que hay diferencias estadísticamente significativas entre los hombres según etnia de quien adopta la decisión acerca de los métodos anticonceptivos.

Tabla 25. Tabla de contingencia: Decisión de quien adopta el método en mujeres según etnia.

	Hombre	Mujer		
Indígena mujer	28	78	106	$\chi^2 = 5,11$
Mestizo mujer	12	12	24	$p = 0,0237875$
	40	90	130	

Vemos que hay diferencias estadísticamente significativas entre los mujeres según etnia de quien adopta la decisión acerca de los métodos anticonceptivos.

- **Decisión**

Siendo que el valor de Chi cuadrado calculado al comparar los criterios del indígena y mestizo hombre frente a quien debe adoptar el método es de 4,93 con una $p= 0,0263444$ dado que el valor de p es menor al nivel de significancia (0,05), se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa “Las condicionantes de género limitan el acceso de la mujer hacia los métodos anticonceptivos”

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- El grupo de edad de la población en estudio en su mayoría es de 20 a 34 años (71,4%), seguidas de 35 a 49 años.
- En cuanto a género, la participación femenina fue mayoritaria en el estudio (70,4% vs 20,6%), mientras que en la autoidentificación indígena (74,6%) prevalece sobre la mestiza (25,4%), resaltando así los criterios de inclusión se encontró un predominio de la población casada (97,1%) con respecto al estado de unión libre (2,9%).
- Uno de los factores de gran interés es el nivel educativo de la población, de los encuestados, si bien, se evidencia un bajo porcentaje de escolaridad en la población, con 3,7% de aquellos sin instrucción, 13,4% con alfabetización y 45,7% educación básica son factores predisponentes que por desconocimiento ante la información y adopción del método anticonceptivo hace que haya un aumento poblacional, dentro ellos, hacia la población indígena y por ende a la mujer.
- El promedio de hijos en las mujeres indígenas es superior al de las mestizas (3,1/hijos vs 1,8/hijos), por lo que el progreso hacia la adopción de los métodos anticonceptivos ha sido lenta en la Parroquia.
- La etnia, el género, la situación socioeconómica y la falta de educación sexual condicionan a este grupo de mujeres a interpretar y comprender la importancia de tomar decisiones y desarrollar una conciencia de la responsabilidad y compromiso de cambiar la conducta sexual para mejorar la calidad de vida familiar y su salud.

- Seguido a ello, la instrucción es un condicionante asociado, ya que en cuanto a los métodos hormonales, dispositivo intrauterino, métodos de barrera, métodos quirúrgicos, métodos naturales, se aprecia que a mayor nivel de instrucción es mayor el conocimiento, mientras que las personas sin ninguna instrucción y/o alfabetización no tienen o carecen de información sobre dichos métodos, a pesar de ello las mujeres presentan un mayor conocimiento con correlación a los hombres.
- Al comparar la adopción del método anticonceptivo con el nivel de instrucción, se observa que entre las mujeres, que a mayor educación, mayor adopción de métodos anticonceptivos, asunto que no se observó entre los hombres.
- Un 70,1% de las mujeres que participaron en el estudio utilizaban método anticonceptivos inyectables tipo Mesigyna, menos del 8% utilizan métodos como el de barrera, intrauterino, quirúrgico, anticonceptivos orales combinados e implante.
- Es importante que los hombres se empoderen de su derecho a la salud, lo que incluye cuidar su salud sexual y reproductiva y la de su pareja, se aprecia que del total de hombres encuestados solo el 66,7% hace uso del preservativo, mientras que el 33,3 ha optado por el coito interrumpido que al ser un método de baja eficacia anticonceptiva, existe mayor predisposición en presentar infecciones de transmisión sexual, así como embarazos no deseados y/o planificados.
- Interesa recalcar aspectos que se desprenden acerca del motivo de adopción del anticonceptivo, tanto hombre y mujer manifiesta para no tener más hijos (100% vs 47,6% respectivamente).
- En dependencia a la decisión ante la adopción del método anticonceptivo, esta fue tomada en pareja tanto por hombres y mujeres (52,4% vs 51,2%), mientras que cuando lo hace la mujer alcanza porcentajes del 47,8%, es decir no hay una adopción compartida por su pareja.

- Existe un bajo porcentaje (15,4%) en la que sus parejas desconocen del uso del método anticonceptivo adoptado, siendo un tema importante a intervenir ya que de esta manera influiría en la salud reproductiva de la mujer.
- Un porcentaje alto (83,9%) que ante el desconocimiento de la adopción del método anticonceptivo y por ende su reacción, afirma que acogería de buena manera, mientras que el 16,1% refiere que sufriría o recibiría insultos, volviéndose indispensable en estudios posteriores conocer los mitos y/o creencias que tienen en caso de adoptarlo.
- La población en estudio, señaló que el 25,7% considera que no acogerían el método de barrera.
- Existe una amplia difusión acerca de los métodos anticonceptivos, entre ellos los quirúrgicos, las mujeres (61,5%) no lo aceptarían al igual que los hombres (93,1%), esta conducta eventualmente se deba al desconocimiento de métodos anticonceptivos, falta de información, riesgos, beneficios, ventajas y desventajas que ello implica.
- Se aprecia que la población mestiza sobre la indígena indistintamente del género presenta mayor acceso a información de planificación familiar.
- Existe poca motivación por el hombre ante la asistencia a consulta de planificación familiar, presentando así poca confianza para ello, desconocimiento sobre aspectos relacionados sobre la misma, así como una comunicación deficiente con su pareja.
- El derecho a decidir cuántos hijos/as tener, pasa por el derecho a no morir dando vida, pues el proceso de la maternidad implica un riesgo a morir que implícitamente las mujeres corren, siempre en relación con sus condiciones de vida y el acceso a la atención de calidad de su maternidad, con respecto a la población en estudio, las parejas al parecer nunca han hablado acerca del número ideal de hijos (26,6%).

5.2. Recomendaciones

- Los problemas identificados en esta investigación dejan claro que los servicios de salud no han establecido programas que faciliten el diseño y aplicación de estrategias de educación en salud sexual y reproductiva innovadoras hacia la población indígena. En tal situación es recomendable rediseñar las estrategias de educación e información, así como los procesos de entrega del método en los servicios de salud de la red pública.
- Es importante realizar a futuro nuevas investigaciones y/o estudios con diseños más complejos que permitan valorar el impacto del programa acerca de los métodos anticonceptivos en la población de Quisapincha.
- Se debe capacitar a la población en riesgo sobre los diferentes métodos de anticoncepción, además de un correcto del cual estén dispuestos a adoptar, así como concientizar al hombre en cuanto a la consulta por planificación familiar.
- Se requiere emprender programas de capacitación sobre la adopción de los distintos métodos anticonceptivos en varios niveles y con mayor énfasis en aquella población indígena con menor grado escolaridad, planteando como metodología la educación personalizada.
- Se debe establecer conceptos claros sobre la efectividad, seguridad, forma de consumo y beneficios de los métodos anticonceptivos a nivel multidisciplinario y multiétnico.
- Establecer programas de capacitación sobre la adopción del método anticonceptivos en personas que no hayan necesitado este método, para prepararlos para una vida sexual saludable y un uso racional y responsable de anticoncepción regular. Pues no son aspectos aislados sino más bien complementarios y deben ser abordados bajo el concepto de mejorar la calidad de vida y contribuir al buen vivir, con modelos innovadores de participación y aprendizajes centrados en la población en general.

