



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA TERCERA COHORTE

MODALIDAD DE TITULACION PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN

Tema: “ASPECTOS SOCIOCULTURALES EN LA ELECCIÓN DEL
MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN POBLACIÓN RURAL.”

Requisito Previo Para Optar Por El Título De
Especialista En Medicina Familiar Y Comunitaria

Autora: Md. María José López Pinta.

Tutora: Md. Esp. Mariana Isabel Velastegui Pérez.

Ambato – Ecuador

2022

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor del Trabajo de Titulación presidido por la Médica María Fernanda Marizande Lozada, Master, e integrado por los señores: Md. Esp. Iza Anguisaca Freddy Bayardo, Dra. Esp Castro Acosta Norma Del Carmen.

Designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema: “Aspectos socioculturales en la elección del método anticonceptivo en población rural”.

Elaborado y presentado por la señora Médica, María José López Pinta., para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.

Md. Mg María Fernanda Marizande Lozada,
Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa

Md. Esp. Iza Anguisaca Freddy Bayardo
Miembro del Tribunal de Defensa

Dr. Esp. Castro Acosta Norma Del Carmen
Miembro del Tribunal de Defensa

Marzo 2022

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: **“ASPECTOS SOCIOCULTURALES EN LA ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN POBLACIÓN RURAL”**. Le corresponde exclusivamente a: María José López Pinta, Autor bajo la Dirección de la Md. Esp. Mariana Isabel Velastegui Pérez, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Md. María José López Pinta
1803851706
AUTORA

Md. Esp. Mariana Isabel Velastegui Pérez
CI: 1804087706
DIRECTORA

Marzo 2022

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato.

Md. María José López Pinta
CI: 1803851706
AUTORA

Marzo 2022

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO

**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA TERCERA COHORTE**

INFORMACIÓN GENERAL

TEMA: “ASPECTOS SOCIOCULTURALES EN LA ELECCIÓN DEL MÉTODO
ANTICONCEPTIVO EN POBLACIÓN RURAL.”

AUTOR: Md. María José López Pinta

Grado académico: Médica General

Correo electrónico: mlopez1706@uta.edu.ec

DIRECTORA: Mariana Isabel Velastegui Pérez

Grado académico: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Correo electrónico: mi.velastegui@uta.edu.ec

**LINEA DE INVESTIGACIÓN: Promoción de la salud. Espacios saludables, salud
sexual, medio ambiente y salud**

Marzo 2022

AGRADECIMIENTO

A mi familia; a la Universidad Técnica de Ambato, que me abrió las puertas para mi formación por intermedio de la Facultad de Ciencia de la Salud al Posgrado de medicina Familia y Comunitaria, a todos sus docentes que nos impartieron sus conocimientos, de manera especial a la señora Dra. Lisbeth Reales quien apoyo y guio en el proceso de elaboración de esta tesis, y a mi tutora la señora Dra. Mariana Velastegui quien con su tiempo, apoyo, paciencia y enseñanzas supo guiarme durante este largo camino de forma responsable, dedicada, y solidaria para terminar con éxito este Posgrado.

Marzo 2022

DEDICATORIA

A Dios que me ha mantenido con salud y vida para poder seguir cumpliendo mis objetivos.

A mis padres Edison y Emperatriz por darme su bendición, consejos, enseñanzas y apoyo incondicional ya que sin ellos no hubiese podido lograr mis objetivos

A mis hermanos Paulina y Paul López (+), quienes con su amor y empuje son mi motivación día a día.

A mi esposo Cesar Obando quien siempre confió en mí y desde el primer día estuvo de mi mano con su amor incondicional, apoyo, compañía, y tolerancia permaneciendo sin decaer su fe y esperanza.

A mis hijos Caridad y Francisco quienes son mi mayor motor y motivo de lucha y superación.

A mis cuñados Saul y Patricia, a mis sobrinos Matías, Nicolas, Emilia, Pedrito, Juan Diego y Milena por su cariño eterno.

A todos mis compañeros de clase con los cuales hemos compartido muchas experiencias, siempre apoyados unas a otras.

Marzo 2022

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Pág.

| | |
|---|------|
| PORTADA | |
| APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN | ii |
| AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN | iii |
| DERECHOS DE AUTOR..... | iv |
| INFORMACIÓN GENERAL | v |
| AGRADECIMIENTO | vi |
| DEDICATORIA..... | vii |
| ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS..... | viii |
| ÍNDICE DE TABLAS | xi |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | xii |
| ÍNDICE DE GRAFICOS | xii |
| RESUMEN | xiii |
| Summary | xiv |
| Introducción..... | 1 |
| CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA..... | 3 |
| 1.1. Tema..... | 3 |
| 1.2. Planteamiento del problema | 3 |
| 1.2.1. Contextualización..... | 3 |
| 1.2.2. Análisis crítico. | 5 |
| 1.2.3. Prognosis | 6 |
| 1.2.4. Formulación del problema..... | 7 |
| 1.2.5. Interrogantes (subproblemas) | 7 |
| 1.2.6. Delimitación del problema de investigación. | 7 |
| 1.3. Justificación | 8 |
| 1.4. Objetivos..... | 9 |
| 1.4.1. Objetivo General | 9 |
| 1.4.2. Objetivos Específicos..... | 10 |
| CAPÍTULO 2. MARCO TEORICO..... | 11 |
| 2.1. Antecedentes Investigativos | 11 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 2.2. | Fundamentación Filosófica..... | 12 |
| 2.3. | Fundamentación legal..... | 12 |
| 2.4. | Categorías Fundamentales..... | 15 |
| 2.4.1. | Fundamentación Teórica..... | 16 |
| | Equidad de Género y Salud Reproductiva..... | 16 |
| | Atención en infertilidad..... | 20 |
| | Asesoría general en planificación Familiar..... | 20 |
| 2.5. | Hipótesis..... | 40 |
| 2.6. | Señalamiento de Variables..... | 40 |
| 2.6.1. | Variable Dependiente:..... | 40 |
| 2.6.2. | Variable Independiente:..... | 40 |
| | CAPITULO 3. METODOLOGÍA..... | 41 |
| 3.1. | Modalidad de la investigación..... | 41 |
| 3.2. | Tipo de investigación..... | 41 |
| 3.3. | Población y Muestra..... | 41 |
| 3.3.1. | Población..... | 41 |
| 3.3.2. | Muestra..... | 41 |
| 3.3.2.1. | Cálculo de la muestra..... | 41 |
| 3.3.2.2. | Criterios de Inclusión..... | 42 |
| 3.3.2.3. | Criterios de Exclusión..... | 42 |
| 3.3.2.4. | Criterios Éticos..... | 42 |
| 3.4. | Operacionalización de variables..... | 44 |
| 3.5. | Plan de recolección de información..... | 46 |
| 3.6. | Procedimientos para el levantamiento y recolección de información..... | 47 |
| | CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... | 49 |
| 4.1. | Análisis e interpretación..... | 49 |
| 4.1.1. | Datos sociodemográficos de la población..... | 49 |
| 4.1.2. | Análisis de los resultados de la encuesta..... | 51 |
| 4.2. | Comprobación de la hipótesis..... | 63 |
| | CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 67 |
| 5.1. | Conclusiones..... | 67 |
| 5.2. | Recomendaciones..... | 68 |
| | CAPÍTULO 6. PROPUESTA..... | 69 |
| 6.1. | Datos Informativos..... | 69 |

| | | |
|--------|-----------------------------------|----|
| 6.2. | Antecedentes de la propuesta..... | 69 |
| 6.3. | Justificación | 70 |
| 6.4. | Objetivos..... | 71 |
| 6.4.1. | Objetivo General..... | 71 |
| 6.4.2. | Objetivos Específicos..... | 71 |
| 6.5. | Análisis de factibilidad..... | 72 |
| 6.6. | Fundamentación | 72 |
| 6.7. | Modelo operativo | 75 |
| 6.8. | Administración..... | 80 |
| 6.9. | Previsión de la evaluación..... | 80 |
| | BIBLIOGRAFÍA | 82 |
| | Anexo 1 | 89 |
| | Consentimiento Informado..... | 89 |
| | Anexo 2 | 90 |
| | Cuestionario de Encuesta | 90 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Los propósitos de la planificación familiar. | 18 |
| Tabla 2. Anticoncepción | 29 |
| Tabla 3. Operacionalización de variables | 44 |
| Tabla 4. Resumen del procesamiento de los casos | 47 |
| Tabla 5. Estadísticos de fiabilidad | 47 |
| Tabla 6. Datos sociodemográficos de la población | 49 |
| Tabla 7. Usa usted algún método para no embarazarse | 51 |
| Tabla 8. Métodos que utilizan | 52 |
| Tabla 9. Causas que determinaron que no usarán los métodos anticonceptivos | 53 |
| Tabla 10. Persona que decidió el uso del método anticonceptivo | 54 |
| Tabla 11. Creencias culturales que influyen en la selección del método..... | 56 |
| Tabla 12. Religión relacionada con la selección del método anticonceptivo..... | 56 |
| Tabla 13. Métodos anticonceptivos para los varones | 57 |
| Tabla 14. Participación de la pareja..... | 60 |
| Tabla 15. Conocimientos de los derechos de salud sexual y salud reproductiva..... | 60 |
| Tabla 16. Charla acerca de la importancia del uso de métodos anticonceptivos | 61 |
| Tabla 17. Utilización de los métodos anticonceptivos por la presión social o familiar | 61 |
| Tabla 18. Costumbres y tradiciones de su comunidad..... | 62 |
| Tabla 19. Recibir capacitación enfocada a la comunicación en planificación familiar | 63 |
| Tabla 20. Frecuencias observadas y esperadas..... | 63 |
| Tabla 21. Pruebas de chi-cuadrado..... | 64 |
| Tabla 22. Correlaciones | 65 |
| Tabla 23. Programa de planificación familiar actividades..... | 73 |
| Tabla 24. Modelo operativo del programa de planificación familiar | 75 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Categorías fundamentales..... | 15 |
| Figura 2. Proceso de administración de la propuesta..... | 80 |
| Figura 3. Evaluación | 81 |

ÍNDICE DE GRAFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Creencias religiosas o culturales que influyeron en el momento..... | 55 |
| Gráfico 2. Planificación familiar | 58 |
| Gráfico 3. Responsable de la planificación familiar..... | 59 |

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
TERCER COHORTE

TEMA: “ASPECTOS SOCIOCULTURALES EN LA ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN POBLACIÓN RURAL”

AUTOR: Md. María José López Pinta

TUTORA: Md. Esp. Mariana Isabel Velastegui Pérez

Fecha: 28 de noviembre 2021

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar los aspectos socioculturales en la elección del método anticonceptivo en población rural. La planificación familiar engloba una serie de atenciones con relación a la salud sexual y reproductiva de la pareja, enfocados en tres momentos diferentes trabajando con parejas o usuarios que busquen un embarazo o a su vez deseen planificarlo, el siguiente orientando en la asesoría en planificación familiar y por último el apoyo en parejas con problemas de fertilidad. La metodología utilizada fue cuantitativa, bibliográfica y descriptiva, en cuanto a la muestra estuvo conformada por 140 personas, las mismas que son parte de la población correspondientes a la unidad de salud cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados determinaron que el 24.3% de la población no busca un método anticonceptivo. El 65,7% de los encuestados consideran que las creencias religiosas o culturales si influyeron en el momento de decidir usar un método anticonceptivo. El 62,9% manifestaron que la forma que participa su pareja en la elección del método anticonceptivo es en acuerdo mutuo. En cuanto a los factores de presión social o familiar de su entorno influyo siempre o casi siempre en su decisión el 35,8% y las costumbres de la comunidad con el 35,1% en la misma escala referida. Se concluye que las decisiones están influenciadas en un nivel medio por las costumbres de la comunidad, la presión social, familiar, así como la religión.

Palabras Clave: Métodos anticonceptivos, aspectos socioculturales, planificación familiar.

Summary

The main objective of this study was to determine the sociocultural aspects in the choice of contraceptive method in rural population. Family planning encompasses a series of care in relation to the sexual and reproductive health of the couple, focused on three different moments working with couples or users who are looking for a pregnancy or in turn wish to plan it, the next guiding family planning advice and lastly, support for couples with fertility problems. The methodology used was quantitative, bibliographic and descriptive, in terms of the sample was made up of 140 people, the same ones that are part of the population corresponding to the health unit met the inclusion and exclusion criteria. The results determined that 24.3% of the population does not seek a contraceptive method. 65.7% of those surveyed consider that religious or cultural beliefs did influence when deciding to use a contraceptive method. 62.9% stated that the way their partner participates in the choice of the contraceptive method is by mutual agreement. Regarding the factors of social or family pressure in their environment, 35.8% always or almost always influenced their decision and the customs of the community with 35.1% on the same scale referred to. It is concluded that the decisions are influenced at a medium level by the customs of the community, social and family pressure, as well as religion.

Keywords: Contraceptive methods, sociocultural aspects, family planning.

Introducción

A nivel mundial existen muchos factores que inciden en la elección de determinado método anticonceptivo, el mismo que se relaciona con la poca información, un pobre nivel educativo, paridad, los bajos recursos económicos o a su vez falta de interés y tiempo, entre algunos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera a la planificación familiar como prácticas que ayudan a proyectar el número de hijos deseados así como el intervalo entre cada uno de ellos, partiendo desde el asesoramiento en sexualidad hasta el poder brindar un tratamiento apropiado y precoz. En este sentido y orientados al reconocimiento de los derechos humanos se pretende garantizar una vida libre de discriminación sin algún tipo de amenaza o violencia en cuanto a la salud sexual y reproductiva. (1).

Actualmente se enfatiza la importancia de una toma de decisión en pareja frente a temas de sexualidad, destacando que ciertas actitudes pueden variar en función de esta, relacionándolo de forma directa con algunos factores socioeconómicos de la comunidad, lo que se relaciona con características culturales, religiosas, políticas, y legislativas de ahí el derecho a decidir de los usuarios. En el mundo 214 millones de mujeres que pertenecen a países en vías de desarrollo desean posponer o detener la fecundación, pese a esto no hacen uso de ningún método anticonceptivo, por lo que la OMS pretende reforzar el derecho a decidir y a la par evitar enfermedades venéreas, abortos, muertes maternas y neonatales. (2). La instrucción de cada individuo es uno de los factores que se relacionan con el proceder reproductivo, lo mismo que la cultura, y ciertas presiones sociales como la religión, creando influencia en el uso o no de algunos métodos anticonceptivos.

En América latina, se han planteado diferentes variables de estudio entre ellas la edad y ciclo vital, el nivel educativo, la cultura patriarcal en relación con que el género masculino nunca se ha visto vinculado con la salud en relación a la sexualidad o al autocuidado en la misma, las condiciones socioeconómicas, estrategias educativas, acceso y calidad de los servicios de planificación familiar, entre otras (3).

El presente trabajo en los seis capítulos procedió a realizar un estudio cuantitativo, con información obtenida de la población encuestada, que parte del planteamiento del problema y la presentación de los resultados obtenidos en tablas. Posteriormente se

presenta la propuesta de un programa para la promoción de la planificación familiar con enfoque integral.

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA

1.1. Tema

Aspectos socioculturales en la elección del método anticonceptivo en población rural.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

A nivel mundial la prevalencia de anticonceptivos aumentó de un 54,8% hasta un 63,3%, en el 2010, 146 millones de mujeres en todo el mundo con edades de 15 a 49 años casadas o en pareja tuvieron una necesidad no cubierta de planificación familiar. El número absoluto de mujeres casadas que además usaron anticonceptivos o tuvieron una necesidad no cubierta de planificación familiar se proyectó desde 900 millones en 2010, hasta 962 millones en 2015, y se incrementó en la mayoría de los países en desarrollo.(4)(5)

En América Latina existen diferentes prácticas religiosas, creencias y factores culturales por la diversidad de etnias y nacionalidades en los diferentes pueblos, lo que limita varios aspectos siendo en casos lo que frena la mejoría en el sector salud, la falta de adecuación de metodologías en el idioma materno local es una de las problemáticas, generando rechazo por parte de los usuarios hacia los métodos de planificación familiar, teniendo como consecuencia la baja demanda en los diversos programas de salud reproductiva, otro de los aspectos relacionados es la deficiente promoción en métodos de planificación familiar provocando un mal uso de los métodos y renuencia hacia los mismos (6).

La OMS menciona que el Ecuador es uno de los países con menor índice de información sobre el uso de anticonceptivos, debido a que ha crecido el número de personas que han abandonado sus labores educativas, sociales por muchas razones, siendo este un alto factor de riesgo, por el no uso de métodos anticonceptivos. Por lo que la planificación familiar es considerada como una estrategia para salvar vidas, evitar embarazos, abortos pero por sobre todo contribuye en un 35% a disminuir las muertes maternas (3).

La planificación familiar dentro del trabajo que se ha venido desarrollando en el empoderamiento del género femenino es importante para la disminución de la pobreza. Pese a esto la falta de información o su difícil acceso, el apoyo familiar o preceptivas implementadas en las diferentes comunidades han generado barreras para que alrededor de 218 millones de mujeres no puedan acceder a un método anticonceptivo, forjando amenazas en cuanto a un mejor futuro para la sociedad en torno al tema. El acceso a una planificación familiar segura y voluntaria es un derecho humano fundamental para hombres y mujeres, la misma que debe incluir información y acceso a métodos anticonceptivos modernos, con la finalidad que las mujeres y las parejas ejerzan el derecho a decidir sobre la sexualidad en pareja, sobre todo en las edades extremas y en aquellas que ya han tenido varios hijos, porque son grupos de edad en las que las tasas de mortalidad materna son más altas (4).

Dentro de las funciones gubernamentales del estado es la creación de políticas sanitarias basados en necesidades propias de cada grupo social o comunidad garantizando derechos de igualdad donde hombres y mujeres gocen de los mismos beneficios.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), estableció que “...los métodos anticonceptivos más empleados por edad en el país son: en el grupo de entre 15 y 19 años, la píldora anticonceptiva (22%); en las personas de entre 20 y 29 años, los inyectables (20%); y en el grupo de 30 a 39 años, la esterilización femenina sin registrar datos en cuanto al género masculino...” (7) .

De acuerdo con los datos de INEC 2010, en la provincia de Tungurahua el 81,4% de mujeres casadas o unidas entre 15 y 49 años, utilizan algún método anticonceptivo, de las mismas que el 79.5% tienen conocimientos sobre los métodos anticonceptivos. Entre los principales métodos mayormente aceptados por la población son: implante subdérmico 38.8%, inyectables 19.4%, esterilización femenina 18.1%, siendo el Ministerio de salud pública la principal fuente de obtención de los mismos, dejando un 37.7% para organizaciones con fines de lucro como son las farmacias o clínicas privadas (3).

En cuanto al número de hijos en nuestra población ecuatoriana existe un promedio de dos a tres hijos, difiriendo de la población con nivel de escolaridad baja y población rural donde este promedio aumenta en el doble de lo descrito. Siete de cada cien mujeres sexualmente activas que no quieren tener hijos no usan métodos anticonceptivos de ahí la importancia de promover la educación sexual, conocer la población con la que trabajamos, sus aspectos socio culturales, nivel de educación, conocimientos, así como en la población adolescente donde se trata de afrontar la inequidad al acceso de métodos anticonceptivos actual(5)

En la parroquia de San Andrés perteneciente al Cantón de Píllaro de la provincia de Tungurahua según los datos obtenidos dentro del estudio realizado con las fichas familiares del 100% de mujeres en edad fértil el 49% corresponde a 255 mujeres que no hacen uso de ningún método de planificación familiar y del 100% de hombres el 91% (431 hombres) no hacía uso de ningún método de planificación, siendo el objetivo del MSP alcanzar que el 70% de la población se adhiera a la estrategia de planificación familiar.

Con base al contexto surge como interrogante ¿por qué el 49% de la población femenina y el 90% de la población masculina no hacen uso al programa de planificación familiar?, misma que mediante esta investigación se tratará de responder, puesto que la elección del método de anticoncepción es de gran importancia, por los derechos sexuales y reproductivos presentes en la normativa ecuatoriana y con relación a conocer la causa o factor que se relaciona con la negativa en su uso.

1.2.2. Análisis crítico.

La planificación familiar es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de los pueblos de ahí parte el poder controlar la natalidad de cada uno y con ello beneficiar a la economía y el medio ambiente. Actualmente su enfoque ha sido direccionado al género femenino dando una responsabilidad casi total de la natalidad al mismo, mientras que el género masculino ha ido quedado casi excluido con poca participación en la misma por diferentes factores, sin trabajar en los múltiples factores asociados al paciente (sexo, edad, paridad, religión, nivel educativo, socioeconómico) o a su vez a los derechos sexuales y reproductivos.

En nuestro país se han venido implementando programas y que lastimosamente han fracasado por diversas causas, entre ellas por mencionar algunas un enfoque profesional errado, la falta de empoderamiento en derechos de los usuarios o mala comprensión por parte de estos, en varias ocasiones el desabastecimiento de las unidades operativas, nivel de escolaridad, religión o la presión de terceros sobre la/el usuario final, entre otros.

Pese a esto al momento el Ministerio de Salud Pública se ha dotado de diferentes tipos de métodos de planificación tanto para la población femenina como masculina proporcionando el derecho a decidir, promoviendo una reproducción controlada y compartida siendo el usuario el único responsable de la elección del momento para poder decidir el número de hijos y el distanciamiento entre uno y otro nacimiento.

La poca promoción que se brinda en cuanto a una sexualidad responsable, pero sobre todo compartida, así como el empoderamiento de los derechos, hace que la planificación familiar siga siendo en su mayor parte responsabilidad netamente de las mujeres por lo que como profesionales de la salud debemos trabajar más en este enfoque, orientando a la pareja, brindando a los hombres la inclusión dentro de la asesoría en planificación familiar, así como de la elección de este.

Los diversos avances en el campo de equidad y género, los derechos humanos, la erradicación de la violencia en todas sus formas, el enfoque expandido hacia lo sociocultural de nuestros pacientes y asegurar las capacidades de las parejas de controlar su fecundidad, son los cimientos principales para que el ser humano pueda gozar de manera íntegra su salud sexual y reproductiva.

1.2.3. Prognosis

Si no se soluciona la problemática presente la población de la zona rural tendrá una influencia negativa de los factores socioculturales para la selección de los métodos anticonceptivos, en la que va a priorizar la falta de información sobre el tema generando mayor riesgo de sus consecuencias en población de riesgo.

Al desarrollar esta investigación se precisara información sobre los principales aspectos sociales y culturales en una población rural con referencia a los métodos anticonceptivos, se debe considerar que es un tema de gran relación con la prevalencia

de embarazos no deseados, gran multiparidad y muertes maternas, por lo que es muy relevante para la salud pública, por tanto los administradores de los servicios de salud, con este estudio se contará con datos actualizados y evidencia objetiva para mejorar técnicas, estrategias y objetivos dentro del accionar del equipo de salud así como replantear las posibles intervenciones dentro del primer nivel de atención. (3).

1.2.4. Formulación del problema.

¿Influyen los aspectos socioculturales en la elección del método anticonceptivo en población rural?

1.2.5. Interrogantes (subproblemas)

¿Cuáles son las características socio demográficas de la población de estudio?

¿Cuál es el rol que desempeña la pareja en el uso de un método anticonceptivo?

¿Cuál es el grado de autonomía que posee la mujer sobre el uso de los métodos anticonceptivos?

1.2.6. Delimitación del problema de investigación.

Delimitación de contenido

- Campo:

Salud pública

- Área:

Medicina Familiar y Comunitaria

- Aspecto:

Salud sexual y reproductiva

Planificación Familiar

Delimitación Espacial

La investigación se llevó a cabo en la Parroquia San Andrés, del Cantón Píllaro Provincia Tungurahua.

Delimitación Temporal

El problema se investigó en el periodo enero 2021 a diciembre 2021

1.3. Justificación

La planificación familiar según la Organización mundial de la salud (OMS) es el estado de bienestar físico, mental y social, en aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. (1)

El enfoque del modelo de atención integral de salud se basa en brindar una atención de calidad y calidez, el mismo que en su desarrollo considera los determinantes de salud, como el conjunto de procesos capaces de generar protección o a su vez daño por lo que, dentro de este contexto, la presente investigación pretende analizar las determinantes que se identifiquen en la población de estudio y relacionarlo con la atención en planificación familiar (8).

La atención debe ser personalizada, la posibilidad de elegir libremente y con responsabilidad, es importante la comprensión y saber a quién va dirigido nuestro asesoramiento y atención dentro del primer nivel, teniendo como premisa que la planificación familiar da la posibilidad de determinar el número y el espaciamiento de sus hijos/as, de procrear con libertad de decisión, cuándo y con qué frecuencia, y no sólo enfocarnos en la ausencia de enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo, a su vez también beneficios en los aspectos económicos, emocionales y físicos de las familias, lo que llevara a un mejor desarrollo poblacional.

Los derechos reproductivos son derechos humanos que se basan en la pareja e individuos en relación con la libertad de decidir de una forma consciente y responsable el número de hijos que quiere tener, obteniendo los medios y la información necesaria para conseguirlo. (2)

Como médico de familia es importante poder llegar a determinar el tipo de población con la que se va a trabajar, conocer sus características físicas, sociales, demográficas, sus necesidades, con un abordaje apegado a los derechos, al conocimiento y comprensión por parte del usuario sobre la planificación familiar, así brindar una atención integral a la paciente y su pareja, buscando además aumentar coberturas en cuanto a la adherencia al tratamiento.

Esta investigación es factible para el médico de familia, pues incorpora una atención biopsicosocial de la pareja lo que va a aportar con datos precisos y más aproximados a la realidad, la misma que por ser un tema de interés a nivel pública me va a facilitar identificar la multicausalidad de la brecha que existe en el acceso y uso a este programa como es la planificación Familiar.

Desde el punto de vista integral esta multicausalidad puede no solo desarrollar problemas biológicos, a su vez se analiza su entorno familiar, psicológico, social y cultural donde se puede incorporar estrategias integrales para poder brindar un mejor abordaje al paciente y su familia.

El estudio tiene impacto práctico porque se requiere desarrollar una evaluación de los diferentes actores socioculturales de la población, considerándose las preferencias y conocimientos de la muestra investigada, con la finalidad de establecer la realidad acerca de los métodos anticonceptivos, mostrándose las dificultades presentes en la educación para la sexualidad.

El presente trabajo surge de las necesidades de investigar acerca del problema de los factores que influyen en la selección de los métodos de anticoncepción, la aumentada prevalencia de embarazos no deseados, así como la inadecuada adherencia de los pacientes a un método de planificación.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar los principales aspectos socioculturales que influyen en la elección del método anticonceptivo en una población rural.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar socio demográficamente la población de estudio
2. Identificar el rol de hombres y mujeres en la anticoncepción.
3. Conocer la percepción de los diferentes actores sobre el uso, acceso y toma de decisiones sobre los métodos de anticoncepción.
4. Diseñar un programa en promoción sobre planificación familiar con un enfoque integral dirigido a la pareja.

CAPÍTULO 2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes Investigativos

Kim Jonas ,y col (2020) realizó un estudio denominado “...*Factors affecting men's support for the use of the contraceptive implant by their female intimate partners...*”, donde realizo una encuesta a hombres para establecer el conocimiento, las actitudes y el apoyo de los hombres a sus parejas, señalando que el 76.6% considera que la pareja debería ser responsable de la planificación familiar, pero en relación al uso de anticonceptivos de forma general el 80% estaba de acuerdo marcando una diferencia con el uso del implante donde apenas el 33.9% aseguraron apoyar su uso mientras que el 35.6% mostraron dudas y el 30.5% denegaron su apoyo por completo. Siendo el principal factor de la negativa la falta de conocimientos en torno a este tipo de método anticonceptivo. (9) Este estudio aporta a la presente investigación reactivos empleados en el instrumento, preguntas relacionadas con el apoyo del varón en la planificación familiar.

Un estudio de Skogsdal Y, Fadl H, Cao Y, Karlsson J, Tydén T.(2019) Titulado ...“An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health-a randomized controlled trial”..., evaluó el efecto de la consejería del plan de vida reproductiva, participaron mujeres entre los 20 a 40 años de edad, en 2 grupos aleatorizados (grupo de intervención (GI) y el grupo control) con un total de participantes ($n = 1946$) respondiendo a un cuestionario antes y dos meses después. Todas las mujeres recibieron consejería anticonceptiva estándar, y el GI también recibió consejería del plan de vida reproductiva, es decir, preguntas sobre intenciones reproductivas, información sobre fertilidad y salud previa a la concepción, Obteniendo entre los resultados principales que las mujeres del GI aumentaron sus conocimientos sobre fertilidad: edad y fertilidad, posibilidades de quedar embarazadas, fecundidad de un óvulo y posibilidades de tener un hijo planificado. También aumentaron su conciencia sobre los factores que afectan la salud antes de la concepción, como dejar de fumar, abstenerse del alcohol, tener un peso normal y comenzar con ácido fólico antes del embarazo. Concluyendo que un buen plan en consejería del plan de vida reproductiva se puede recomendar como una herramienta en la consejería anticonceptiva. (10) Aportando a este estudio bases científicas sobre la estrategia en la que se fundamenta la propuesta planteada.

Otro de los estudios realizados como el de Wondim g y col (2020), denominado “...*Male Involvement in Family Planning Utilization and Associated Factors in Womberma District, Northern Ethiopia: Community-Based Cross-Sectional Study...*” en el 2020 se evaluó la magnitud de la participación masculina en el uso de la planificación familiar y los factores que se asocian en una comunidad rural, se seleccionó a los participantes de forma aleatoria y se les aplicó una entrevista para determinar como principal variable del estudio la participación de los hombres en la planificación familiar, los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, la actitud masculina en relación con la planificación familia, y factores asociados en el uso de la planificación familiar. dentro de los principales resultados de esta investigación se determinó que apenas el 12.5% de la población estudiada utilizaban métodos de planificación, sin embargo, basados en la educación y la aprobación del cónyuge la población aumento la participación masculina en más de la mitad, siendo los principales factores relacionados el nivel educativo del esposo y la pareja, el enfoque masculino sobre la planificación la concientización masculina y la conversación con la esposa. (11) Lo que apporto a este trabajo fue la estrategia motivadora utilizada, donde se le dio participación protagónica a la pareja en temas de la cotidianidad social.

2.2. Fundamentación Filosófica

Esta investigación se forjo en el paradigma crítico propositivo; en cuanto al análisis de las características, actitudes y acciones frente a la planificación familiar por parte del género masculino y la formulación de soluciones integrales hacia la pareja ante posibles hallazgos relacionados con embarazos no deseados, muertes maternas entre otras.

2.3. Fundamentación legal

La Constitución de la República de 2008 artículo 6 establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública Asegurar acciones y servicios de salud sexual y salud reproductiva, garantizar la salud integral y la vida de las mujeres en especial durante el embarazo, parto y posparto (12).

La Constitución de la República del Ecuador evidencia que la salud sexual y la salud reproductiva es un derecho humano, en línea con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo 1994, que fue el primer

instrumento internacional que incluyó explícitamente la “Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS y SR)” como uno de los derechos que deberán ser garantizados por los Estados (3,12).

En el artículo 32.- 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...” (12).

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.

En el artículo 66. Derechos de libertad, Numeral 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...” (12).

La Ley Orgánica de Salud en su Capítulo 2. Numeral 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...” (13).

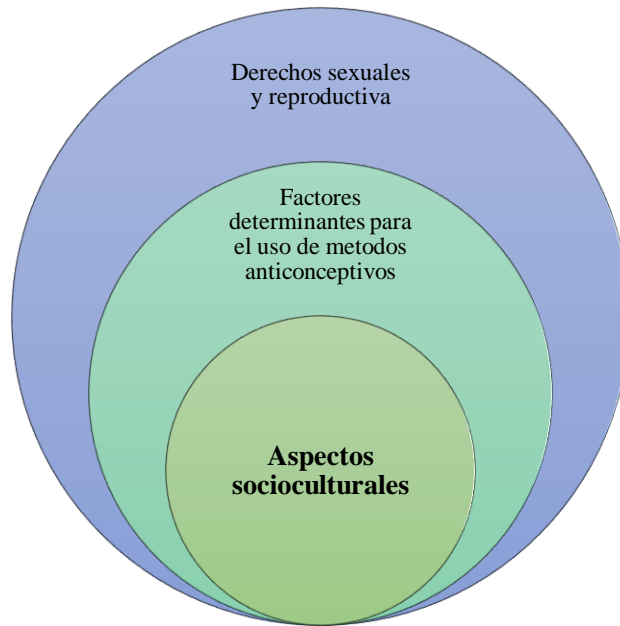
La ley Orgánica de Salud en su capítulo 3. De la salud sexual y la salud reproductiva. En el artículo 21.- “...El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden

educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución...”(13).

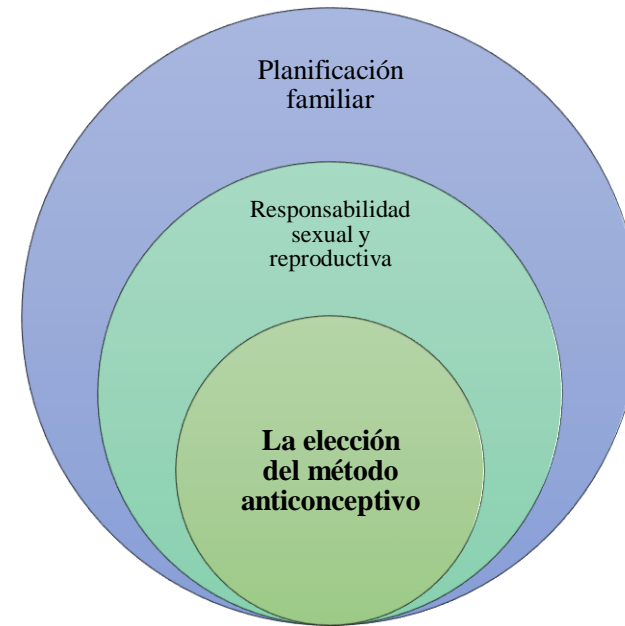
En el artículo 23.- “...Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria para ello...” (13).