- Los servicios de salud deben tener un rol protagónico en la difusión y promoción de los diferentes métodos anticonceptivos, difundiendo sus usos, indicaciones, ventajas y desventajas, socializando los aspectos positivos del programa e integrándolos dentro de la política de los derechos ciudadanos, los derechos a la salud y los derechos en salud sexual y reproductiva, todos ellos consagrados en varios instrumentos y cuerpos legales vigentes en el Ecuador.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos informativos

Título: Guía educativa bilingüe (Español/Kichwa) de Métodos Anticonceptivos

Estrategias de productos comunicacionales para la adopción de métodos anticonceptivos en la Parroquia de Quisapincha.

Institución ejecutora: Universidad Técnica de Ambato

Beneficiarios: Habitantes de la parroquia Quisapincha

Ubicación: Quisapincha, Tungurahua

Tiempo estimado: La propuesta se ejecutará inmediatamente después de su aprobación, no se establece un tiempo de finalización ya que estará de manera constante en permanente modificación, para poder valorar el impacto que presente su correcta utilización para que se realicen constantes evaluaciones y modificaciones.

Responsable: Lenin Edwin Avilés Castillo

Tutora: Dra. Daimi Rio Sampron

6.2. Antecedentes de la propuesta

En la presente investigación realizada en la población en edad fértil (16 – 49 años) de la Parroquia de Quisapincha, indica que los encuestados obtienen su información acerca de métodos anticonceptivos principalmente de personal de salud, a pesar de ello, esto no representa la realidad del caso con respecto a los porcentajes analizados y descritos en el actual estudio.

Se encontró además que en la población en estudio, la barrera que más influye para no adoptar el método anticonceptivo, es la etnia, teniendo serios efectos la indígena que la misma población mestiza, además el nivel de instrucción que ellos han alcanzado.

La tradición de nuestro país, por ser una sociedad patriarcal, le transfiere la mayor parte de la responsabilidad, el control de la fecundidad a la mujer, el hombre hace un control muy básico, uso del condón, coito interrumpido, pero la mayor parte de los métodos anticonceptivos vienen definidos porque la mujer lo ha elegido, la mujer es la única responsable del control de la natalidad.

La falta de información, o bien, la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como la ausencia de asesoría, la consejería deficiente, la postura de algunas religiones, las barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales y lingüísticas y la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el uso adecuado de anticonceptivos.

La inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado y la atención de salud. La forma de medirlas es una de las mayores dificultades que se presentan al investigar la inequidad de poder basada en el género.

Se hace indispensable informar a la población, en especial a los hombres que la salud reproductiva o responsabilidad de la fecundación debe ser de la pareja. La población de Quisapincha requiere de una guía educativa bilingüe para contrarrestar el limitado acceso hacia los métodos anticonceptivos.

6.3. Justificación

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud reproductiva como “Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.” (Unidas, 1994)

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces. Los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos reconocidos en nuestras leyes nacionales y en tratados internacionales avalados por la Organización de Naciones Unidas y ratificados por Ecuador.

Se fundamentan en el reconocimiento del derecho básico de todos los individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.

Un aspecto que es indispensable tomar en cuenta para enfrentar de manera adecuada y efectiva los aspectos relacionados con salud sexual y reproductiva es la perspectiva de género en la salud. A lo largo de la historia se han justificado como “naturales”, muchas de las diferencias que se observan cotidianamente en la distribución de tareas, derechos, y obligaciones entre hombres y mujeres y que han colocado a las mujeres en una situación de subordinación, incorporándolas a las costumbres y tradiciones de cada cultura y grupo social. Sin embargo, la realidad es que están determinados socialmente los roles entre ellos.

Las inequidades en salud que todavía caracterizan a la parroquia por causa geográfica, cultural, étnica, socioeconómica, edad, género, solo pueden resolverse a través de los esfuerzos coordinados de todos los sectores y por medio de políticas de población, desarrollo, educación y salud que respondan a este objetivo.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo General

- Diseñar una guía educativa bilingüe como estrategia para un acceso sin barreras de forma clara y precisa para el conocimiento, adopción de Métodos Anticonceptivos.
- Diseñar productos comunicacionales como estrategia para la difusión con respecto a conocimiento y adopción de Métodos Anticonceptivos

6.4.2. Objetivo Específico

- Plantear el modelo de la guía educativa bilingüe para la población de la Parroquia Quisapincha.

- Diseñar estrategias informativas orientadas a proveer información para la adopción de métodos anticonceptivos por parte de la Población en edad fértil de Quisapincha.
- Sociabilizar la participación del hombre en la asistencia a planificación familiar y la adopción en pareja del método anticonceptivo.
- Socializar el modelo de guía con los pobladores de la Parroquia Quisapincha, para formular sus respectivas correcciones de acuerdo a sus necesidades.
- Fomentar estrategias comunicacionales entre la población de Quisapincha sobre temas de Planificación Familiar, Métodos Anticonceptivos en la pareja.

6.5. Análisis de factibilidad

La propuesta es realizable desde el punto de vista técnico científico ya que se tienen las bases suficientes en conocimientos, además del apoyo del personal de salud pública de la Parroquia.

Desde el punto de vista económico Los costos de la propuesta serán proporcionados por parte del investigador, se evaluara trimestralmente la propuesta para valorar su impacto y realizar actualizaciones o modificaciones.

Interés socio-cultural dado que se abordara un tema en dos idiomas, buscando un mayor acceso por parte de la población indígena y mestiza.

La actual propuesta esta direccionada a la población de todo nivel de instrucción, socio-económico y étnico, de tal manera que se utilizaran términos sencillos para mejor alcance de la población.