En el artículo 30.- “...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...” (13).

2.4. Categorías Fundamentales



VARIABLE INDEPENDIENTE



VARIABLE DEPENDIENTE

Figura 1. Categorías fundamentales

Elaborado por: María José López

2.4.1. Fundamentación Teórica

Derechos sexuales y reproductivos

Toda persona tiene derecho a decidir sobre el número y el momento de su nacimiento sin discriminación, violencia y opresión, a tener la información y las instalaciones necesarias para ello, a tener libre acceso a los servicios de salud.(14) Los métodos de planificación familiar deficientes o incorrectos, las actitudes y comportamientos incorrectos hacia los métodos y los consiguientes embarazos no planificados, el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil son los principales problemas de salud en la mayoría de los países.

La mayoría de las personas y los gobiernos reconocen la planificación familiar como un derecho humano básico, generando la necesidad en los diferentes niveles de atención. Sin embargo, a principios de la década de 1990, los programas de planificación familiar enfrentaron el desafío de encontrar mejores formas de brindar servicios a millones de personas que utilizarían la planificación familiar. Los cambios de comportamiento exigidos a la población objetivo dependen de una buena comprensión de los conocimientos, las actitudes y las prácticas del individuo hacia la planificación familiar y el espaciamiento de los hijos en la comunidad dada (15).

Equidad de Género y Salud Reproductiva

La subordinación y falta de autonomía en la toma de decisiones se constituye en barreras para el conocimiento y adopción de métodos anticonceptivos. Frecuentemente las unidades de salud no consideran ciertas necesidades en relación al género fortificando ciertos estereotipos femeninos declinando a un segundo plano el cuidado de la propia salud, en favor del cuidado de los otros, mientras que por otro lado no consideran por ejemplo que los horarios de atención se convierten en una barrera de acceso para los hombres a los servicios de salud preventiva, diagnóstico temprano y atención oportuna (3).

El Ministerio de Salud dentro de la normativa de planificación familiar identifica 3 momentos:

- El primer momento identifica a las y los usuarias/os que buscan un embarazo y que planifican su familia.

- El segundo momento se establece para las personas que no desean por el momento un embarazo por lo que se fundamenta en el asesoramiento y prescripción de métodos anticonceptivos.
- El tercer momento se dirige a quien busca un embarazo, pero presenta dificultades en la concepción por lo que se brinda asesoría y el manejo de la infertilidad (16).

Planificación familiar

La Planificación Familiar es considerada una estrategia orientada a salvar vidas de mujeres y niños mejorando la calidad de vida, lo que permite a las personas ejercer su derecho a elegir, contando con información científica de calidad y puedan basar su decisión a lo que mejor se adhiera a sus necesidades.

Las decisiones que tomamos a más de relacionarse con nuestros derechos sexuales y reproductivos están íntimamente relacionadas con nuestros principios, valores y proyectos que buscamos cristalizar en nuestra vida. Los principios actúan como estructuras que nos sostienen, podríamos decir que los valores son la bandera que nos enaltece y nuestro proyecto de vida es una guía que nos orienta y ordena en nuestra vida diaria. (3)

Cuando se habla de planificación familiar, necesariamente se relaciona de forma integral principios, valores y proyectos de vida tanto del hombre como de la mujer, quienes pese a sus diferencias biológicas tienen su propia identidad y a la vez son iguales porque tienen los mismos derechos y merecen las mismas oportunidades.

El acceso universal a los servicios y derechos de salud sexual y reproductiva para 2030, es uno de los planteamientos prioritarios de la Agenda mundial para el Desarrollo Sostenible, donde se estableció el garantizar y promover el bienestar en salud sin importar grupo etario, así como promover la igualdad de género fortaleciendo el empoderamiento de los derechos principalmente en niñas y mujeres. Entre los indicadores para seguir el progreso hacia el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 se encuentran la proporción de mujeres que tienen cubierto sus necesidades de planificación familiar con el uso de métodos modernos. En las adolescentes entre 15 y 19 años de países en vías de desarrollo las principales causas de muerte se relaciona

con el embarazo y el parto(17). En este contexto, la planificación familiar también es fundamental para reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el embarazo, mejorar los resultados de salud de las madres jóvenes y sus hijos y reducir los costos sociales y económicos relacionados con un embarazo precoz.

La planificación familiar se define como tener la libertad y responsabilidad de todas las parejas e individuos para decidir el número de hijos que desean y tener los conocimientos, la educación y las herramientas para este propósito. En otras palabras, la planificación familiar es un servicio preventivo que permite a las parejas casadas lograr el número deseado de hijos y decidir el espaciamiento de los embarazos de acuerdo con sus oportunidades económicas y deseos personales, y asegurar que los partos sean en intervalos adecuados para la madre y el niño. Salud (15).

El control de la población se da con la planificación familiar, que tiene como objetivo comunicar a la sociedad la conveniencia de limitar el tamaño de la familia por razones económicas, sociales y de salud materna. La planificación familiar puede definirse como una forma de vida que se adopta voluntariamente sobre la base de conocimiento, actitud y toma de decisiones responsable por parte de individuos o parejas con el fin de precisar el número, el momento y el espaciamiento de los hijos que desean, a fin de promover la salud y el bienestar del grupo familiar y contribuir al avance de la sociedad (18).

El objetivo de la planificación familiar es prevenir los riesgos de salud relacionados con el embarazo en las mujeres y reducir la necesidad de abortos inseguros y la mortalidad infantil. La salud materna, el riesgo de embarazo e incluso la muerte materna aumentan significativamente cuando los partos se realizan a intervalos de menos de 2 años. Además, los bebés que nacen a intervalos frecuentes no están completamente desarrollados (bebés con bajo peso al nacer), la tasa de discapacidad aumenta, dificultando su atención aumentando la tasa de muerte intra útero (19).

Tabla 1. Los propósitos de la planificación familiar.

| Los propósitos de la planificación familiar. |
|--|
| 1. Instruir a los usuarios y familias sobre la salud reproductiva. |
| 2. Elevar el nivel de salud materno-infantil mediante la enseñanza de formas modernas y médicas de proteger a los padres del embarazo. |

| |
|--|
| 3. Prevenir las muertes maternas y proteger su salud |
| 4. Para garantizar que los bebés nazcan y vivan bien. |
| 5. Para prevenir embarazos no deseados y de alto riesgo |
| 6. Brindar asistencia médica a quienes desean tener hijos y educar a las personas sobre los métodos de planificación familiar. |

Fuente: Sensoy y col (19).

La planificación familiar puede resultar en niveles más altos de educación, mejores oportunidades de empleo, estatus socioeconómico más alto y empoderamiento. Otro objetivo de los servicios de planificación familiar es prevenir los embarazos no deseados y la mortalidad materna e infantil relacionada, brindar ayuda y asesoramiento a todas las familias cuando lo deseen y tener tantos hijos como deseen. Las prestaciones en planificación familiar optimizan las habilidades de la pareja en la toma de decisiones y reconocen la libertad de tomar decisiones libres sobre tener un hijo. Los servicios de planificación familiar tienen un papel importante dentro del ámbito de la “Atención Primaria de Salud”, que debe ser presentado al público. En estudios sobre planificación familiar en el mundo, la diferenciación de actitudes, comportamientos y el uso de métodos anticonceptivos conducen en gran medida a cambios en la fertilidad afectando la elección y el control de la natalidad. En el mundo, 222 millones de mujeres reportan necesidades insatisfechas de planificación familiar. Esta necesidad insatisfecha prevalece en poblaciones particulares, especialmente las que son sexualmente activas, las que tienen un nivel socioeconómico bajo, las que viven en comunidades rurales y las que enfrentan conflictos y desastres (19).

Por ejemplo, aunque se ha logrado un progreso importante en la mejora de la cobertura de los servicios de planificación familiar en todo el mundo (20), todavía existe una gran brecha en relación con la satisfacción efectiva de las necesidades anticonceptivas y los objetivos de planificación familiar de los adolescentes (21–23). Aproximadamente 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz anualmente, y para muchas de ellas se trata de un embarazo no planificado lo que determina en algunas ocasiones un aborto inseguro. Millones de niñas sexualmente activas en todo el mundo (tanto en unión como no) quieren posponer la maternidad hasta terminar la escuela, tener un empleo o simplemente espaciar los embarazos. Pero carecen del

conocimiento, la agencia o los recursos para tomar decisiones sobre la planificación y el momento del embarazo (24).

Atención en infertilidad

Se considera a una pareja infértil cuando después de 12 meses de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva no ha conseguido tener un embarazo. Regularmente las parejas logran un embarazo antes del año de relaciones sexuales por lo que se considera también a las pérdidas gestacionales como una forma de infertilidad (16).

Este tipo de atención es ofertada con el objetivo de identificar riesgos existentes o potenciales que pueden ser corregidos o modificados y que sean las causas de subfertilidad o infertilidad.

Asesoría general en planificación Familiar

El asesoramiento es una acción de los profesionales de salud que busca brindar una atención integral llegando con información de evidencia científica en cuanto a la planificación familiar sin que interfiera en sus condiciones personales o juicios éticos. Este permite reconocer a las personas como un ser de derechos al que se debe respetar independientemente de su situación sea esta vital, social, cultural, étnico, religiosa o sexual. Buscando promover el respeto y la autonomía de la persona empoderando en la toma de decisiones basado en los derechos y la información proporcionada, ejerciendo durante la práctica los códigos de bioética (16)

El profesional de salud debe abordar la asesoría de planificación familiar estableciendo 4 acciones básicas, mantener una atención individualizada generando confianza para con su paciente, con total confidencialidad, autonomía y libertad, esto implica una acción proactiva para poner a disposición del usuario la mejor información disponible, con un lenguaje adecuado a su comprensión y su situación, de una manera asertiva.

La información debe ser personalizada de acuerdo con las características individuales de cada usuario según su edad, paridad, deseo de embarazo, condiciones sociales económicas, culturales, religiosas, emocionales, con el objetivo de garantizar la aceptación y continuidad del método escogido.

Métodos anticonceptivos

La anticoncepción se denomina la técnica de control de la natalidad, y se la define generalmente como la prevención intencional de la concepción o la impregnación durante la actividad sexual, a través de medios creados por el hombre, como el uso de varios dispositivos, agentes, drogas, prácticas sexuales o procedimientos quirúrgicos.

El objetivo principal de estos métodos es evitar que los espermatozoides lleguen al óvulo mediante el uso de condones, diafragmas, etc., inhibiendo la ovulación, previniendo la implantación, entre otros. Las mujeres menores de 18 años tienen más probabilidades de morir en el parto porque sus cuerpos no están completamente desarrollados, no están física o emocionalmente (aunque financieramente) preparadas para llevar y cuidar a un niño, y sus bebés tienden a tener bajo peso al nacer y enfrentan una variedad de enfermedades que causan una mayor probabilidad de morir antes de cumplir los dos años (25). Muchos científicos encontraron que la mayoría de estas complicaciones, especialmente las complicaciones del embarazo y las muertes, podrían prevenirse con una planificación familiar adecuada porque tiene grandes ventajas para la madre, los hijos, el padre y la familia(26).

Más de medio millón de mujeres, casi todas en el mundo en desarrollo, mueren cada año durante el embarazo o el parto. Esto equivale a una por minuto. Otro millón sufre lesiones graves, a veces permanentes, relacionadas con el embarazo. Gran parte de este sufrimiento y muerte podrían prevenirse mediante una planificación familiar eficaz generada por la anticoncepción moderna. El uso de anticonceptivos resguarda a las mujeres de riesgos en relación con la mortalidad materna como lo son embarazos no deseados a más que les permite mantener el control de sus vidas.

El aumento del uso de anticonceptivos en algunos países en desarrollo ha reducido el número anual de muertes maternas en un 40% en los últimos 20 años y ha reducido la tasa de mortalidad materna (el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) en un 26% en los últimos años. Si se satisface la necesidad de partos no controlados, se estima que la mortalidad materna que todavía se produce en estos países puede evitarse en más del 30%. La iniciativa "Planificación familiar 2020" se inició en la Cumbre de planificación familiar de Londres en julio de 2012. El objetivo

principal de esta iniciativa es proporcionar información, servicios y suministros anticonceptivos a 120 millones de mujeres y niñas hasta 2020 (19).

Actualmente en varios países y regiones del mundo el uso de métodos anticonceptivos ha ido en aumento, pese a esto de forma global este continúa siendo bajo representando el 54% en 1990 en relación con la que se reporta en el 2015 que fue de 57,4%. En diferentes partes del mundo, la proporción de mujeres de 15 a 49 años usando algún método anticonceptivo aumentaron levemente o se estabilizaron de 2008 a 2015, como en África y Asia que su proporción aumentó de 23,6 a 28,5% y de 60,9 a 61,8%, respectivamente, lo propio en América Latina y el Caribe donde la proporción se mantuvo en 66,7% (27).

Clasificación de los métodos anticonceptivos

Dentro del desarrollo humano de cada persona, la sexualidad y la elección de un método anticonceptivo, se debe considerar varios factores fundamentales los que deben ser seguros, eficaces, de fácil acceso, por lo que una decisión voluntaria y basada en conocimientos fundamentados es importante, el asesoramiento en anticoncepción individualizado debe contribuir al uso exitoso de cualquier método anticonceptivo. En el momento de optar por un método anticonceptivo se debe considerar a más de prevenir un embarazo no deseado la protección que brindan en el riesgo de contraer algún tipo de enfermedad de transmisión sexual, pese a que no todos los métodos anticonceptivos brindan los dos beneficios como los hormonales o los DIU, el uso adecuado con un correcto asesoramiento de los métodos de barrera, disminuye el riesgo de infección por VIH, clamidia u otros. (28).

Métodos naturales

También denominada abstinencia periódica o conductas naturales son aquellas que se basan en la parte fisiológica de la mujer relacionándolo de forma directa con el ciclo menstrual, con el objetivo de evitar la unión del óvulo y el espermatozoide, sin el uso de fármacos, procedimientos mecánicos ni quirúrgicos. Dentro de este tipo de métodos es importante poder identificar el período fértil de la mujer y para lo cual existen 2 métodos:

- Uso del calendario, estableciendo los días fértiles en base al ciclo menstrual.

- Uso de los signos y síntomas del periodo fértil femenino, como son: moco cervical y temperatura corporal basal (16)

Es importante determinar la motivación que tenga la pareja ya que su uso se relaciona con periodos largos de abstinencia. Este tipo de métodos tiene las siguientes ventajas: Carecen de efectos secundarios, bajo coste económico, duración ilimitada, autonomía de terceros, pero también presentan desventajas como el no proteger de enfermedades de transmisión sexual, periodos largos de abstinencia sexual, y su baja eficacia.

Método de amenorrea de la lactancia

Para las mujeres que han tenido un bebé recientemente y están amamantando, el Método de Amenorrea de Lactancia (MELA) se puede usar como método anticonceptivo cuando se cumplen tres condiciones:

1. Lactancia materna a libre demanda, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna.
2. Amenorrea.
3. Recién nacido menor de 6 meses (16).

MELA es un método anticonceptivo temporal, y se debe usar otro método anticonceptivo cuando no se cumple alguna de las tres condiciones.

El aumento de los niveles de prolactina durante la lactancia provoca una anovulación y por ende amenorrea, la misma que desde hace varios años atrás ha sido útil para limitar el crecimiento de la población (1).

Métodos anticonceptivos reversibles

Anticoncepción intrauterina

DIU: Se denomina así al dispositivo intrauterino en forma de T, el mismo que es de polietileno, impregnado con sulfato de bario para ser radiopacos, aquellos con actividad química tienen una liberación continua de cobre o algún progestágeno, se los describen con armazón, esto es, formados como una estructura rígida, contienen brazaletes de cobre que se ensartan sobre un cilindro, se lo inserta por vía vaginal a

través del cérvix y se lo debe colocar a nivel del fondo del útero. Posee 2 hilos guía también de polietileno que quedan a nivel de vagina para su control y su extracción, su uso puede ser por 10 años libera una pequeña cantidad de progestina todos los días para evitar que quede embarazada. (16).

El DIU de levonogestrel permanece en su útero hasta por 3 a 6 años, dependiendo del dispositivo con un estimado de falla del 0.1-0.4%. (29)

Métodos hormonales

Su forma de acción se basa en las hormonas del sistema reproductivo teniendo como objeto imposibilitar el embarazo, interfiriendo en los mecanismos de la ovulación, su transporte, crecimiento y transformación endometrial y las modificaciones del moco cervical (30). Actualmente están disponibles en presentaciones oral, inyectable, transdérmica (parches), subdérmica, existen métodos que constituyen una combinación de estrógenos y progestágenos o algunos son solo de progestágenos.

Implante: el implante es una varilla única y delgada que se inserta debajo de la piel de la parte superior del brazo de la mujer. La varilla contiene una progestina que se libera en el cuerpo durante 3 años. Tasa de fallos de uso típico: 0,1% (29) .

Tienen un sistema de liberación continua de progestina sintética, sin causar alteración del metabolismo de los lípidos, carbohidratos, tiroides ni glándula suprarrenal. Actualmente en el país contamos con un implante que contiene 68 mg de etonogestrel, mide 4 cm de largo por 2 cm de diámetro corresponde a 1 palillo, su efecto dura 3 años, otro implante que contienen 75mg de levonogestrel tiene las mismas dimensiones, pero son dos palillos, se colocan a nivel de la subdermis, su efecto dura 5 años, los dos alcanzan niveles anticonceptivos luego de 8 horas con un efecto rápidamente reversible. Dado que está libre de estrógenos se puede usar en mujeres que tienen contraindicado el uso de estos y en el post parto inmediato (lactancia) (31).

Anticonceptivos de estrógenos y progestágenos: Los anticonceptivos combinados corresponden a los métodos de anticoncepción hormonal más utilizados y se cuenta con una variedad inmensa de ellos en el comercio. Su efecto más importante es prevenir la ovulación al suprimir los factores hipotalámicos liberadores de

gonadotropinas, impidiendo a su vez la secreción hipofisaria de la hormona estimulante del folículo (FSH) y la hormona luteinizante (LH).

Los progestágenos evitan la ovulación al suprimir la LH y también aumentan la densidad del moco cervical, lo cual dificulta el paso de los espermatozoides. Así mismo, aquéllos hacen que el endometrio sea poco favorable para la implantación. Los estrógenos previenen la ovulación al eliminar la liberación de FSH; asimismo estabilizan el endometrio, lo cual previene las hemorragias intermenstruales. Entre los métodos que se incluyen en este grupo encontramos anticonceptivos orales, anticonceptivos inyectables y por último los anticonceptivos transdérmicos (30).

Inyección: La usuaria puede iniciar la aplicación del anticonceptivo inyectable combinado idealmente el primer día de la menstruación, si no se lo pudo hacer durante el primer día se debe considerar la posibilidad de aplicárselo en los 7 primeros días de la menstruación, es de aplicación mensual y se recomienda que se respete la fecha de inicio para cada mes o a su vez +/- 3 días (16). (29).

Anticonceptivos orales

- Monofásico: 21 píldoras que contienen estrógeno/gestágeno (E/G) en cantidades iguales. (29)
- Bifásico: 21 píldoras donde se combina de 2 maneras distintas de E/G.
- Trifásico: las 21 píldoras activas contienen 3 combinaciones distintas de E/G. (16).

Modo de empleo:

Se inicia la toma de una tableta el primer día del período menstrual, de preferencia se recomienda que sea a la misma hora, el tratamiento por cada ciclo puede ser de 21 o 28 tabletas, una vez finalizado la caja de 21 días, se debe descansar 7 días y posterior a la misma iniciar un nuevo blíster; en cuanto a los tratamientos de 28 días no debe darse este descanso por el contrario debe reiniciar de forma inmediata una nueva caja, sin días de descanso. Cada tableta debe ser tomada 1 vez al día y de preferencia a la misma hora considerando que entre los dos comprimidos transcurra 24 horas, el primer comprimido se recomienda que se inicie el primer día de la menstruación si tuviese ciclos menstruales por 28 o 35 días dependiendo del paquete que esté tomando,

terminado el primer paquete de tabletas al día siguiente debe empezar uno nuevo bajo las mismas indicaciones

Anticonceptivos con progestágeno: Este tipo de método anticonceptivo contienen en su composición solo progestágeno y los podemos encontrar entre sus presentaciones en píldoras, inyectables y los implantes subdérmicos.

Píldora de progestina sola a diferencia de la píldora combinada, tiene una hormona la progestina, se recomienda su uso a la misma hora todos los días. Puede ser una buena opción para las mujeres que no pueden tomar estrógenos. Tasa de fallas de uso típico: 7%.

Progestágenos Inyectables: Dentro del mercado en la actualidad se conocen 2 tipos de métodos inyectables, el acetato de medroxiprogesterona que es 150 mg cada tres meses, y el enantato de noretisterona que su concentración es 200 mg y se aplica cada dos meses, estos anticonceptivos se han utilizado con eficacia en todo el mundo durante años (16).

“...Sus mecanismos de acción son múltiples e incluyen inhibición de la ovulación, aumento de la viscosidad del moco cervicouterino y creación de un endometrio desfavorable para la implantación del ovocito...”(30) Se recomienda que la inyección inicial se aplique en los primeros cinco días de la menstruación. Las concentraciones séricas terapéuticas son consideradas suficientes para ejercer un efecto anticonceptivo constante desde las primeras 24 h por lo que no se requiere método anticonceptivo de respaldo si se inicia en los cinco primeros días de la menstruación (32).

Entre los beneficios descritos hacia el uso de progestágenos inyectados ofrecen un esquema de dosificación trimestral y no afectan la lactancia, como desventaja se menciona que puede existir la hemorragia menstrual irregular y la anovulación prolongada una vez que sean suspendidos (30).

Métodos de barrera

Son los primeros procedimientos empleados para evitar un embarazo, tiene como finalidad impedir que los espermatozoides lleguen al orificio cervical, actuando como un obstáculo mecánico o mecánico-químico que a más de cumplir el objetivo de evitar embarazos sirven como protección frente al cáncer de cérvix y las enfermedades de

transmisión sexual, siempre y cuando se haya tomado en cuenta el uso adecuado del método (32).

Condón masculino: Su función se basa principalmente en evitar que los espermatozoides entren en el cuerpo de la mujer, siendo el tipo más común el de látex, lo que previene del embarazo, así como de enfermedades de transmisión sexual y VIH. Los condones “naturales” o de “piel de cordero” también ayudan a prevenir el embarazo, pero es posible que no brinden protección contra las ETS, incluido el VIH. Tasa de falla de uso típico: 13%.

Son de fácil manejo y control por el usuario siendo una ventaja del método, es importante mencionar que se debe usar un preservativo por cada acto sexual, y debe ser colocado antes de que el pene tenga contacto con la vagina, al igual que retirarlo cuando el pene se encuentre en erección.

Entre las indicaciones que se recomiendan para el uso de este método son relaciones sexuales esporádicas o poco frecuentes al mes, dudas de la monogamia de la pareja, más de una pareja sexual, que el usuario/a o su pareja tenga VIH y SIDA, Hepatitis B y C, que sirva de apoyo a otros métodos anticonceptivos (16).

Condón femenino: Se lo define como una cubierta de poliuretano que se inserta en la vagina de la mujer, viene prelubricada con un líquido a base de silicona, consta de 2 anillos, uno que es interno y se ubica en el extremo cerrado, sirve para la inserción y el segundo que es un anillo externo es más amplio que queda fuera de la vagina y recubre los genitales externos femeninos (16).

Evita el ingreso de los espermatozoides y se puede colocar 8 horas antes del coito, la tasa de fallas de uso es del 21% y también puede ayudar a prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Anticoncepción de emergencia

Son anticonceptivos que evitan un embarazo no deseado, la mujer se puede tomar hasta 5 días después del acto sexual de riesgo, es de uso exclusivo como método de emergencia y no como una forma regular de anticoncepción. Su composición es 0.75mg de levonorgestrel 2 capsulas las mismas que se toman 1 cada 12 horas o a su vez existen presentaciones de 1,5mg se levonorgestrel dosis única. (16).

Métodos anticonceptivos permanentes

Los métodos quirúrgicos son procedimientos que se los hace en un 2do nivel de atención y están a cargo de especialistas, son uno de los métodos anticonceptivos más efectivos, pese a que en la actualidad se han descrito técnicas para re permeabilizar las trompas o el ducto deferente aún se los conoce como métodos irreversibles, en dependencia a quien va dirigido el procedimiento, entre los que se mencionan:

Esterilización femenina: Es uno de los métodos descritos como los más efectivos con una tasa de fallo del 0.5%, se la denomina como ligadura de trompas, su objetivo es el evitar que los espermatozoides paseen anulando el encuentro con los óvulos con el fin de impedir la fertilización. (29) .

Esterilización masculina-vasectomía: Corresponde al 10% del total de las esterilizaciones quirúrgicas, consiste en la ligadura de los conductos deferentes, es considerada una cirugía menor porque su técnica es sencilla y se la puede realizar con anestesia local y de forma ambulatoria, se reporta una tasa de fallo del 0.15% lo que le da un alto grado de seguridad. (29) No afecta la erección, eyaculación o volumen del semen, entre las complicaciones quirúrgicas que se menciona esta la necrosis testicular que se puede dar al ligar por error los vasos sanguíneos que irrigan la gónada (31).

Se recomienda realizar un espermiograma a las 8-16 semanas postquirúrgicas para confirmar su eficacia, considerándose estéril un paciente con azoospermia u oligospermia (menor de 100.000 espermatozoides), por lo que durante el periodo previo al tiempo especificado se recomienda el uso complementario de otro método anticonceptivo. El cuerpo a partir de los 3 meses después del evento quirúrgico empieza a producir anticuerpos contra los espermatozoides por lo que su reversión es muy compleja (32).

Tabla 2. Anticoncepción

| Tipo de anticonceptivo | Descripción | Usar | Tasa de fracaso por cada 100 mujeres en un año |
|---|---|--|---|
| Abstinencia | Abstenerse de tener relaciones sexuales, sexo anal y sexo oral | Aplicable universalmente. Previene enfermedades de transmisión sexual. | 0 |
| Anticonceptivos orales combinados | Píldora recetada que contiene estrógeno y progestina que suprime la ovulación | Es de uso diario no tiene relación con la frecuencia de las relaciones sexuales. | 1-2 |
| Condón, femenino | Vaina lubricada que se inserta en la vagina. De forma similar al condón masculino, con un anillo flexible | Su uso es 1 vez por acto sexual y se coloca antes del mismo. | 21 |
| Condón, masculino | Vaina de látex o poliuretano colocada sobre el pene erecto, ampliamente disponible en farmacias | Es uno de los métodos más eficaces en evitar la transmisión de enfermedades venéreas, al igual que el condón femenino es de uso único previo a la relación sexual. | 11 |
| Inyección de Progesterona | Inyección que inhibe la ovulación, obtenida con receta | Inyecciones realizadas en el consultorio de un médico, una vez cada tres meses. | Menos que 1 |
| DIU (dispositivo intrauterino) | Dispositivo en forma de T que se inserta en el útero durante una visita al médico | Puede permanecer en su lugar hasta uno o 10 años, según el tipo | Menos que 1 |
| Píldora del día después (anticonceptivo de emergencia) | Píldoras similares a las píldoras anticonceptivas regulares, obtenidas con receta | Se recomienda que la paciente la toma en las primeras 72 horas de la relación sexual de riesgo | 80% de reducción del riesgo de embarazo |

- DIU: el dispositivo es un objeto extraño que permanece dentro del útero y el útero intenta sacarlo. Una mujer puede tener períodos menstruales más abundantes y cólicos menstruales con un DIU colocado.
- Ligadura de trompas: algunas mujeres informan un aumento de las molestias menstruales después de esta cirugía.
- Métodos de barrera: una mujer debe insertar el diafragma de la manera correcta para asegurarse de que funcione correctamente. Algunas mujeres contraen más infecciones del tracto urinario si usan un diafragma porque el diafragma puede presionar contra la uretra, el tubo que conecta la vejiga con el exterior.

Fuente: Advameg (33).

Factores para la utilización de métodos anticonceptivos

Las mujeres que buscan prevenir el embarazo enfrentan una serie de barreras físicas y psicológicas para obtener servicios de planificación familiar. Estas barreras pueden involucrar problemas de acceso, como barreras estructurales, institucionales y financieras (incluida la incapacidad de pago, la falta de transporte y el horario inaccesible). También pueden incluir barreras socioculturales y de actitud (como la falta de conocimiento sobre los métodos de planificación familiar y su disponibilidad, riesgo percibido de embarazo, actitudes hacia la anticoncepción, comunicación sobre la intimidad con parejas y pares, y la influencia de creencias y valores culturales e influencias sociales tanto del socio como de la comunidad) (34)

Las jóvenes casadas de países de ingresos bajos y medianos tienen una gran necesidad insatisfecha de anticonceptivos. Las mujeres jóvenes también suelen utilizar métodos a corto plazo que se relacionan con un mayor fracaso y abandono (35).

La anticoncepción entre las mujeres jóvenes que enfrentan presiones para tener hijos está influenciada por múltiples factores (36,37). Las características demográficas y económicas, incluida la edad, el nivel educativo y el nivel de riqueza, se asociaron con la utilización de anticonceptivos por parte de las mujeres casadas. También se demostró que factores individuales como el conocimiento de los métodos anticonceptivos y la autoeficacia están asociados con la utilización de anticonceptivos por parte de las mujeres (38). Los estudios también han informado de la influencia de factores socioambientales como la comunicación conyugal, la autonomía de la mujer en la toma de decisiones en el hogar y la inaccesibilidad de los servicios anticonceptivos (39).

En países en desarrollo se estima que alrededor de 225 millones de mujeres quieren postergar o evitar el embarazo. Sin embargo, estas mujeres no optan por utilizar un método anticonceptivo eficaz. Hay razones que pueden explicar este fenómeno: bajo nivel educativo (40); falta de variedad en los métodos anticonceptivos; acceso limitado a métodos anticonceptivos, especialmente para las adolescentes menores de 15 años, para las mujeres de nivel socioeconómico bajo y para las mujeres solteras; miedo a los efectos adversos; creencias religiosas o culturales con respecto a la anticoncepción; barreras de género; y servicios médicos de mala calidad (41).

Los factores asociados con el bajo uso de anticonceptivos después del embarazo no se conocen bien, y pocos estudios examinan el inicio del uso de anticonceptivos posparto. Además, se considera que los jóvenes mayores de 20 años tenían un buen nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos; sin embargo, no se les preguntó sobre el método específico utilizado o sus principales fuentes de información (42).

Determinantes sociales asociados al uso de los servicios sanitarios.

Se pueden clasificar en dos grupos:

- Características de la población: Las mismas que engloba la parte demográfica como la edad, sexo, su autoidentificación entre los diversos pueblos o culturas, en cuanto a la parte socioeconómica se relaciona con el nivel educativo, económico, la ocupación o empleo y por último las creencias, valores o relaciones sociales, etc.
- Características del sistema sanitario: Son las políticas de salud la organización del sistema y la accesibilidad a los servicios

Edad: Hace referencia al tiempo transcurrido desde el nacimiento, se divide en diferentes etapas, con un nivel de comportamiento diferente en cada época hacia las responsabilidades que se presenten

Procedencia: Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva, proviene del latín procedens, se define así a la nacionalidad o lugar de nacimiento de una persona.

Instrucción: Se define como el nivel más alto de estudios alcanzados por una persona. En la salud el nivel educativo constituye un buen indicador para medir la desigualdad social, importante al momento de analizar la percepción de cada individuo con respecto a la salud y enfermedad.

Estado civil: Se relaciona con la situación de un individuo y su familia, procedentes de la unión matrimonial o parentesco, donde se estipulan derechos y deberes.

Religión: Etimológicamente, proviene del prefijo re (repetición), y del vocablo ligare (amarrar), y son un grupo de creencias y prácticas de tipo existencial, moral y espiritual. Se relaciona con la elección del método anticonceptivo debido a que es una

expresión de la conciencia que va en relación con los valores propios de cada persona lo que actúa como un regulador de la conducta humana.

Ocupación: Son las acciones en las que la persona de manera común y cotidianamente, teniendo relación directa con el nivel de instrucción.

Factores Sociales

Dentro de la sociedad y con un sistema de cobertura universal y gratuito donde todos tiene las mismas oportunidades o posibilidades de acceder a él o poder utilizarlo, se ha visto que no todas las personas hacen uso del mismo; esto a su vez relaciona la posición social como un determinante en la causalidad de la desigualdad en el acceso de los servicios sanitarios, por lo que dentro de las alternativas para superar esta división social es una respuesta global que implique todos los factores de la sociedad.

Existen varios determinantes que influyen en el acceso a los servicios de salud como es la posición social, algunos de estos tienen relación con profesionales y en ocasiones con los mismos usuarios, debiendo ser enfrentados por el sistema de salud.

Es así que dentro del sistema sanitario y la relación que puede ejercer estos determinantes hay que considerar que las mujeres en los países en desarrollo y desean evitar el embarazo no utilizan métodos anticonceptivos, principalmente por desconocimiento sobre su existencia, otro factor que se ha visto asociado es el temor a la crítica y rechazo social, la oposición de su pareja, el miedo a los efectos secundarios y preocupación por su salud, o porque pese a que el acceso a nuestro sistemas de salud es para todos y sin costos económicos muchas veces no se dispone de todos los métodos de anticoncepción y es ahí donde los usuarios no cumplen con las condiciones para poder adquirirlos.