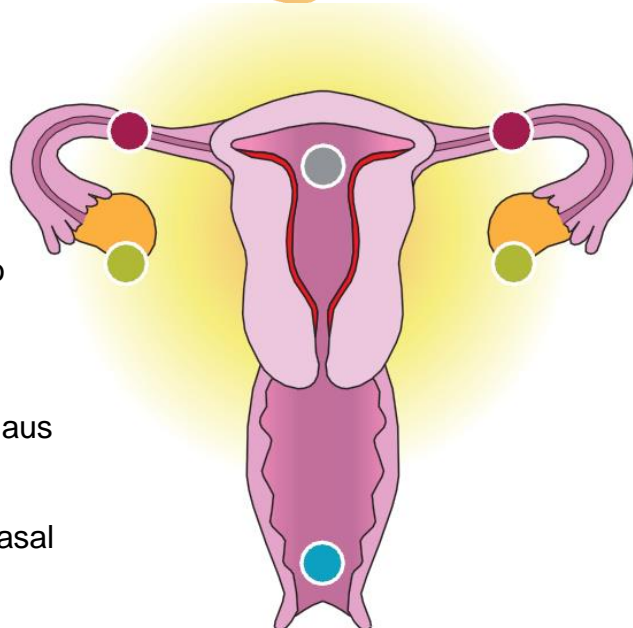
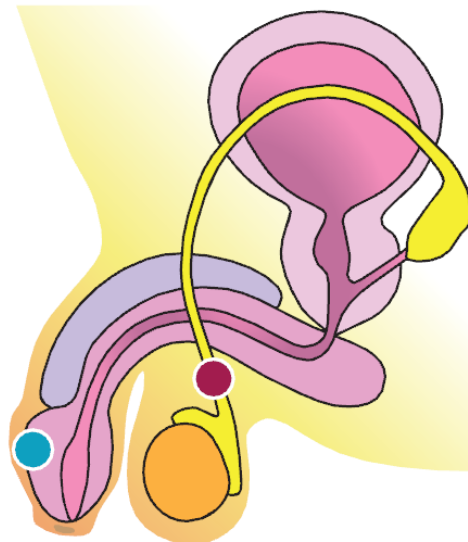
Desde el punto de vista operacional – administrativo y de gestión existe aceptación de las autoridades del Distrito de Salud N° 1 Ambato del personal del Subcentro de Salud y líderes comunitarios.

6.6. Fundamentación Científica

Un método anticonceptivo es un procedimiento para impedir o reducir la posibilidad de que, al mantener relaciones sexuales, se produzca la concepción (que un espermatozoide fecunde un óvulo) y se produzca un embarazo.

Clasificación de los Métodos Anticonceptivos

- De barrera
 - Preservativo Masculino
 - Preservativo Femenino
- Irreversibles
 - Ligadura de trompas
 - Vasectomía
- Hormonales
 - Píldora combinada
 - Implantes
 - Inyectables
- Diu
 - Dispositivo intrauterino
- Naturales
 - Método de Ogino – Knaus
 - Método de Billings
 - Método temperatura basal
 - Método sintotérmico



- **De barrera**

- **Preservativo masculino:** Son fundas de un material muy fino llamado "latex". Se coloca en el pene del hombre cuando está erecto, y no permite que entren los espermatozoides en la mujer.

Ventajas: Además de evitar el embarazo, el preservativo es el mejor método para prevenir enfermedades de transmisión sexual (herpes genital, SIDA, etc.). No tiene ningún efecto secundario ni contraindicaciones. Son de un solo uso. No disminuyen el impulso sexual

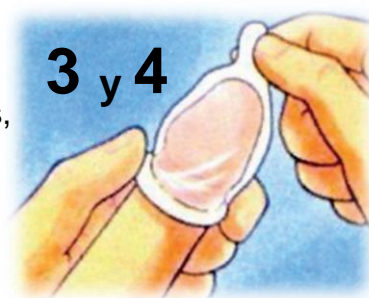
Falla si: Se usa mal, se rompe, no se coloca bien. Se recomienda mantenerlo en un lugar fresco y seco. Debe desecharse si ha caducado.

- **Modo de empleo del preservativo masculino**



1
Comprueba que no esté caducado. Abre el condón con cuidado de no romperlo con las uñas, dientes o anillos.

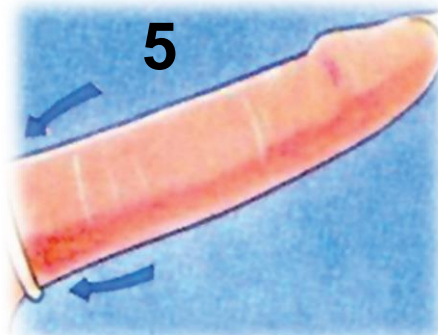
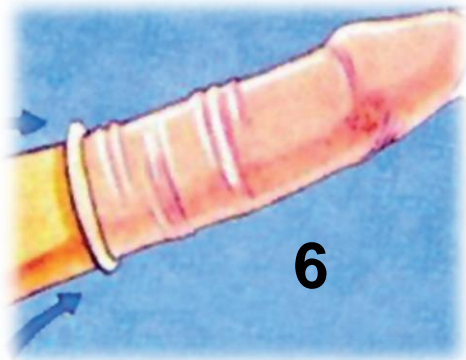
3
Pon el condón antes de cualquier contacto y con el pene



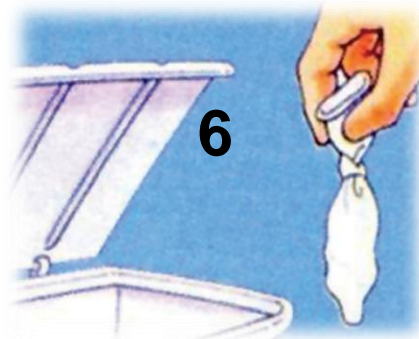
2
Comprueba que el condón esté del derecho, soplando a través del aro. Si te equivocas, usa uno

4
Aprieta con los dedos el depósito para evitar que quede aire en el interior y se rompa durante la relación.

Desenróllalo sobre el pene con el aro hacia fuera.



Quita el condón cuando el pene aún esté erecto y tíralo a la basura, no al suelo ni al inodoro.



- **Preservativo femenino:** El condón femenino se coloca en la vagina de la mujer. Tiene dos aros o anillos de plástico para colocarlo y que no se mueva.

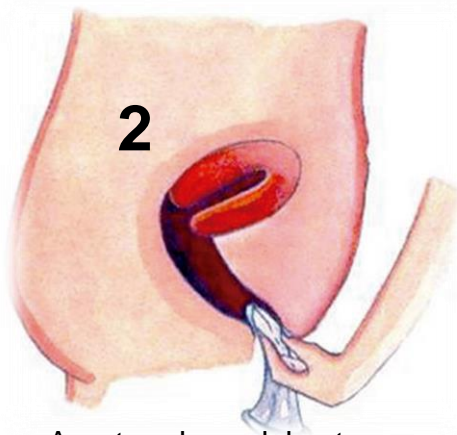
Son de un solo uso. Puede colocarse hasta ocho horas antes de la relación sexual.

No requiere que el pene esté erecto ni necesita retirarse inmediatamente tras la eyaculación.

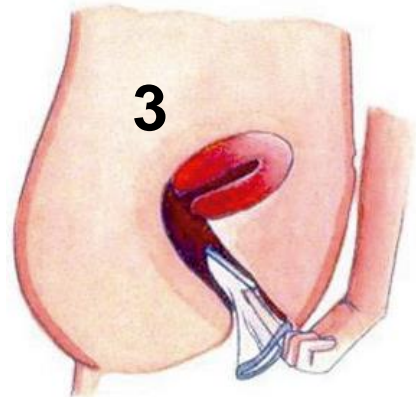
Pueden ser utilizados sin prescripción médica.