En los últimos años las mujeres han aumentado tanto en conocimiento sobre los métodos como en su utilización, pero continua de generación en generación la influencia social y la transmisión de mitos de que algunos causen afecciones a la salud, efectos secundarios o pensamientos machistas, los mismos que retrasan u obstaculizan su autonomía en la decisión.(11)

Los varones pueden jugar un papel importante en combatir la presión y el estigma social ante la planificación familiar temporal o definitiva masculina, así también las

mujeres pueden disminuir el impacto sobre la opinión que ellos deben ejercer sobre la decisión del uso de algún método anticonceptivo, por esto debe mejorar la comunicación entre la pareja para superar este obstáculo. Existen diversas opiniones sobre el uso de métodos anticonceptivos, como propuesta se aconseja programas orientados a incentivar la participación masculina y de la misma forma brindar asesoría promoviendo los beneficios para la familia (3).

En la toma de decisiones se han mencionado que algunos factores sociodemográficos de una persona como el sexo, paridad, edad, religión y posición económica puede tener relación con el proceder de los profesionales sanitarios lo que puede relacionarse con las diferencias en el uso de los servicios.

Pobreza

Aunque las mujeres de todos los orígenes raciales y económicos tienen embarazos no deseados, grupos específicos parecen estar en mayor riesgo a esto hace referencia que los embarazos no deseados tienen mayor prevalencia en quienes tienen índices de pobreza altos, en mujeres de raza negra, mujeres con nivel educativo bajo o analfabetas. Dado que estas son las mismas poblaciones a las que atiende, o potencialmente, a la planificación familiar programas y clínicas, estos hechos implican que las mujeres en riesgo de embarazo no planeado no pueden hacer el mejor uso de los servicios actualmente disponibles para ellas (43).

Factores socioculturales de la elección del método anticonceptivo

Es importante definir todos los aspectos en relación con la parte cultural para poder tener una mejor comprensión es así como la interculturalidad se establece como el proceso permanente de diálogo donde se da un aprendizaje entre distintas culturas basados en el respeto lo que va a generar la reafirmación de cada una de las identidades de los pueblos en base a su cultura.

El enfoque intercultural es un marco de análisis de acción que se basa en el reconocimiento y valoración positivo de las diferencias culturales, con el objetivo de construir relaciones recíprocas y equitativas entre los diferentes grupos étnico culturales, mientras que la pertinencia cultural implica: La adaptación de todos los procesos del servicio a las características geográficas, ambientales, socioeconómicas,

lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias) del ámbito de atención del servicio; la valoración e incorporación de la cosmovisión y concepciones de desarrollo y bienestar de los diversos grupos de población que habitan en la localidad, incluyendo tanto las poblaciones asentadas originalmente como las poblaciones que han migrado de otras zonas (43)

Dentro de la cultura en la que la población se ha desarrollado se tiene como tradición que la mujer sea la responsable de las actividades del hogar, el cuidado y responsabilidad de los hijos, el grupo familiar así como de los cuidados de cada uno, a diferencia de los hombres quienes son los responsables del trabajo lucrativo, pese a que en los últimos años la mujeres logrado posicionarse entre cargos o actividades que generen ingresos y a veces mayores a la de los hombres no se le ha desligado de las tareas familiares lo que en ciertos casos ha dificultado su desarrollo personal así como una relación equitativa en todos los aspectos, generando en algunas ocasiones incluso maltrato intrafamiliar (15).

Ciertas normas comunitarias como el rol designado por razón de género, la religión o redes sociales, y ciertas creencias ancestrales, establecen algunos parámetros que se relacionan con la actitud sexual y reproductivo de las personas. Cada pueblo ejerce cierto tipo de presión y pensamientos que son inculcados a lo largo de su vida y se han visto reflejados en algunos aspectos en el ámbito sexual, por lo que en muchas comunidades aún se mantienen ciertas preferencias en cuanto al sexo del hijo, el tamaño de las familias o a su vez si su forma de planificar va de la mano con sus creencias o costumbres en su familia y comunidad. (18)

La autonomía de cada individuo es un parámetro para considerar en cada una de las comunidades, por lo que si existen diversas opiniones, creencias u opiniones frente a la reproducción o la sexualidad de la persona es más probable que las diversas normas comunitarias apoyen cada uno de estos factores lo que declina de cierta manera el derecho del individuo.

Otros factores que influyen es el protagonismo del género masculino como responsable de la toma de las decisiones, sobre el uso o rechazo del método de anticoncepción, el número de hijos y el periodo intergenésico, aspectos que deberían ser de decisión conjunta, puesto que deben ser consideradas como tareas del ciclo vital

familiar el asumir una maternidad y paternidad responsable en el cumplimiento de derechos sexuales y reproductivos.(43)

En cada grupo cultural, eventos como el coito, el embarazo y el parto muestran diferencias. En una sociedad, condiciones adecuadas para la fertilidad y traer al niño al mundo, el embarazo, cómo será el parto, cuáles son los estándares de atención prenatal y posnatal, la “cultura del nacimiento” que es peculiar del colectivo y trata de preservar los enfoques básicos, quizás cambiando un poco de generación en generación y enseñado a otras generaciones.

Condiciones económicas

Las condiciones económicas de la sociedad (distribución de ingresos, oportunidades de empleo, etc.), estructura familiar (que es común entre los modelos de familia básica / extendida, relaciones entre miembros de la familia, reparto de responsabilidades, etc.), roles de género, creencias de la sociedad , modelos de matrimonio (poligamia, mismo lugar, matrimonio de la misma familia, matrimonio de parientes, etc.), comportamientos sexuales (prematrimoniales, relaciones extramatrimoniales, prohibiciones matrimoniales, etc.), el uso o no de métodos anticonceptivos varían de una comunidad a otra. Propiedades de la familia, circunstancia económica de la comunidad, prohibición de algunos métodos anticonceptivos en esa sociedad, opinión sobre el aborto, inquietudes sobre el uso de varios métodos anticonceptivos, políticas de población, gravidez, religión, idea del pecado, prácticas tradicionales, entre otros; todos los cuales se encuentran entre los factores más importantes que determinan el estado de salud. Algunos no son determinantes directos de la atención de la salud, pero pueden ser preparatorios, adyuvantes o preventivos (19).

Religión

Tener una fuerte identidad religiosa afecta la voluntad de las mujeres de discutir la anticoncepción con sus parejas, familias, comunidades y la falta de voluntad para considerar acceder a ella y eventualmente usarla. De manera similar, las doctrinas religiosas institucionalizadas se cruzan con las creencias culturales en una sociedad que otorga al hombre como el jefe general de la casa y, tales creencias están inherentemente subsumidas en una estructura patriarcal, donde las mujeres han sido

relegadas como un género más débil y solo pueden medir su libertad. de elección dentro del marco aceptable (19).

Creencias sociales y culturales

Recientemente, la literatura reconoce cada vez más la fuerte influencia de las normas y creencias sociales percibidas en los mitos anticonceptivos sobre la utilización de anticonceptivos por mujeres casadas jóvenes (44,45). Una norma social percibida son las creencias comúnmente compartidas con respecto a las personas en sus redes sociales (grupo de referencia) que aprueban la práctica anticonceptiva (norma cautelar) o creen que la mayoría de las personas en su red están practicando la anticoncepción (norma descriptiva) (46). La percepción de la aprobación de amigos, padres y maridos influye en la utilización de anticonceptivos de las jóvenes casadas. La presión de la suegra para tener hijos también impide que las mujeres jóvenes utilicen métodos anticonceptivos (45,47,48).

Se cree ampliamente que los métodos modernos de planificación familiar influyen en la fertilidad en todo el mundo. Sin embargo, los métodos tradicionales todavía se utilizan como el método principal de regulación de la fertilidad en algunas sociedades tradicionales. Las creencias y prácticas sociales, culturales y tradicionales que están arraigadas en el sistema social tienen un impacto en las decisiones relacionadas con la fecundidad. En general, los patrones de fecundidad observados en los países en desarrollo pueden atribuirse a las actitudes y valores culturales tradicionales de las comunidades y la tradición de las comunidades a favorecer la procreación de muchos hijos. Los métodos tradicionales de planificación familiar constituyen una proporción considerable de los métodos anticonceptivos utilizados tanto en las zonas urbanas como rurales(26).

En algunos lugares, las leyes y políticas restrictivas continúan afectando la capacidad de los grupos vulnerables para obtener y usar anticonceptivos. En muchos otros, aunque no existen restricciones legales en la prestación de servicios de planificación familiar, a menudo se ha encontrado que las actitudes y opiniones de los trabajadores de salud y líderes comunitarios limitan la información sobre anticonceptivos e inhiben el uso de anticonceptivos antes del matrimonio (24). Además, incluso en lugares donde se pueden obtener anticonceptivos, las normas sociales y culturales juegan un papel

importante en la represión de su uso, lo que les dificulta alcanzar el tamaño de familia deseado. Los conceptos erróneos sobre los efectos secundarios inmediatos y a largo plazo de los métodos anticonceptivos sobre su salud y su capacidad futura para tener hijos también son obstáculos comúnmente reportados entre las adolescentes mujeres (49).

Nivel educativo

El nivel educativo es uno de los factores asociados al uso de anticonceptivos. Yago-Simón y col. demostraron que, en un grupo de 583 mujeres de 13 a 24 años, un nivel de educación más bajo está relacionado con un riesgo elevado de embarazo no deseado, lo que destaca aún más el riesgo de un uso bajo de métodos anticonceptivos (27). Además, informes anteriores han asociado el embarazo en adolescentes con bajo nivel educativo y el abandono escolar. De hecho, en América Latina, hay una probabilidad 5 veces mayor de abandonar la escuela para las adolescentes embarazadas en comparación con las que no concibieron (50).

Comportamiento anticonceptivo

La percepción del comportamiento anticonceptivo de los amigos también tuvo efectos consistentes sobre la probabilidad de uso de anticonceptivos. Las mujeres jóvenes que creían que la mayoría de sus amigas usaban anticonceptivos tenían una mayor probabilidad de usar anticonceptivos (39). Además, los estudios han demostrado la influencia en el uso anticonceptivo de las mujeres casadas jóvenes de la creencia en mitos y percepciones erróneas o creencias en rumores que no están respaldadas por pruebas sobre los métodos anticonceptivos (44,51). A pesar de que los argumentos recientes muestran la influencia de las normas sociales y las creencias negativas sobre los métodos anticonceptivos en la utilización de anticonceptivos por las mujeres jóvenes (48).

La inmadurez que en la actualidad ha llegado a confrontar a la pareja y la madurez psicosexual de la mujer ha llevado hacer frente a un problema que se relaciona con la sexualidad, los embarazos, abortos hasta determinar una falta de compromiso en la relación y las responsabilidades que esto conlleva. En cuanto a las creencias religiosas existen reportes que plantean la necesidad de un noviazgo para alcanzar una madurez en la pareja a fin de asegurar que sus sucesores tengan una familia responsable y con

capacidad de auto sustento. Mucho tiene que ver la familia de origen de cada uno ya que los padres son los responsables de hacer cumplir las normas morales respetando a la sociedad y las creencias religiosas.(52)

Estado civil y la paridad de la mujer

Se han encontrado grandes diferencias en el uso de anticonceptivos y los objetivos de planificación familiar según el estado civil y la paridad de la mujer. Los adolescentes y jóvenes que no están casados pueden enfrentar varias barreras para acceder y usar anticonceptivos porque la actividad sexual solo se considera aceptable dentro del matrimonio en muchos entornos. Las adolescentes casadas, por otro lado, a menudo se encuentran bajo presión para tener un hijo poco después del matrimonio y terminan embarazadas a edades tempranas. Un tercio de las niñas de los PIBM están casadas o en unión antes de los 18 años, con una gran variación entre países. El escaso poder de decisión y las normas sociales rígidas a menudo dan como resultado un bajo uso de métodos anticonceptivos eficaces entre las adolescentes casadas, aunque muchas de ellas desean retrasar los primeros nacimientos o espaciar los embarazos (24).

Nivel de conocimiento

El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por ejemplo en México fue evaluado por la "...Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en 2012 (53), donde se estableció que el 33.4% de las mujeres entre 15 a 19 años usaron algún método anticonceptivo durante su primera acto sexual, entre este grupo, el 80,6% manifestó que el preservativo fue el método anticonceptivo de elección y el 6,2% optó por un tratamiento hormonal (la píldora, hormonas inyectables o un parche) (50).

A pesar de recibir información de la escuela y los medios de comunicación sobre las consecuencias negativas del embarazo, los niveles de conocimiento de las adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad y salud reproductiva siguen siendo claramente deficientes. Además, es evidente la falta de conexión entre la comprensión de los resultados adversos y los comportamientos y actitudes de los adolescentes (54).

En su estudio, Schor et al. (50) demostraron un conocimiento inadecuado de los métodos anticonceptivos entre los adolescentes menores de 14 años (48,3%), lo que los autores atribuyeron al desconocimiento a esta edad cuando aún no son sexualmente

activos. Sin embargo, hubo un aumento del 55% en el porcentaje de conocimiento entre los adolescentes de 15 años y del 92% entre los de 19 años, aunque no se evaluó la calidad del conocimiento. Pocos estudios han evaluado el nivel de conocimiento con respecto a los métodos anticonceptivos utilizando un sistema de puntuación. Se ha demostrado que, entre las mujeres adolescentes y mujeres de diferentes edades, el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos es bajo o promedio en aproximadamente el 70% de los encuestados, lo que podría contribuir a su uso en la vida adulta (55).

Sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos no se ha asociado directamente con el conocimiento personal, y se ha sugerido que otros elementos afectan su uso, incluida la edad de la primera relación sexual, el acceso a los métodos anticonceptivos, tener una pareja sexual estable, rechazar el uso de la pareja por parte de la pareja. anticonceptivos, deseo de quedar embarazada y mala comunicación entre padres e hijos sobre problemas sexuales (50). Una tendencia al alza de la actividad sexual durante la adolescencia, el escaso cumplimiento de los anticonceptivos modernos y el uso inadecuado de los servicios de planificación familiar sugieren que la probabilidad de quedar embarazada más de una vez durante la adolescencia es alta (50).

Consecuencias de los factores socioculturales

Entre las principales consecuencias dentro de la planificación familiar de los aspectos socioculturales, son maternidades en edades extremas, aumento de tasas de mortalidad materna y la concepción de embarazos no deseado, es así que la segunda tasa más alta de fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 años se registra en América Latina y el Caribe donde se percibe al 18% de esta población entre los datos en cuanto a la tasa de natalidad. Aunque esta tasa ha disminuido a nivel mundial, la disminución ha sido mínima, lo que se relaciona con datos sobre que el inicio de la vida sexual activa se da en adolescentes(56), por lo que se registran varios nacimientos de madres adolescentes. Se ha vuelto más difícil para las madres adolescentes manejar con éxito situaciones cotidianas vinculadas al desarrollo académico y laboral , situación que agrava la desigualdad de género al generar incertidumbre para las mujeres jóvenes, especialmente las adolescentes de bajos ingresos (56).

2.5. Hipótesis

H₁: La elección de un método anticonceptivo, si está determinada por los aspectos socioculturales.

H₀: La elección de un método anticonceptivo no está determinada por los aspectos socioculturales.

2.6. Señalamiento de Variables

2.6.1. Variable Dependiente:

Aspectos socioculturales

2.6.2. Variable Independiente:

Método Anticonceptivo

CAPITULO 3. METODOLOGÍA

3.1. Modalidad de la investigación

El diseño de la investigación responde al tipo cuantitativo no experimental puesto que procedió a un análisis del problema con datos numéricos cuantificables, relacionados con el contexto sociodemográfico de la comunidad con una determinación de las frecuencias y porcentajes de las variables, con los ítems del cuestionario de encuesta y correlacionar los factores socioculturales y la elección del método anticonceptivo, así proceder a la interpretación de los resultados.

La modalidad de la investigación es bibliográfica documental puesto que se desarrolló un análisis de diferentes publicaciones acerca de las variables que fundamentaron científicamente los factores socioculturales de la selección del método anticonceptivo, así definir las, conceptualizarlas, clasificarlas y elaborar el estado del arte del contexto nacional e internacional obtenido de tesis, revistas, monografías, libros, entre otros.

3.2. Tipo de investigación

El tipo de investigación es descriptiva porque se evaluó los factores socioculturales de la elección del método anticonceptivo a través de la información sociodemográfica, de los comportamientos, actitudes y conocimientos de la muestra encuestada, así conocer la realidad acerca de la planificación familiar.

3.3. Población y Muestra.

3.3.1. Población

La población en edad fértil que acude al centro de salud de San Andrés de Píllaro de la provincia de Tungurahua.

3.3.2. Muestra

Para el estudio se consideró como muestra a las mujeres, hombres o parejas que hagan o hayan hecho uso de cualquier método de planificación familiar, de forma conjunta a su pareja o individual durante el periodo de tiempo previsto.

3.3.2.1. Cálculo de la muestra

La fórmula para calcular el tamaño de muestra es la siguiente:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde, N = tamaño de la población Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito, o proporción esperada Q = probabilidad de fracaso D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

n= 140 Personas

Dentro de este estudio se utilizó el muestreo no probabilístico de tipo por cuotas, basándose en la selección de la población considerando los criterios planteados en el presente estudio.

3.3.2.2. Criterios de Inclusión

- Mujeres y Hombres en edades entre los 19 años y 40 años que demanden atención en el centro de salud de San Andrés de Píllaro
- Mujeres y Hombres entre 19 a 40 años que acudan a retirar métodos de anticoncepción

3.3.2.3. Criterios de Exclusión

- Pacientes entre los 19 años y 40 años con discapacidad intelectual mayor al 50%
- Todos aquellos pacientes que no acepten intervenir en el presente estudio

3.3.2.4. Criterios Éticos

Para el desarrollo del estudio se usó el consentimiento informado para participar en el estudio donde la persona autorice la aplicación de los instrumentos, garantizando la confidencialidad.

Se consideraron los siguientes aspectos éticos y principios de bioética:

- Confidencialidad: se indicará la total privacidad con respecto a la investigación a realizarse.
- Anonimato es decir que la información no tendrá por qué ser identificable.

- **Privacidad:** la información que se obtendrá no será revelada a otros sin un consentimiento que solo el paciente está en la capacidad proporcionar.
- **Participación:** se indicará que podrán participar y retirarse de la investigación de manera libre y voluntaria cuando lo requieran.
- **Beneficencia:** es decir se respetarán a los participantes promoviendo sus intereses y bienestar.
- **No Maleficencia:** no se realizarán actos que puedan causar daño físico, discapacidad y muerte ni prejuicios de manera intencional.
- **Autonomía:** es decir el participante tendrá la capacidad de tomar sus propias decisiones, según su criterio, con independencia de opinión o deseo de otros, y ser respetadas.
- **Justicia e Igualdad:** todos los participantes tendrán el mismo trato basado en el respeto y consideración de manera equitativa sin tomar en cuenta su género, edad, religión, posición económica o intereses personales.

3.4. Operacionalización de variables

Tabla 3. Operacionalización de variables

| VARIABLE | DEFINICION | DIMENSION/ SUBDIMENSION | INDICADOR | PREGUNTAS |
|----------------------------|--|---|---|--|
| Aspectos Sociodemográficos | Son características generales en referencia a un grupo poblacional otorgando forma a la identidad de quien conforme este grupo. | Edad Sexo Instrucción Estado civil Autoidentificación | Hombre Mujer Completa Incompleta Soltero Casado Unido Indígena Mestizo | ¿Hombre o Mujer? ¿Nivel de escolaridad terminada? ¿Edad? ¿Cómo se autoidentifica? |
| Aspectos socioculturales | Son los que se correlacionan con fenómenos de tipo social y cultural de un pueblo o comunidad, generalmente se enlazan con las creencias, el estilo de vida y tradiciones de este. | Cultura Conocimientos Religión Ocupación | Alto Medio Bajo Católica Cristiana Evangélica Ama de Casa Agricultor Empleado Publico | ¿Sus creencias en el momento de decidir usar un método anticonceptivo han importado? ¿Quién es el responsable de la planificación familiar? ¿Si ud está haciendo uso de un método de planificación familiar en este momento, quien decidió que lo usara? |

| | | | | |
|-------------------------|---|--|--|--|
| Métodos anticonceptivos | Se lo define como aquel dispositivo o medicina que dificulta o disminuye el riesgo de embarazo. | Conocimientos de Métodos anticonceptivos Acciones frente al uso | Para que sirve Tipos de métodos Ventajas y desventajas Responsable de la Planificación Familiar Aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos. Toma de decisión para PF Participación de la pareja | ¿Conoce ud sobre planificación Familiar? ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos es para varones? ¿Sabe cuáles son los derechos de salud sexual y reproductiva? ¿La razón o utilidad de la planificación familiar es? |
|-------------------------|---|--|--|--|

PF: Planificación Familiar

Elaborado por: María José López.

3.5. Plan de recolección de información

Para iniciar con la investigación, es imprescindible la recolección de datos como una tarea clave en el proceso del estudio. Una de las herramientas a usar fue la comunicación directa con los actores participantes durante el levantamiento de la información con el instrumento utilizado, de manera que pueda conocer la realidad desde adentro bajo la perspectiva de los hombres y mujeres para un mejor desarrollo y comprensión(57).

Técnicas e instrumentos de investigación

Entre las técnicas utilizadas están se las siguientes:

Encuesta

Es una técnica de recolección de información, que busca responder a preguntas específicas de las variables y del fenómeno que se está investigando. Se utilizó con la finalidad de establecer los conocimientos, comportamientos y actitudes relacionados con los aspectos socioculturales de la elección de método anticonceptivo.

Cuestionario de encuesta

Es un instrumento que tiene como finalidad recoger las preguntas de la encuesta que se aplicaron a la muestra seleccionada, por ende, se procedió a diseñar las preguntas con escala ordinal y nominal que ayuden a responder los objetivos, obtener las frecuencias y porcentajes de las respuestas, porque deben seleccionar una sola opción. Para su aplicación se empleó Google Forms de manera presencial, directamente en el centro de salud de San Andrés de Píllaro.

Análisis de fiabilidad de la encuesta

Para el análisis de fiabilidad del instrumento se consideró el Alfa de Cronbach que establece la confiabilidad de las preguntas y la escala de la encuesta, se trabajó con un piloto inicial de 50 personas, las cuales respondieron las encuestas el valor obtenido del índice fue 0,741 de los 14 elementos evaluados exceptuándose las preguntas de características sociodemográficas por ser escala nominal.

Tabla 4. Resumen del procesamiento de los casos

| | | N | % |
|-------|-----------|----|-------|
| Casos | Válidos | 50 | 100,0 |
| | Excluidos | 0 | ,0 |
| | Total | 50 | 100,0 |

Elaborado por: María José López.

Tabla 5. Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,741 | 14 |

Elaborado por: María José López.

3.6. Procedimientos para el levantamiento y recolección de información

Al recolectarse los datos de la encuesta se estructura una base de datos o matriz en la misma de manera que se pueda explorar los datos, organizarlos, así como ir revisándolos, relacionarlos, o compararlos según se vaya obteniendo la información.

La siguiente investigación se inició con una socialización al equipo de salud de la unidad operativa donde se va a intervenir, se brindó información clara y suficiente a la población de estudio, además se les solicitó su autorización para participar por medio de un formulario de consentimiento informado, el cual incluyó los objetivos y propósitos de la investigación, duración y la decisión de continuar o no en el proyecto con una participación voluntaria y retiro de este si lo requiere.

La información se procesó en el programa IBM Spss 20, con preguntas individuales así se obtuvieron las tablas de frecuencias y porcentajes y posteriormente las gráficas de los resultados. Los mismos se analizaron e interpretaron según el porcentaje de mayor relevancia.

Resultados:

Para el análisis de la correlación de las variables que ayudaron a la comprobación de la hipótesis se seleccionó como método la correlación de Pearson que ayudó establecer relaciones significativas entre las variables. Con una mayor descripción se consideraron los siguientes valores detallados en la publicación de Hernández-Sampieri y col para establecer la relación significativa existente entre las variables que se están evaluando.

-0.90 = Correlación negativa muy fuerte.

-0.75 = Correlación negativa considerable.

-0.50 = Correlación negativa media.

-0.25 = Correlación negativa débil.

-0.10 = Correlación negativa muy débil.

0.00 = No existe correlación alguna entre las variables.

+0.10 = Correlación positiva muy débil.

+0.25 = Correlación positiva débil.

+0.50 = Correlación positiva media.

+0.75 = Correlación positiva considerable.

+0.90 = Correlación positiva muy fuerte.

+1.00 = Correlación positiva perfecta

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación

4.1.1. Datos sociodemográficos de la población

Tabla 6. Datos sociodemográficos de la población

| | | Frecuencia | % |
|-----------------------------|--|------------|------|
| Edad | 19 – 20 | 4 | 2,9 |
| | 21 – 25 | 32 | 22,9 |
| | 26 – 30 | 48 | 34,3 |
| | 31 – 35 | 40 | 28,5 |
| | 36 – 40 | 16 | 11,4 |
| Sexo | Mujer | 106 | 75,7 |
| | Hombre | 34 | 24,3 |
| Religión | Católica | 114 | 81,4 |
| | Evangélica | 10 | 7,1 |
| | Testigo de Jehová | 7 | 5,0 |
| | Cristiano | 5 | 3,6 |
| | Ateo | 4 | 2,9 |
| Estado Civil | Soltero/a | 41 | 29,3 |
| | Unión Libre | 34 | 24,3 |
| | Casado/a | 65 | 46,4 |
| Nivel de instrucción | Primaria (escuela) | 50 | 35,7 |
| | Secundaria (colegio) | 60 | 42,9 |
| | Universitario | 30 | 21,4 |
| Ocupación | Agricultura | 37 | 26,4 |
| | Costurera | 6 | 4,3 |
| | Empleado público | 33 | 23,6 |
| | Empleada doméstica | 3 | 2,1 |
| | Empleado privado | 12 | 8,6 |
| | Personal operativo y técnico | 7 | 5 |
| | Ama de casa | 12 | 8,6 |
| | Comercio | 8 | 5,7 |
| | Estudiante | 20 | 14,3 |
| | Profesional independiente: Abogado, veterinario | 2 | 1,4 |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

Para esta investigación se consideró población que acudió durante el periodo de estudio al centro de salud de San Andrés del cantón de Pillaro, hacer uso de cualquier servicio brindado dentro de la unidad o a su vez retiro de métodos anticonceptivos los mismos que se autoidentificaron como mestizos en su 100%, así también se encontraban entre los 19 y 40 años de edad según se estableció en los criterios de inclusión, siendo el principal grupo la población entre los 26 y 30 años con un 34%, seguidos del grupo etario entre los 31 a 35 años con el 28.5%, en cuanto al sexo que principalmente participo fueron las mujeres con el 75.7%, lo que va de la mano con los antecedentes históricos en relación a la deficiente asistencia de forma general del género masculino a las unidades de salud, lo mismo que se relaciona con múltiples factores entre ellos la idiosincrasia propia de la población.(9)

El 81,4% de la población de estudio refirió pertenecer a la religión católica, siendo esta la principal doctrina religiosa en nuestro país según lo citado por el INEC en un estudio realizado en relación con la filiación religiosa, seguida por la religión cristiana evangélica y los testigos de Jehová lo mismo que se relaciona con los datos obtenidos en esta investigación atribuyendo el 7% y 5% respectivamente, siendo las principales doctrinas religiosas en nuestro país.

Del 100% de encuestados, el 70.7 % se encontraban dentro de una relación establecida sea esta como unión de hecho o personas casadas, datos que se correlacionan con las estadísticas nacionales que fueron reportadas en el último censo poblacional realizado por el INEC para nuestra provincia donde se estima aproximadamente al 57% del total de la población censada se encuentran bajo una relación establecida, la misma que se relaciona con estudios donde se ha visto que existe mayor afinidad por el uso de anticonceptivos en personas que perciben mayor exclusividad percibida por la pareja y así también un compromiso en su relación.(58)

En cuanto al nivel de instrucción el 42.9% tiene un nivel académico medio (secundaria) y aproximadamente el 35,7% representó a la población con educación básica lo que es un factor importante individual como social considerándolo como un medio para que el individuo desarrolle elementos en pro de una transformación, en Latinoamérica aún persiste una cultura patriarcal en algunos sectores rurales declinando tareas del hogar a la mujer de forma exclusiva siendo un limitante para mejorar el nivel de instrucción de la población así como el desarrollo económico y social manteniendo de forma paralela con esto su acceso a los métodos de

anticoncepción; a esto se suman estudios planteados en población de países en desarrollo donde se ha visto la influencia que tiene el nivel educativo debido a que muchos de los usuarios pueden tener conocimiento sobre los métodos, pero se contraponen el poco acceso a los mismo en relación a problemas familiares o a su vez se relaciona con la falla en la forma de brindar la asesoría por parte de los proveedores de salud sin buscar estrategias encaminadas al tipo de población que se está abarcando.(59)

La mayoría de la población de la comunidad son personas que se dedican a la agricultura en un 26.4%, lo que tiene relación con el nivel de escolaridad y que a su vez se relaciona con los datos citados en el plan de desarrollo y ordenamiento territorial de la parroquia donde se le atribuye uno de los primeras ocupaciones al jornalero, determinando esto, un nivel socioeconómico medio el mismo que según el análisis de los determinantes sociales de la salud y la influencia en la atención en salud es uno de los más importante en cuanto a la posición socioeconómica que una persona pueda tener, la misma que se relaciona con la desigualdad en la distribución de la salud.

4.1.2. Análisis de los resultados de la encuesta

1. ¿Usa usted algún método para no embarazarse?

Tabla 7. Usa usted algún método para no embarazarse

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|---------|-------|------------|------------|----------------------|
| Válidos | Si | 106 | 75.7 | 75.7 |
| | No | 34 | 24.3 | 24.3 |
| | Total | 140 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

Pese a las múltiples estrategias que se ha venido empleando para una mejor adherencia a los métodos anticonceptivos vemos aún que, el 24.3% de la población de estudio no busca un método por prevenir un embarazo no deseado, dejando abierto la posibilidad de presentar complicaciones que se relacionan con embarazos no deseados, muerte materna o abortos lo que nos hace revisar las estrategias planteadas dentro de nuestras unidades operativas en pro del cumplimiento de la meta establecida del objetivo del

desarrollo Sostenible de la Asamblea General de las Naciones Unidas la misma que hace énfasis que para el 2030 se debe garantizar un acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva con referencia al uso de métodos anticonceptivos modernos.(3)

1.1. Si usted respondió Si ¿Cuál es el método que utiliza y por qué?

Tabla 8. Métodos que utilizan

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|
| Válidos | Ligadura | 11 | 7,9 | 10,4 |
| | Inyecciones | 29 | 20,7 | 27,4 |
| | Pastillas | 17 | 12,1 | 16,0 |
| | Término afuera | 21 | 15,0 | 19,8 |
| | Preservativos | 13 | 9,3 | 12,3 |
| | DIU | 2 | 1,4 | 1,9 |
| | Ritmo | 4 | 2,9 | 3,7 |
| | Implante | 9 | 6,4 | 8,5 |
| | Total | 106 | 75,7 | 100,0 |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de encuestados, el 27,4% de mujeres hicieron referencia al uso de métodos anticonceptivos temporales de tipo hormonal como son las inyecciones seguido en frecuencia por los métodos naturales como el coito interrumpido con el 19,8% lo que hace referencia a que muchas de las pacientes tienen pocos conocimientos sobre la variedad y efectos que tienen los métodos anticonceptivos, así como el nivel de instrucción que cada una tiene siendo estas limitantes dentro de una atención integral así como de la mejor adherencia terapéutica que puede tener nuestro usuario final.

1.2. Si usted no usa o dejó de usar un método anticonceptivo ¿cuál fue la razón?

Tabla 9. Causas que determinaron que no usarán los métodos anticonceptivos

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|---------|--------------------------------------|------------|------------|-------------------|
| Válidos | No hubo en el centro de Salud | 3 | 2,1 | 5,1 |
| | No tuvo dinero para comprarlo | 7 | 5,0 | 11,9 |
| | Le dio vergüenza solicitar el método | 3 | 2,1 | 5,0 |
| | No cuenta con el apoyo de su pareja | 5 | 3,6 | 8,5 |
| | Ya no me intereso | 41 | 29,3 | 69,5 |
| | Total | 59 | 42,1 | 100,0 |
| Total | | 140 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

El 69,5% de la población estudiada respondieron que no les interesa el uso de métodos anticonceptivos, evidenciando el poco o nulo interés por los métodos de anticoncepción, lo que se ha relacionado con el nivel de instrucción de las personas, la edad, el estado civil, así como el nivel económico, factor importante debido a que el 11,9% de los pacientes lo menciono como causa de abandono, la baja adherencia en la planificación familiar responde a múltiples causales por lo que diversos estudios establecen el nivel de educación tienen una influencia significativa con el uso de métodos de anticoncepción, siendo la población con educación superior la que mayor probabilidad de usar anticonceptivos a comparación de las que no tienen educación formal relacionándolo con que es más probable que su nivel de educación se relaciona con los conocimientos sobre los beneficios y la importancia de su uso.(60) En el 2017, Ofonime menciona que los factores económicos son un papel importante en relación al uso de los anticonceptivos, en nuestro país pese a que el acceso a los anticonceptivos es gratuito muchas ocasiones no existe disponibilidad de todos los métodos lo que es un componente limitante.(60)

2. ¿Quién decidió que usará o no, el método de anticoncepción?

Tabla 10. Persona que decidió el uso del método anticonceptivo

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|----------------|-----------------------|------------|------------|----------------------|
| Válidos | Usted (el encuestado) | 97 | 69,3 | 69,3 |
| | Su Pareja | 30 | 21,5 | 21,5 |
| | Su Familia | 3 | 2,1 | 2,1 |
| | Otros | 10 | 7,1 | 7,1 |
| | Total | 140 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Encuesta.