- **Modo de empleo del preservativo femenino**

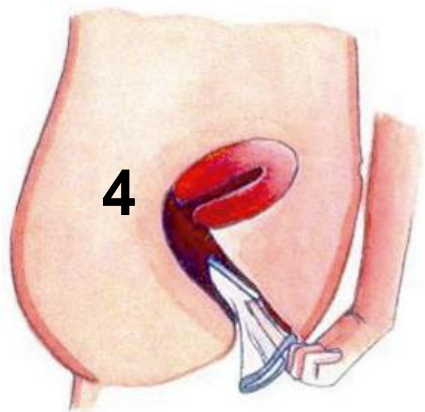
Comprueba que no esté caducado. Abre el preservativo con cuidado de no romperlo con las uñas, dientes.



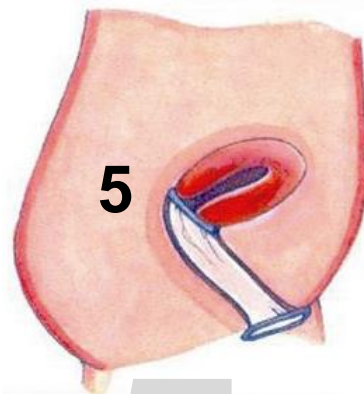
Apretar el aro del extremo cerrado con los dedos e introducir en la vagina como si fuese un tampón



Con el dedo índice y a través del preservativo, haz llegar el extremo hasta el fondo de la vagina.



El anillo externo debe cubrir los genitales externos



Retirar girando el anillo externo y extraer suavemente. Tirar a la basura, no al suelo ni al inodoro.

- **DIU**

- **Dispositivo intrauterino**

Es un aparato muy pequeño, de plástico, que tiene forma de T, y se coloca en el útero de la mujer.

Protege contra el embarazo por mucho tiempo: de 3 a 10 años dependiendo del tipo de DIU.

Debe ser colocado por un médico.

Cuando la mujer tiene el DIU colocado no supone gastos, ni la mujer tiene que hacer nada.

No se siente. No molesta.

No interfieren con el sexo, es decir, no afecta en la relación sexual

No previenen del contagio de enfermedades de transmisión sexual

Cuando se quita, la mujer puede quedar embarazada sin problemas

- **Hormonales**

- **Píldora combinada**

Son pastillas o comprimidos muy pequeños que evitan la ovulación.

Puntos clave:

Tome una píldora todos los días comenzando en el momento que le indiquen.

Los cambios en el sangrado (menstruación o “regla”) son normales, pero no hacen mal.

Si se olvida de una píldora, tómela lo antes posible

No interfieren con el sexo, es decir, no afecta en la relación sexual

No previenen del contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Reducen el dolor de la regla.

Cuando se deja de tomar la píldora la mujer puede volver a quedar embarazada

Método **BASTANTE SEGURO** para evitar embarazos.

- **Hormonales**

- **Píldora de emergencia**

Es un anticonceptivo de URGENCIA que se utiliza para disminuir el riesgo de embarazo después de haber tenido una relación sexual con penetración sin protección.

Sin protección quiere decir: Que no hayas utilizado ningún método anticonceptivo o que habiéndolo utilizado, hayas tenido algún problema como: rotura del preservativo, retención del preservativo en la vagina, olvido de la píldora anticonceptiva habitual o mal uso de otros métodos anticonceptivos.

NO SE DEBE UTILIZAR COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO HABITUAL.

- **¿Cómo actúa?**

Impide o retrasa la ovulación y en la mayoría de los casos evita el embarazo, pero nunca lo interrumpe. Esta píldora NO ES ABORTIVA ni produce ningún problema o lesión en el embrión en el caso de que hubiera ya un embarazo.

- **¿Quién puede utilizar la píldora del día después?**

Pueden utilizarla todas las mujeres a lo largo de la etapa fértil de su vida.

- **Hormonales**

- **Inyectable**

Son inyecciones que se administran cada cierto tiempo, que evitan la ovulación. Hay inyecciones que se ponen 1 sola vez al mes, o cada 2 meses, o cada 3 meses.

Hay que volver a ponerse la inyección cuando lo indique el sanitario

- No hay sangrado menstrual para algunas mujeres
- Se administra mediante inyección en el músculo de la nalga.
- No interfiere con el sexo, es decir, no afecta en la relación sexual
- No previene del contagio de enfermedades de transmisión sexual
- Ayuda a proteger contra algunos cánceres y contra la anemia por falta de hierro
- Cuando se deja de poner la inyección, la mujer puede volver a quedar embarazada. Método **MUY SEGURO** para evitar embarazos.

- **Irreversibles**

- **Ligadura de trompas**

Es una operación quirúrgica en la que se bloquean las trompas de Falopio, que son los conductos por donde pasan los óvulos desde los ovarios hasta el útero. La operación requiere anestesia y hospitalización. No produce alteraciones en la actividad sexual ni en la menstruación.

- **Vasectomía**

Es una operación quirúrgica en la que se bloquean los conductos por los que pasan los espermatozoides desde los testículos al exterior. Se suele hacer con anestesia local y no requiere hospitalización.

No produce alteraciones en la actividad sexual ni en la capacidad de erección, manteniéndose la eyaculación. El semen sigue teniendo el mismo aspecto a simple vista, pero no contiene espermatozoides.

- **Naturales**

- **Método de Ogino – Knaus**

Consiste en no realizar el coito durante los días fértiles. Se consideran fértiles el día de la ovulación, que corresponde con la mitad del ciclo, cinco días antes y tres después.

Puede ser empleado por aquellas mujeres que tienen una menstruación regular, es decir, cuando la regla o menstruación les dura siempre los mismos días.

La mujer tiene que llevar la cuenta de los días de su ciclo menstrual. La pareja debe comprometerse a la abstinencia o usar otro método durante los días fértiles en que la mujer puede quedar embarazada. No previenen del contagio de enfermedades de transmisión sexual.

- **Método de Billings**

En el cuello del útero se produce un flujo o moco cuyo aspecto y consistencia varía durante el ciclo menstrual. Durante la ovulación, coincidiendo con los días de más probabilidad de embarazo, el flujo se vuelve más abundante, transparente, pegajoso y elástico, semejante a la clara de huevo. Durante el resto del ciclo es más amarillento y espeso o bien no hay flujo.

- **Método Temperatura Basal**

En los días más fértiles se produce un aumento de la temperatura corporal. El método consiste en tomarse la temperatura todos los días al despertar, antes de levantarse, siempre en el mismo lugar (vagina o boca).

No es fiable porque: Hay otras circunstancias, fisiológicas o no, que también elevan o modifican la temperatura corporal induciendo a error.