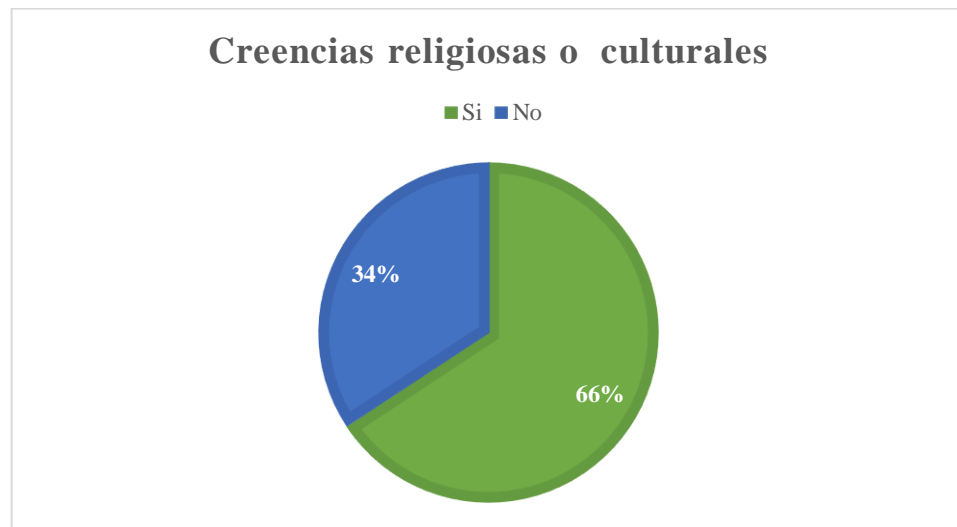
Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de personas encuestadas, el 72,9% respondieron que ellos decidieron usaran el método anticonceptivo, lo que pese a los múltiples factores revisados en la presente investigación como lo son: el nivel de instrucción, ocupación y condición económica, la autonomía en cuanto a la decisión del uso o no del método anticonceptivo sigue siendo del usuario final, llama la atención que pese a estrategias establecidos en torno a la violencia contra la mujer y el empoderamiento de derechos aún existe un 21,5% de pacientes que se ven influenciadas en su toma de decisiones por su pareja, un estudio realizado con población latinoamericana demostró que pese a que las pacientes son capaces de tomar decisiones meditadas sobre el tema, la responsabilidad sobre sus decisiones familiares se relaciona con prácticas discriminatorias, negación en el acceso a los anticonceptivos y actitudes estereotípicas de sus parejas mismas que muchas veces se relacionan con el machismo, realidad no distante de nuestro estudio.(61)

3. ¿Sus creencias religiosas o culturales influyeron en el momento de decidir usar un método anticonceptivo?

Gráfico 1. Creencias religiosas o culturales que influyeron en el momento



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

El 65,7% de las personas encuestadas respondieron que las creencias religiosas o culturales si influyeron en el momento de decidir usar un método anticonceptivo, nuestro país se caracteriza por ser plurinacional e intercultural, con diversas nacionalidades como indígenas, montubios, mestizos y afroecuatorianos, donde se practican algunas religiones; lo que ha hecho que sus tradiciones, creencias, costumbres y religión vengan enraizadas de familia en familia por lo que existe poca diversidad en temas propios de la familia no siendo así la población de San Andrés de Pillaro donde se tiene como referencia practicas ancestrales ligadas al tema de la salud siendo en algunas ocasiones fortalezas pero también debilidades como lo es en relación a la influencia en la toma de una decisión, debido a que existen poblaciones que consideran los métodos anticonceptivos contra natura e incluso muchas veces abortivos dejándolos en desuso.(60) (18)

3.1. Si usted respondió Si ¿Las creencias culturales influyeron en la selección del tipo de método anticonceptivo?

Tabla 11. Creencias culturales que influyen en la selección del método

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|---------|--------------|------------|------------|----------------------|
| Válidos | Siempre | 17 | 12,1 | 18,5 |
| | Casi siempre | 19 | 13,6 | 20,7 |
| | A veces | 38 | 27,1 | 41,3 |
| | Raras veces | 7 | 5,0 | 7,5 |
| | Nunca | 11 | 7,9 | 12,0 |
| | Total | 92 | 65,7 | 100,0 |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de personas encuestadas, el 41.3% de usuarios referir a veces algún tipo de influencia, seguido del 39.2% (siempre, casi siempre) que sus creencias culturales tuvo significancia en cuanto a la elección del método anticonceptivo, lo que se asemeja con lo citado por Betancourt, M (2020) en su estudio donde menciona que hoy por hoy aún existen practicas ancestrales en cuanto a rituales de fertilidad o el uso de plantas medicinales para tener o no descendencia aprendidos en el entorno comunitario. (18)

3.2. Si usted respondió Si ¿Su religión influye en la selección del método anticonceptivo?

Tabla 12. Religión relacionada con la selección del método anticonceptivo

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|---------|--------------|------------|------------|----------------------|
| Válidos | Siempre | 12 | 8,6 | 13,0 |
| | Casi siempre | 19 | 13,6 | 20,7 |
| | A veces | 25 | 17,9 | 27,2 |
| | Raras veces | 28 | 20,0 | 30,4 |
| | Nunca | 8 | 5,7 | 8,7 |
| | Total | 92 | 65,7 | 100,0 |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de personas encuestadas, más del 60% de las personas encuestadas refieren algún nivel de influencia (siempre, casi siempre, a veces) por parte de la religión que practican, existiendo diversas convicciones en relación al uso de los métodos de anticoncepción en las diferentes religiones, siendo la opción natural (ritmo, coitus interruptus) y la abstinencia las más recomendadas por la religión católica, pese a que sus principales líderes tienen un conocimiento razonable sobre la anticoncepción actual como se evidencia en estudios (62) lo consideran inaceptable, equiparándola con una limitación al nacimiento, la misma que no respeta la libertad de los cónyuges y su derecho a tener hijos, con un obstáculo dentro de la procreación considerando a está como una generosidad y providencia del creador, a esto se suma el tema de la sexualidad, el mismo que es vetado para las personas que estén fuera del matrimonio lo que ha determinado ciertas preferencias individuales respecto a la procreación, limitando el uso de los métodos de planificación generando una gran brecha educativa principalmente en la población de la zona rural.(52)

4. De los métodos anticonceptivos mencionados ¿Cual es para varones?

Tabla 13. Métodos anticonceptivos para los varones

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|----------------|--------------|-------------------|-------------------|------------------------------|
| Válidos | Preservativo | 104 | 74,3 | 74,3 |
| | Implante | 3 | 2,1 | 2,1 |
| | Inyecciones | 7 | 5,0 | 5,0 |
| | Vasectomía | 5 | 3,6 | 3,6 |
| | Ninguno | 21 | 15,0 | 15,0 |
| | Total | 140 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

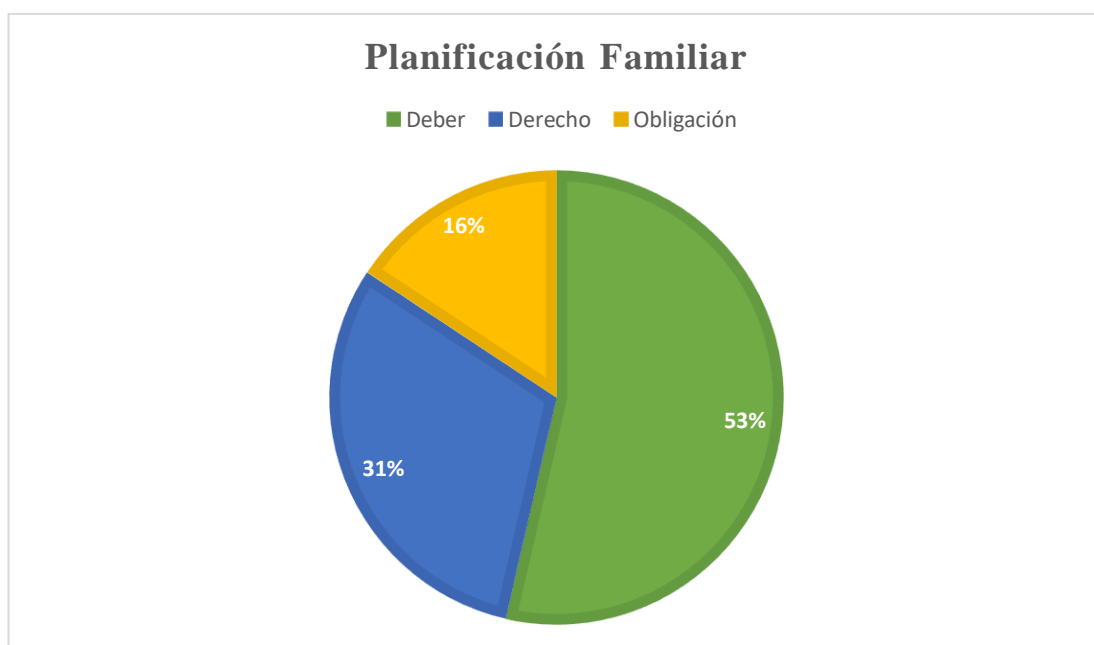
Análisis e interpretación de resultados

Pese a existir el mayor porcentaje de personas con el 74,3% que escogieron a los preservativos como el método más común y comercial dentro de nuestra sociedad para el género masculino, llama la atención que existen personas que desconocen sobre el tema es así que de forma global alcanzan el 22,1% lo que se relaciona principalmente

con el nivel de conocimientos que nuestros usuarios tienen sobre planificación familiar y a su vez esto se relaciona con el grado de instrucción a esto mis dudas sobre conocimiento no solo se limitan al conocimiento de la existencia de los métodos masculinos sino también a su correcto uso.

5. ¿Usted considera a la planificación familiar cómo?

Gráfico 2. Planificación familiar



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

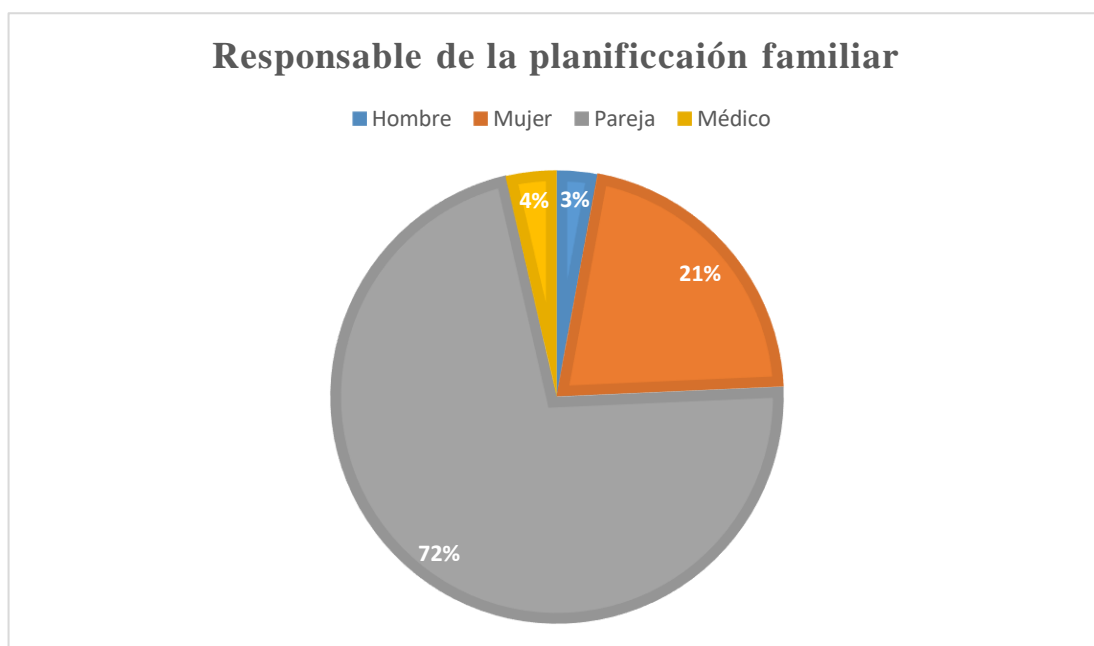
Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de personas encuestadas, el 53,6% respondieron que la planificación es un deber, definiendo a este como un compromiso para ejecutar un acto, lo que resulta lamentable debido a que desde la Constitución de 1998 en nuestro país se marcó un hito en la definición de los Derechos humanos así como su impacto en los diversos aspectos sociales basados en el campo de la salud sexual y reproductiva y a datos estadísticos sobre violencia sexual, embarazos no deseados y/o precoces estableciendo entre otros el derecho de la pareja o individuo a decidir de manera libre y responsable el número de hijos, su intervalo, así como disponer de la información y medios necesarios para que este derecho se pueda alcanzar con lo que según los datos

obtenidos en la presente investigación deja entre dicho debido al alto porcentaje de personas que son ignorante frente a este tema.

6. ¿Quién es el responsable de la planificación familiar?

Gráfico 3. Responsable de la planificación familiar



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de personas encuestadas, el 72,1% respondieron que el responsable de la planificación familiar es la pareja, lo cual es un aspecto positivo que les permite tomar decisiones acerca de la sexualidad y prevención de embarazos no deseados lo que se asemeja a estudios realizados en parejas donde se analiza el apoyo masculino hacia el uso de los métodos anticonceptivos, algo importante de destacar es que el nivel de conocimiento en el género masculino sobre el método anticonceptivo como tal mejoro la adherencia de la pareja a los mismos lo que se debe considerar para nuestra práctica diaria profesional.(9)

7. En qué forma participa su pareja en la elección del método anticonceptivo?

Tabla 14. Participación de la pareja

| | | Frecue ncia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|----------------|---|------------------------|-------------------|------------------------------|
| Válidos | Imponiendo que use el método o prohibiendo el uso del método | 17 | 12,1 | 12,1 |
| | En Acuerdo mutuo | 88 | 62,9 | 62,9 |
| | No opina | 35 | 25,0 | 25,0 |
| | Total | 140 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de personas encuestadas, el 62,9% respondieron que la forma que participa su pareja en la elección del método anticonceptivo es en acuerdo mutuo, es decir, la decisión es tratada por la pareja en el contexto de la planificación familiar, lo que ratifica la importancia de realizar un enfoque basado en la pareja brindando los recursos necesarios para un mejor resultado en cuanto a conocimiento y adherencia.

8. ¿Conoce Ud. los derechos de salud sexual y salud reproductiva?

Tabla 15. Conocimientos de los derechos de salud sexual y salud reproductiva

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|----------------|-------|-------------------|-------------------|------------------------------|
| Válidos | Si | 97 | 69,3 | 69,3 |
| | No | 43 | 30,7 | 30,7 |
| | Total | 140 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

El 69,3% de la población de estudio respondió tiene conocimientos sobre derechos de salud sexual y salud reproductiva lo que en contraste con los resultados de la pregunta N°14, es un estimado inexacto, la población conoce sus derechos o quizá en algún momento los pudo escuchar del personal de salud o terceras personas mas no entienden en su totalidad lo que establece cada uno de ellos y la forma en que se pueden vivir día

a día cada derecho, dato que es relevante entorno a nuestro accionar como profesionales de salud y seres humanos.(14)

9. ¿Ha recibido usted alguna charla acerca de la importancia del uso de métodos anticonceptivos?

Tabla 16. Charla acerca de la importancia del uso de métodos anticonceptivos

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|
| Válidos | Si | 81 | 57,9 | 57,9 |
| | No | 59 | 42,1 | 42,1 |
| | Total | 140 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de personas encuestadas, el 57,9% respondieron que si ha recibido alguna charla sobre métodos anticonceptivos, dato que es importante debido a que una mejor adherencia terapéutica se relaciona con los conocimientos de los usuarios sobre los métodos a ofertar, Caetano, C (2020) hace referencia en su estudio que un asesoramiento integral e imparcial por el personal de salud es indispensable para el abordaje de este tipo de pacientes permitiendo que su toma de decisión sea de una manera informada así como se adapte a sus necesidades. (63)

10. ¿Usted ha decidido utilizar métodos anticonceptivos por la presión social o familiar de su entorno?

Tabla 17. Utilización de los métodos anticonceptivos por la presión social o familiar

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|---------|--------------|------------|------------|-------------------|
| Válidos | Siempre | 16 | 11,4 | 11,4 |
| | Casi siempre | 34 | 24,3 | 24,3 |
| | A veces | 43 | 30,7 | 30,7 |
| | Raras veces | 29 | 20,7 | 20,7 |
| | Nunca | 18 | 12,9 | 12,9 |
| | Total | 140 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de personas encuestadas, el 35% respondieron que en algún momento sintieron la presión social o familiar de su entorno, la motivación vinculada a la presión social de familiares o personas cercanas se encuentran en un nivel medio, puesto que las respuestas se orientan a una influencia, sobre todo al mencionarse recomendaciones sobre los métodos anticonceptivos.

11. ¿Las costumbres autóctonas de su comunidad influyen en su decisión de utilizar métodos anticonceptivos?