- **Método Sintotérmico**

Combina la observación del moco cervical con la temperatura corporal en reposo y otros signos que acompañan a la ovulación (tensión mamaria, dolor abdominal, etc.).

- **Lactancia materna**

Cuando la madre da el pecho a su hijo, se retrasa la aparición de nuevas ovulaciones, la aparición de la regla o menstruación, y durante este tiempo es más difícil que la mujer quede embarazada.

Es seguro hasta los 6 meses después del parto siempre que la mujer no haya tenido aun la menstruación, y esté alimentando a su bebe sólo con la leche del pecho.

No previene del contagio de enfermedades de transmisión sexual

Método seguro durante los primeros 6 meses después del parto.

- **Coito interrumpido**

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación.

No es un método anticonceptivo porque...

Antes de la eyaculación se expulsa un líquido lubricante que contiene espermatozoides y puede producir embarazo.

6.7. Metodología – Modelo Operativo

Tabla 26. Plan Operativo

Fases	Metas/Acciones Concretas	Actividades	Recursos	Responsable	Tiempo
Fase I Sensibilización	- Sensibilizar la propuesta de diseño de una campaña de concienciación al Subcentro de Salud de Quisapincha.	- Gestionar la autorización de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua para mostrar el proyecto. - Exponer el proyecto	- El investigador - Personal de apoyo - Documento	- Investigador	2 semanas
	- Sensibilizar a la comunidad sobre la importancia del conocimiento de los métodos anticonceptivos para la adopción previa decisión del género.	- Adquirir los respectivos equipos para presentar el proyecto	- Equipos electrónicos - Materiales de oficina	- Investigador	2 semanas

Fases	Metas/Acciones Concretas	Actividades	Recursos	Responsable	Tiempo
Fase II Planificación	- Organizar temas claves que incluya la difusión de la Guía educativa bilingüe (Español – Kichwa) como estrategia para un acceso sin barreras de forma clara y precisa para el conocimiento, adopción de Métodos Anticonceptivos	- Tema 1 - Información en temas de Anticoncepción - Tema 2 - Adopción del método anticonceptivo - Tema 3 - Importancia de los Métodos Anticonceptivos	- Talento humano - Materiales e insumos	- Investigador	4 semanas

Fases	Metas/Acciones Concretas	Actividades	Recursos	Responsable	Tiempo
Fase II Planificación	- Organizar productos comunicacionales como estrategia para la difusión con respecto a conocimiento y adopción de Métodos Anticonceptivos.	- Elaborar un plan de medios - Diseñar guion para spot promocionales de radio y televisión que incentiven la asistencia a planificación familiar tanto hombres como mujeres. - Diseñar mensajes material impreso que puedan concienciar la información para la adopción oportuna de métodos anticonceptivos. - Diseño de una valla publicitaria bilingüe.	- Talento humano - Materiales e insumos	- Investigador - Médicos APS	4 semanas

Fases	Metas/Acciones Concretas	Actividades	Recursos	Responsable	Tiempo
Fase III Ejecución	- Dar a conocer a la población en general los temas planificados mediante grupos focales y charlas.	- Realizar grupos de trabajo para la ejecución de la capacitación. - Impartir charlas que despejen dudas e inquietudes de los temas tratados.	- Talento humano - Materiales e insumos	- Investigador - Médicos APS	8 semanas
Fase IV Monitoreo	- Realizar ajustes en el caso de incumplimientos de las actividades.	- Dar seguimiento a las actividades planificadas.	- Talento humano - Materiales e insumos	- Investigador - Médicos APS	4 semanas

Fases	Metas/Acciones Concretas	Actividades	Recursos	Responsable	Tiempo
Fase V Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de la guía - Prueba de los instrumentos - Difusión de los mensajes - Monitoreo de la difusión de los mensajes en la población - Monitoreo de la capacitación y seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación periódica del impacto del aprendizaje recibido a la población. - Aplicación de encuesta a una muestra aleatoria estratificada proporcional. - Plantear mejoras en el sistema aplicado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Talento humano - Materiales e insumos 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigador - Médicos APS 	2 semanas

6.8. Diseño de estrategias comunicacionales

Los objetivos de comunicación constituyen la referencia de la forma en que se espera que la población cambie, es el cambio de conducta que se tratará de promover en el público, con la finalidad de poder facilitar un mejor acceso a los procedimientos apropiados para mejorar su salud sexual y reproductiva, ello implica la adopción de conductas saludables. En el caso de los métodos anticonceptivos se pretende a nivel general, lograr que varones y mujeres adopten el uso de anticonceptivos de forma sostenida sin temores como una conducta saludable.

Cuando se plantean los objetivos dentro del planeamiento estratégico de la comunicación, se considera conveniente determinar la etapa en la que se encuentra cada segmento, respecto al proceso de cambio de conducta para determinar el énfasis y la dirección de cada actividad.

Identificación de grupos objetivos

Para cualquier actividad educativa e informativa es preciso determinar los diversos grupos objetivos con los cuales se desea trabajar, los que deben estar definidos en función a una serie de variables psicosociales con la finalidad de establecer segmentos homogéneos.

Tomando como referencia cada uno de estos grupos, es igualmente importante identificar la problemática de salud que los afecta, lo que permitirá establecer los objetivos de comunicación y las estrategias más adecuadas a cada grupo o segmento para poder abordarla.

En el caso de la población, se identifican dos grupos objetivos tomando como referencia las variables demográficas. Por un lado se han identificado aquellos grupos de personas que se encuentran directamente

vinculados al uso de métodos anticonceptivos afectados por los problemas asociados a su salud sexual y reproductiva, a los que se les denomina audiencia primaria. El segundo grupo de personas son aquellos segmentos de individuos relacionados con el primer grupo, que de forma directa o indirecta podrán contribuir con la problemática de cada uno de los grupos, a éste se le denomina audiencia secundaria.

Grupo objetivo 1 – Audiencia primaria

Dentro de este grupo se consideran aquellas personas usuarias o no usuarias de métodos anticonceptivos involucradas directamente en el proceso de elección libre e informada:

- Mujeres en edad fértil
- Hombres en edad reproductiva

Grupo objetivo 2 – Audiencia secundaria

Aquellas personas que constituyen agentes facilitadores para el cambio o que requieren de elementos para que en un futuro puedan desarrollar comportamientos sexualmente responsables en mujeres en edad fértil, adolescentes y hombres en edad reproductiva.

Dentro de esta clasificación se encuentran los siguientes grupos:

- Proveedores de servicios de salud en general, incluyendo aquellos con atención mayoritariamente a hombres
- Vacunadores(as)
- Internas(os)
- Promotoras de salud
- Líderes comunales (identificar personas que representen autoridad o referente para la población de la localidad)

Estas audiencias identificadas, constituyen grupos de personas que pueden ayudar a establecer formas de influir sobre los grupos de la audiencia primaria y también ayudarán a establecer un vínculo para el reforzamiento de las acciones preventivas y de sensibilización.

Etapas para el cambio de conducta o comportamiento

La conformación de los hábitos y comportamientos de las personas, son producto de un proceso a lo largo de toda la vida, en donde el contexto resulta ser un agente importante de mensajes y modelos que contribuyen con la estructuración del conjunto de conductas.

En el caso de la sexualidad de las personas y su forma de expresión, también son el resultado de un complejo proceso de adquisición de valores, normas, etc.

En aspectos relacionados al comportamiento sexual, se considera que el proceso de cambio de conducta puede tomar mayor tiempo, debido a que existe una serie de concepciones que a lo largo de la vida han venido siendo incorporados, las que no se cambian con facilidad.

Es necesario especificar que el proceso de cambio de conducta consta de cinco etapas, que involucran desde la toma de conocimiento sobre determinado tema hasta el nivel en el que el individuo se convierte en un efecto multiplicador positivo que redundará en el cambio de conducta de su entorno; cada una de estas etapas demanda de determinadas estrategias y procedimientos de intervención.

Existen diferentes modelos que se orientan a describir este proceso de cambio de conducta, pero entre ellos se identifican coincidencias respecto a que las personas atraviesan por un proceso que va desde que la persona no es consciente de la necesidad de adoptar determinada conducta, pasando por la toma de consciencia sobre los riesgos a su salud, la formación de una actitud favorable hacia la conformación de un plan de acción, la toma de decisión para llevar a la acción la conducta, hasta llegar a una etapa en la cual la conducta se consolida y la persona instala/incorpora la conducta y puede llegar a convertirse en un importante efecto multiplicador.

De este modo y tomando en cuenta que las conductas de las personas son producto de un proceso de adquisición/aprendizaje, es posible establecer una aproximación sistemática para generar su modificación o reemplazo; sin embargo es importante destacar que este cambio también es un proceso que puede ser lento y tomar un tiempo considerable, dependiendo del grado de flexibilidad en el estilo de percepción y atribución de cada persona.

El cambio de conducta que se pretende lograr a través de la intervención en actividades de comunicación y educación en métodos anticonceptivos, no será posible únicamente con el desarrollo de actividades educativas y distribución de material, sin criterios técnicos como los mencionados; por tal razón se plantea una intervención en IEC articulada que permita el abordaje de la temática de métodos anticonceptivos desde diversos medios y canales de comunicación.

Es por esta razón que el plan estructurado responde a un proceso de análisis, sobre la base de la información disponible en la actualidad, lo que ha permitido establecer estrategias “personalizadas” para cada audiencia.

Mensajes clave

Como parte del Plan de Información, Educación y Comunicación (IEC) se han identificado una serie de mensajes clave, los mismos que han sido incorporados en los diferentes materiales de IEC con la finalidad que exista la complementariedad necesaria para generar el posicionamiento deseado de los mismos en la población objetivo.

Se consideran los siguientes mensajes clave:

- Los Métodos Anticonceptivos coadyuvan a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos
- En la información está la protección, y esto se distribuirá en el Subcentro de Salud.
- Es importante ir al Subcentro de Salud para recibir una orientación en métodos anticonceptivos, los hombres también pueden ir a consultar

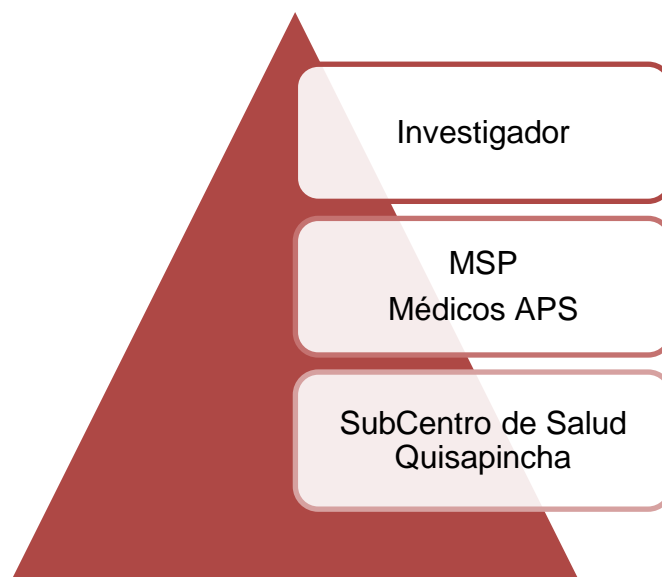
- Los métodos anticonceptivos se pueden encontrar en el Subcentro de Salud.
- Los Métodos anticonceptivo debe llegar a mujeres y hombres
- Todo servicio y método anticonceptivo es gratuito
- El lema a transmitir es “Vive tu sexualidad con responsabilidad”

Estrategias de intervención

El Plan de IEC, tiene como finalidad de lograr los objetivos que se proponen, tomando como referencia las probables actividades educativas e informativas que con regularidad se desarrollan en temas de métodos anticonceptivos. Para ello es necesario contar con diversos procedimientos que permitan generar la interacción adecuada entre los mismos que refuercen la información los mensajes claves.

6.9. Administración

La difusión de la Guía Educativa Bilingüe (español – Kichwa) y Estrategias comunicacionales se realiza con la colaboración del Personal del Subcentro de Salud de Quisapincha junto con líderes comunales locales, a fin de conseguir la apertura necesaria para la sociabilización y ejecución de la propuesta.



6.10. Previsión de la Evaluación

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Quiénes solicitan evaluar?	Investigador, personal del Subcentro de Salud de Quisapincha
¿Por qué evaluar?	Conocer el grado de aceptación en la adopción del método anticonceptivo elegido por parte de la pareja.
¿Para qué evaluar?	<ul style="list-style-type: none">- Conocer si la propuesta dio resultados positivos- Para conocer si con la propuesta ha mejorado y se ha facilitado la información a los hombres para la adopción de un método anticonceptivo.
¿Qué evaluar?	La funcionalidad de las actividades realizadas ante la información de métodos anticonceptivos
¿Quién evalúa?	Investigador
¿Cuándo evaluar?	Permanentemente
¿Cómo evaluar?	Observación, encuesta, entrevista a los usuarios que acuden al Subcentro de Salud de Quisapincha
¿Con qué evaluar?	Cuestionarios y entrevistas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución del Ecuador*. Alfaro: Registro Oficial.
2. Barragan, M. (2011). *La educación sexual. Guía teórica y práctica*. (Segunda ed.). Barcelona: Paidós. Recuperado el 21 de Mayo de 2014
3. Dexeus, S. (2009). *Anticoncepción*. Barcelona: Ed Salvat. Recuperado el 28 de Abril de 2014
4. Ferri, F. (2014). *Ferri Consultor Clínico* (Primera ed.). Madrid: Elsevier.
5. Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación (4ta edición)*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores. Recuperado el 8 de Agosto de 2014
6. Hora, L. (2012). 27.036 mujeres murieron el año pasado. *La Hora*.
7. INEC. (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Ecuador.
8. Ministerio de Salud Pública. (2013). *Ley Orgánica de la Salud*. Quito.
9. Ochoa, E. (2009). *Guía de la sexualidad*. Madrid, España: Espasa Calpe. Recuperado el 7 de Junio de 2014
10. Orellana, A. D. (2013). *Los métodos anticonceptivos*. España: Salud Madrid.
11. Salud, O. M. (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

LINKOGRAFÍA

12. Abenzoza, R. (2012). *Mejoremos la educación*. Recuperado el 9 de Julio de 2014, de <http://educacion-enrique.blogspot.com/2012/11/que-es-la-educacion-sexual-y-que.html>
13. Banerjee, S., & Sharma, U. (2007). *El Género, la Sexualidad, los Derechos y el VIH*. Toronto, Ontario, Canadá. Recuperado el 2014 de Julio de 3, de http://www.icaso.org/publications/gender_ESP_1.pdf
14. Colectivo Harimaguada. (2009). *Educación sexual en la escuela. Documentos didácticos*. Salamanca: ICE-Univ. de Salamanca. Recuperado el 4 de Abril de 2014, de http://www.juntadeandalucia.es/iam/catalogo/doc/iam/1999/82_guia_pr_ofesorado.pdf
15. Coronel, C. (2007). *Enfermedades venéreas en los adolescentes del Colegio Técnico Sigsig de los cursos primero y segundo de bachillerato de la sección nocturna*. Recuperado el 15 de Julio de 2014, de http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/10558/1/34525_1.pdf
16. Diónis, G. (1995). *Informe de O.N.Gs. argentinas al Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas*. Recuperado el 20 de Junio de 2014, de <http://www.derechos.org/nizkor/arg/ong/index.html>
17. El Telégrafo. (2012). 58% de mujeres en el país usa métodos anticonceptivos. *El Telégrafo*, pág. 25. Recuperado el 13 de Mayo de 2014, de <http://www.telegrafo.com.ec>
18. El Universo. (2013). Ecuador defiende programas anticoncepción ante aumento embarazo adolescente. *El Universo*. Recuperado el 20 de Abril de 2014, de <http://www.eluniverso.com/noticias/2013/05/16/nota/930606/ministra-betty-tola-defiende-politica-planificacion-familiar>

19. Estrada, F. H.-G.-P. (2008). Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. *Salud Pública de México*, 50(6), 472-481. Recuperado el 12 de Abril de 2014, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50n6/08.pdf>
20. Fisher, L. (2012). *¿Cuáles son los determinantes del género?* Recuperado 7 Mayo 2014, de: http://www.ehowenespanol.com/cuales-son-determinantes-del-genero-info_44473/
21. Gutiérrez, M. (2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo*. Perú, Perú. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000300016&script=sci_arttext&tIng=pt
22. Ku, E. (2010). Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal. *Revista Peruana de Epidemiología*, 124-132. Recuperado el 1 de Abril de 2014, de <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119666006.pdf>
23. Larrañaga, E. (2012). Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes. España, España, España. Recuperado el 17 de Junio de 2014, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4114118>
24. Linares, J. (2009). *Acercas de la atención primaria (forma de trabajo y características básicas) y de los registros*. En: Gérvas JJ, ed. *Los sistemas de registro en la atención primaria de salud*. Beyond Words. Madrid: Díaz de Santos. Recuperado el 13 de Julio de 2014, de <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/vertie/motivadores/determsal.html>

25. López, F. (2008). *Educación sexual en la adolescencia*. Salamanca: ICE. Universidad de Salamanca. Recuperado el 24 de Junio de 2014
26. Loza, G. (2009). *Uso y demanda de métodos anticonceptivos en el Perú*. Santiago de Chile: CELADE. Recuperado el 28 de Julio de 2014
27. Martínez, L. (2010). *Anticoncepción en cifras de América Latina*. Recuperado el 28 de Febrero de 2014, de Salud180 El estilo de vida saludable: <http://www.salud180.com/jovenes/anticoncepcion-en-cifras-de-america-latina>
28. Molina, C. (2010). *Vaginales y de Barrera, en Anticoncepción: Guía práctica, Parte III Anticonceptivos*. Santiago de Chile: Ed Mediterráneo. Recuperado el 12 de Julio de 2014
29. Peláez, J. (2009). *Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio*. (Segunda ed.). La Habana. Cuba: Editorial Científico-Técnica. Recuperado el 7 de Julio de 2014
30. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2007). *II INFORME NACIONAL DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO - ECUADOR 2007*. Ecuador: Graphus. Recuperado el 28 de Abril de 2014, de <http://www.pnud.org.ec/odm/>
<http://www.pnud.org.ec/odm/>
31. Rakel, R. (2011). *Textbook of Family* (Octava ed.). Houston: Elsevier Saunders.
32. Robalino, M. (2009). *Programa de Atención Integral a Adolescentes Embarazadas en el hospital Andino Alternativo de Chimborazo en el período Agosto 2006 – Enero 2007*. Recuperado el 05 de Agosto de 2014, de <http://dspace.utpl.edu.ec/>

33. Rodríguez, M. e. (2011). Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Revista Salud Pública*, 13(6), 885 - 896. Recuperado el 9 de Junio de 2014, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000600002&lng=es
34. Schwarcz, R. e. (2010). *Guía para el uso de métodos anticonceptivo*. Obtenido de http://www.msal.gov.ar/http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf
35. Sojo, D., Sierra, B., & López, I. (2002). *Salud y Género. Guía práctica para profesionales de la cooperación*. Médicos del Mundo. México.
36. Telégrafo, E. (2012). 58% de mujeres en el país usa métodos anticonceptivos.
37. Unicef. (2006). *Cuestiones de género*. Recuperado el 3 de Junio de 2014, de http://www.herramientasparticipacion.edu.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=395&catid=104&Itemid=345
38. Unidas, N. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

39. **SPRINGER LINK** Bogale, B. W. (2011). El poder de toma de decisiones de mujeres casadas en el uso de anticonceptivos modernos en las zonas urbanas y rurales en el sur de Etiopía. *BMC Public Health*, 11(1), 1-7. Obtenido de <http://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-11-342>

40. **SPRINGER LINK** Goicolea I., S. S. (2010). El embarazo no deseado en la cuenca amazónica del Ecuador. *BioMed Central Health*, 1-11. Recuperado el 8 de Septiembre de 2014, de <http://link.springer.com/article/10.1186/1475-9276-9-14/fulltext.html>
41. **SPRINGER LINK** Mishra, A. N. (2014). Las actitudes de los hombres sobre la igualdad de género y el uso de anticonceptivos en Uttar Pradesh India. *Reproductive Health*, 11(41), 1-13. Obtenido de <http://link.springer.com/article/10.1186/1742-4755-11-41/fulltext.html>
42. **EBRARY** Ortega, J. (2009). Géneros y generaciones: conducta reproductiva de los Mayas de Yucatán. México, Yucatán, México: Red Salud Colectiva. Recuperado el 2 de Octubre de 2014, de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10280839&p00=g%C3%A9neros%20generaciones%3A%20conducta%20reproductiva%20mayas%20yucat%C3%A1n%20m%C3%A9xico>
43. **SCIENCE DIRECT** Yago, T., & Tomás, C. (2013). Condicionantes de género en anticoncepción: diseño y validación de un cuestionario. *Atención Primaria*, 45(8), 418 - 425. Recuperado el 26 de Agosto de 2014, de Science Direct: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713001583>

ANEXOS

ANEXO 1. Encuesta



ENCUESTA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



Encuesta aplicada a mujeres y hombres de 15 a 45 años de edad pertenecientes a la Población de Quisapincha.

Objetivo: Identificar las condicionantes de género en anticoncepción en mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad de la Parroquia de Quisapincha.

Instrucciones: Favor marcar con una X en la respuesta que considere correcta.

SECCIÓN I. CARACTERÍSTICAS SOCIO - CULTURALES

01. Edad _____

02. Etnia

1 Indígena

2 Mestizo(a)

03. Sexo

1 Hombre

2 Mujer

04. Cuál es su estado civil:

1 Soltera/o

4 Separada/o

2 Casada/o

5 Viuda/o

3 Divorciada/o

6 Unión Libre

05. ¿Cuántos hijos tiene?

1 Sin hijo/a

4 3 hijos/as

2 1 hijo/a

5 4 hijos/as

3 2 hijos/as

6 Más de 5 hijos/as

06. ¿Hasta que nivel de instrucción concluyó?

1 Ninguno

4 Bachillerato

2 Alfabetización

5 Tercer Nivel

3 Educación básica

6 Postgrado

07. Cuanto gana usted al mes :

1 Menos de 100

4 \$ 341 a \$ 500

2 \$ 100 a \$ 200

5 Más de 501

3 \$ 201 a \$ 340

SECCIÓN II. INFORMACIÓN Y DECISIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

08. ¿Ha recibido usted información sobre los métodos que pueden usarse para no tener hijos y/o espaciar los embarazo?

1 Sí 2 No

¿Quién le ha brindado la información?

a Medios de comunicación d Personal de salud
 b Por curiosidad e Por la pareja
 c Familia f Otra persona

09. En cada uno de los métodos escritos a continuación, señale: ¿Ha oído hablar? y/o ¿Conoce usted?; Ha usado alguna vez; ¿Cuál es su experiencia?

	¿Ha oído hablar? y/o ¿Conoce usted?		¿Ha usado alguna vez?		¿Cual es su experiencia?		
	Si	No	Si	No	B	R	M
* Método intrauterino							
1 Dispositivo intrauterino (DIU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Métodos hormonales y químicos							
2 Pildoras (AOC - AOE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Implantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Inyectables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Métodos de barrera							
5 Preservativo masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Preservativo femenino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Métodos Naturales							
7 Método del ritmo (Ogino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Temperatura basal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Coito interrumpido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Método lactancia materna (MELA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Métodos de esterilización							
11 Vasectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ligadura tubaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Quién debe utilizar los métodos para no tener hijos deseados?

1 Hombre 3 Pareja
 2 Mujer 4 Ninguno

a **Si es el hombre, ¿Por qué?**

- 1 Por que es muy infiel
- 2 Existe riesgo de infección transmisión sexual
- 3 Equidad e igualdad de derechos
- 4 Porque es más fácil para ellos

b **Si es la mujer, ¿Por qué?**

- 1 Ella es la que tiene que cuidar a los hijos
- 2 Las mujeres deciden si desean embarazarse
- 3 Es responsabilidad de la mujer

c **Si es ninguno, ¿Por qué?**

- 1 Por que esta consolidado la unión
- 2 Por sus efectos secundarios
- 3 Tiene pareja estable
- 4 Porque va en contra de la religión

d **Si es la pareja, ¿Por qué?**

- 1 Existe buena comunicación
- 2 Responsabilidad
- 3 Estabilidad de pareja

11. **¿Utiliza actualmente algún método para no tener hijos?**

- 1 Si 2 No

¿Qué está usando? _____

11.A. **En caso de SI utilizar, ¿Por qué?**

- a Evita contagio de Infección Transmisión sexual
- b No tener mas hijos
- c Tener diferentes parejas

11.B. **En caso de SI, ¿Quién decidió utilizar el método para no tener hijos?**

- a Hombre
- b Mujer
- b Pareja

11.C. **En caso de NO utilizar, ¿Por qué?**

- a No han considerado la opcion de utilizarlo
- b Su pareja se opone
- c Religión
- d Desea tener más hijos
- e No sabía como usarlos, o donde obtenerlos.

12. Conoce su pareja, que Ud. está usando algún método para no tener hijos

1 Si

2 No

13. Si su pareja NO conoce que usted esta utilizando un Método para no tener hijos, ¿Cómo cree usted, que reaccionaría ante esta noticia?

1 Recibiría insultos

2 Recibiría agresión física

3 Acogería de una buena manera

14. ¿Como reaccionaría su pareja, ante la propuesta de utilizar un condón(preservativo)?

1 Lo aceptaría

2 No acogería la propuesta

3 Diría que disminuye el placer sexual

15. Si Ud. es mujer y llegaría a tener los hijos deseados, Se ligaría para no tener más hijos?

1 Si

2 No

¿Por que?

a Su pareja no se lo permite

b Hay otros métodos para no tener más hijos

16. Si Ud. es hombre y llegaría a tener los hijos deseados, Se ligaría para no tener más hijos?

1 Si

2 No

¿Por que?

a Es la mujer quien debe de tomar esa decisión

b Se pierde fuerza

c Hay otros métodos para no tener más hijos

SECCIÓN II. INFORMACIÓN Y DECISIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

17. Ha recibido información de Planificación Familiar

1 Si

2 No

18. ¿Quién toma la decisión sobre Planificación Familiar?

1 Hombre

2 Mujer

3 Pareja

19. ¿Cuándo acude a Planificación Familiar en el Subcentro de Salud, Usted va?

1 Pareja

3 Sola

2 Nunca asistido a planificar

¿Por qué?

a Falta de tiempo de pareja

b No influye en la decisión

20. ¿Quién toma la decisión de cuantos hijos tener?

1 Hombre

2 Mujer

3 Pareja

21. Se han puesto de acuerdo con su pareja sobre, ¿Cuántos hijos tendrán?

1 Si

2 No

a ¿Por qué? _____

22. ¿Se ha embarazado sin querer hacerlo?

1 Si

2 No

En caso de Si, ¿Por qué?

1 No planifico cuantos hijos tener

2 Se olvido de tomar la pastilla/inyección

3 Volvió con el esposo

4 No utiliza ningún método

ANEXO 2. Fotografías