Tabla 18. Costumbres y tradiciones de su comunidad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|----------------|--------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Válidos | Siempre | 19 | 13,6 | 13,6 |
| | Casi siempre | 30 | 21,4 | 21,5 |
| | A veces | 43 | 30,7 | 30,7 |
| | Raras veces | 31 | 22,1 | 22,1 |
| | Nunca | 17 | 12,1 | 12,1 |
| | Total | 140 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de personas encuestadas, el 30,7% respondieron que las costumbres de su comunidad han influido en su decisión del uso de métodos anticonceptivos, en las áreas rurales principalmente existen tradiciones o costumbres de la comunidad acerca del uso de métodos anticonceptivos, o la fertilidad como el consumo de infusiones por 9 días, Ritos de sanación, o del solsticio invocando a la madre tierra, en el caso de los hombres se relaciona con el uso de prendas interiores no apretadas o a su vez evitar baños calientes en la región de los genitales, por lo que nuestra intervención es fundamental considerarlo para que esta sea de impacto, como lo menciona Odwe G, (2021) en su estudio en una población rural de Kenia donde la población al igual que en nuestro país mantiene tradiciones y creencias culturales.(64)

12. ¿Considera necesario recibir una capacitación enfocada a la comunicación en planificación familiar?

Tabla 19. Recibir capacitación enfocada a la comunicación en planificación familiar

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|
| Válidos | Si | 111 | 79.3 | 79.3 |
| | No | 29 | 20.7 | 20.7 |
| | Total | 140 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de personas encuestadas, el 78,2% respondieron que, si es necesario recibir una capacitación enfocada a la comunicación en planificación familiar, por lo cual es factible desarrollar una propuesta considerando también los múltiples estudios revisados basados en la educación para una sexualidad responsable, pero contando con información actualizada que ayuda a las familias a tomar decisiones acordes a sus necesidades.

4.2. Comprobación de la hipótesis

4.2.1. Hipótesis

Para la verificación de la hipótesis se seleccionaron las preguntas 1 y 8, se obtuvieron las frecuencias observadas y se calcularon las esperadas. Los grados de libertad fue de 1, con un nivel de significancia del 0,05.

Tabla 20. Frecuencias observadas y esperadas

| | | 8. ¿Conoce Ud. los derechos de salud sexual y salud reproductiva? | | Total |
|----|----------------------|---|----|-------|
| | | No | Si | |
| No | Frecuencia observada | 18 | 16 | 34 |

| | | | | | |
|--|----|----------------------|------|------|-------|
| 1. ¿Usa usted algún método para no embarazarse? | | Frecuencia esperada | 10,4 | 23,6 | 34,0 |
| | Si | Frecuencia observada | 25 | 81 | 106 |
| | | Frecuencia esperada | 32,6 | 73,4 | 106,0 |
| Total | | Recuento | 43 | 97 | 140 |
| | | Frecuencia esperada | 43,0 | 97,0 | 140,0 |

Tabla 21. Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | Gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|---------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 10,425 ^a | 1 | ,001 | | |
| Corrección por continuidad^b | 9,091 | 1 | ,003 | | |
| Razón de verosimilitudes | 9,882 | 1 | ,002 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,002 | ,002 |
| Asociación lineal por lineal | 10,350 | 1 | ,001 | | |
| N de casos válidos | 140 | | | | |

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,44.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Regla de decisión

Como el valor calculado χ^2 10,425 es mayor que el valor obtenido de la tabla de distribución χ^2 es de 3,8415, se comprueba la hipótesis H1 “La elección de un método anticonceptivo Si está determinada por los aspectos socioculturales” y se rechaza la H₀.

4.2.2. Correlación de variables

Con la consideración de las variables se estableció la utilización del índice de correlación de Pearson para establecer la relación entre los aspectos socioculturales en la selección de los métodos de anticoncepción. Hay una correlación positiva muy débil entre las preguntas 3. ¿Sus creencias religiosas o culturales influyeron en el momento de decidir usar un método anticonceptivo?, 3.2. Si usted respondió Si ¿Su religión influye en la selección del método anticonceptivo?, 10. ¿Usted ha decidido utilizar métodos anticonceptivos por la presión social o familiar de su entorno? y 11. ¿Las costumbres de su comunidad influyen en su decisión de utilizar métodos anticonceptivos? porque se obtiene un índice de 0,205 y 0,213 con niveles de significancia del 0,05 y 0,012.

Tabla 22. Correlaciones

| | | 3.2. Si usted respondió Si ¿Su religión influye en la selección del método anticonceptivo? | 10. ¿Usted ha decidido utilizar métodos anticonceptivos por la presión social o familiar de su entorno? |
|---|------------------------|---|--|
| 3. ¿Sus creencias religiosas o culturales influyeron en el momento de decidir usar un método anticonceptivo? | Correlación de Pearson | ,205* | ,030 |
| | Sig. (bilateral) | ,050 | ,729 |
| | N | 92 | 140 |
| 11. ¿Las costumbres de su comunidad influyen en su decisión de utilizar métodos anticonceptivos? | Correlación de Pearson | -,043 | ,213* |
| | Sig. (bilateral) | ,683 | ,012 |
| | N | 92 | 140 |

La correlación 2 establece que las preguntas 8 y 9 tienen una correlación positiva media del 0,697. Las preguntas 9 y 12 tienen una correlación significativa positiva débil. Las preguntas 8 y 12 tienen una correlación positiva muy débil.

| | | 8. ¿Conoce Ud. los derechos de salud sexual y salud reproductiva? | 12. ¿Considera necesario recibir una capacitación enfocada a la comunicación en planificación familiar? |
|--|------------------------|--|--|
| | N | 140 | 140 |
| 9. ¿Ha recibido usted alguna charla acerca de la importancia del uso de métodos anticonceptivos? | Correlación de Pearson | ,697** | ,322** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 |
| | N | 140 | 140 |
| 12. ¿Considera necesario recibir una capacitación enfocada a la comunicación en planificación familiar? | Correlación de Pearson | ,195* | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,021 | |
| | N | 140 | 140 |
| **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). | | | |
| * . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral). | | | |

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: María José López.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Dentro de la parte sociodemográfica de la población de estudio es importante destacar que es su mayoría los principales actores en relación con la planificación familiar fueron las mujeres entre los 26 y 30 años, seguidores de la religión católica. Su ocupación se relaciona con el nivel de escolaridad siendo aproximadamente un tercio de la población de estudio agricultores.

En cuanto a los roles de género de manera comunitaria nuestra población mantiene características patriarcales en cuanto a la parte sociodemográfica orientados a que aún se delegan ciertas funciones o responsabilidades a las mujeres y hombres por el simple hecho de serlo; vale la pena resaltar que en la toma de decisiones según lo investigado existe respeto hacia la autonomía de la persona en el momento de decidir el uso de un método anticonceptivo, así como el apoyo de la pareja en el momento de la decisión, pese a que en la elección del método anticonceptivo se notó la influencia de aspectos más de índole cultural o en relación con parámetros que han trascendido como es el caso de la religión o a su vez creencias y la escasez de conocimientos científicos valederos en torno al tema.

El uso y acceso sobre los métodos de anticoncepción tienen relación con los factores sociales por lo general, hay un alto porcentaje que usa diferentes métodos, pero el porcentaje que no lo hace está influenciado por el desinterés, no tuvieron dinero para comprarlos, no cuentan con el apoyo de su pareja, les dio vergüenza solicitarlos y no lograron adquirirlos de los centros de salud. Las decisiones están influenciadas en un nivel medio por las costumbres de la comunidad, la presión social y familiar y finalmente la selección del tipo de método por la religión se ubica en un nivel medio bajo.

5.2. Recomendaciones

Desarrollar estrategias de comunicación y material que fomente la responsabilidad de las parejas en la selección del tipo de métodos anticonceptivos con énfasis en su capacidad económica, formación educativa, responsabilidad social, acceso a los servicios de salud, creencias personales, valoración médica, fortificando la sexualidad responsable en las familias de la comunidad.

Diseñar un programa de atención en salud sexual y reproductiva para las familias de la comunidad, con la finalidad de brindar un aporte significativo en ella, con información de calidad basada en evidencia científica actualizada acerca de los diferentes métodos anticonceptivos para que el usuario final comprenda y tenga la capacidad de decidir lo más adecuado en base a sus necesidades fortaleciendo la comunicación.

CAPÍTULO 6. PROPUESTA

6.1. Datos Informativos

Título de la propuesta

Programa para la promoción de la planificación familiar con enfoque integral

Responsables

Autor: Médica María José López Pinta.

C.I. 1803851706

Dirección:

Teléfono: 0983500067

Email: mlopez@uta.edu.ec

Tutora: Md. Esp. Mariana Velastegui

6.2. Antecedentes de la propuesta

Para la determinación de los antecedentes se muestran la información de la encuesta aplicada a la muestra seleccionada. Los datos sociodemográficos demuestran que tienen entre 26 a 30 años con el 34,3%, 31 a 35 años con el 28,5% y en cambio 21 a 25 años con el 22,9%. El 75,7% pertenecen al sexo femenino el 24,3% al masculino. El 81,4% pertenecen a la religión católica. El 46,4% están casados. El 42,9% tiene un nivel académico medio (secundaria). La mayoría de la población de la comunidad son personas que se dedican a la agricultura en un 26,4% y el 23,6% son empleados públicos.

Los resultados obtenidos de la encuesta determinan la necesidad de fortalecer la asesoría en planificación familiar. El 24,3% de la población de estudio no busca un método por prevenir un embarazo no deseado. El 53,6% respondieron que la planificación es un deber que debe aplicarse para la sexualidad responsable.

Los factores socioculturales evaluados presentan que el 65,7% de los encuestados consideran que las creencias religiosas o culturales si influyeron en el momento de

decidir usar un método anticonceptivo. El 72,1% consideraron que el responsable de la planificación familiar es en pareja. El 62,9% manifestaron que la forma que participa su pareja en la elección del método anticonceptivo es en acuerdo mutuo. Los factores de presión social o familiar de su entorno se ubican en a veces con el 30,7% y las costumbres de la comunidad con el 30,7% en la misma escala referida. En el contexto de la información el 57,9% si han recibido alguna charla acerca de la importancia del uso de métodos anticonceptivos.

6.3. Justificación

La implementación de una propuesta para la promoción de la planificación familiar con enfoque integral es importante porque se requiere fomentar información acerca de los métodos de anticoncepción que pueden utilizar las parejas. La propuesta tiene como finalidad sensibilizar acerca del adecuado uso de los métodos de planificación familiar, brindar información acerca de la variedad de opciones que tienen las parejas Con recomendaciones brindadas por parte de los profesionales de salud con un mayor compromiso por la prevención de embarazos no deseados como de enfermedades de transmisión sexual y los riesgos relacionados con la sexualidad no responsable.

La planificación familiar es una estrategia que las personas tienen a su alcance que tiene como beneficios sensibilizar acerca de la sexualidad responsable, constituyéndose en una herramienta fundamental para el desarrollo de la sociedad. Ante la necesidad insatisfecha de planificación familiar es necesario emprender estrategias que fomenten la educación sexual en las familias más vulnerables de la comunidad con la participación de los sectores público y privado.

Es necesario respetar la autodeterminación de los hombres y mujeres cuando deciden planificar su vida reproductiva, en derecho que tienen de no tener ningún tipo de interferencia ante sus decisiones, también brindarles el acceso y disponibilidad a la más amplia gama de métodos anticonceptivos respaldada de información adecuada científica y comprobada a través de talleres, productos comunicacionales con un mensaje claro que lleguen a una población importante e incluso el uso de redes sociales para fortalecer esos conocimientos.

En el contexto de la propuesta se ha planteado implementar actividades específicas la basada en la sensibilización de la población acerca de los métodos de anticoncepción a través de charlas y talleres formativos, en esta etapa se enviarán invitaciones especiales a las familias para participar activamente en los talleres que brindará el centro de salud mientras que las charlas se brindaran durante los tiempos de espera de las consultas. Los canales de comunicación tienen como fin el diseño de productos comunicacionales para la sensibilización de la población, con mensajes claros y concisos basados en la experiencia técnica de los profesionales, se procederá al diseño de trípticos, dípticos y afiches que presentarán los diferentes métodos anticonceptivos con una descripción general y sus beneficios, los mismos que serán abordados durante la consulta médica por un profesional capacitado al igual que la socialización de charlas en sala de espera.

Finalmente, es una necesidad la integración de las redes sociales a la planificación familiar, por lo cual se creará un grupo específico a través de Facebook y WhatsApp en el cual se comparten diferentes contenidos acerca de la educación sexual, sexualidad responsable, derechos sexuales y reproductivos y los diferentes métodos de planificación familiar, para compartir contenidos entre grupo beneficiario de la propuesta.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo General

Diseñar un programa en promoción de la planificación familiar con enfoque integral hacia la pareja

6.4.2. Objetivos Específicos

- Diseñar procesos de sensibilización y educación en salud para la enseñanza y aprendizaje de la importancia de la salud sexual y reproductiva, métodos de anticoncepción sus beneficios y contradicciones
- Establecer canales de comunicación para promover el interés acerca de los métodos de planificación familiar.
- Fortalecer el consentimiento informado para la participación en actividades de consejería e información acerca de los diferentes métodos de anticoncepción

- Crear redes de participación comunitaria a través de las redes sociales para la promoción de la sexualidad responsable.

6.5. Análisis de factibilidad

La propuesta es factible porque se cuenta con el apoyo de las autoridades del centro de salud para su implementación a mediano y largo plazo por lo cual se elaborará un cronograma de actividades para el año 2022, fecha en la cual se iniciará con las diferentes actividades planteadas a pesar de contar con recursos limitados, la investigadora cuenta con programas para diseño de los productos comunicacionales y con el acceso a medios tecnológicos para su diseño presentación y publicación en las redes sociales.

6.6. Fundamentación

Programa de planificación familiar

La planificación familiar (PF) permite que las personas y las parejas logren el número deseado de hijos mediante el espaciamiento y la limitación mediante el uso de anticonceptivos y el tratamiento de la infertilidad. También mejora la salud de la madre y de su hijo (65). Su uso se asoció con la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil. Según el informe de la OMS de 2018, aunque el uso de anticonceptivos modernos alcanza el 54% (en todo el mundo) y el 28,5% (África), todavía el 24,2% de las mujeres de 15 a 49 años tenían una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos (66). La planificación familiar implica la capacidad de los individuos y las parejas para anticipar y lograr el número deseado de hijos y el espaciamiento y el momento de sus nacimientos. El uso de anticonceptivos previene los riesgos de salud relacionados con el embarazo para mujeres y niños (67).

Los programas de planificación familiar recomiendan la participación de la comunidad como una estrategia clave para mejorar la prestación de servicios. Esto se debe en parte a que la aceptación de los métodos y servicios está determinada por varios factores comunitarios socialmente arraigados, como los valores religiosos, el clima político y la comprensión moral dominante (68). La Directriz de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la garantía de los derechos humanos en la provisión de información y servicios anticonceptivos, así como la Estrategia mundial para la salud de las

mujeres, los niños y los adolescentes, enfatizan igualmente el papel de la participación comunitaria en aumentar las necesidades satisfechas y mejorar la utilización de los servicios. (3)

Participación comunitaria

La participación comunitaria sigue siendo un principio fundamental dentro de la política de atención primaria de la salud. Su asociación con resultados de salud mejorados y sostenidos dentro de las comunidades todavía lo convierte en un foco clave de varias iniciativas de salud pública. Sin embargo, persisten desafíos sobre cómo diseñar e implementar con éxito la participación de la comunidad en los programas de salud pública, incluidos los servicios de planificación familiar y anticonceptivos en varios entornos. Algunos de los beneficios de la participación comunitaria, como el empoderamiento de la comunidad, no solo son fundamentales para una mayor aceptabilidad y aceptación de las intervenciones sanitarias, sino también para abordar las desigualdades sanitarias. Sin embargo, incorporar la participación comunitaria en los programas de prestación de servicios de salud sigue siendo un desafío debido a la complejidad de los procesos participativos, quién participa y las relaciones de poder inherentes en varios contextos. (69)

Actividades del programa de planificación familiar

En la tabla se presentan las diferentes actividades de un programa de planificación familiar que se han implementado para la sexualidad responsable, la disminución de embarazos no deseados y derechos sexuales y reproductivos.

Tabla 23. Programa de planificación familiar actividades

| | |
|--|---|
| Sensibilización y educación | Se implementar actividades formativas acerca de los métodos de anticoncepción a través de talleres, charlas, simposios, eventos de participación comunitaria. |
| Canales de comunicación | Se encarga de la creación de materiales educativos e informativos con mensajes claros acerca de la sexualidad responsable. |
| Participación en actividades de consejería e información | Es la asesoría personalizada a un persona o grupo, que lo requiere para brindar |

| | |
|------------------------------------|--|
| | información y consejos, a cargo del personal de salud. |
| Redes de participación comunitaria | Creación de grupos comunitarios para trabajar en la prevención con la comunidad. |

Fuente: Silumbwe y Alenezi (67).

6.7. Modelo operativo

Tabla 24. Modelo operativo del programa de planificación familiar

| Fases | Metas | Actividades | Tiempo | Responsable | Resultados |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|
| Sensibilización y educación | Sensibilizar acerca del tipo de métodos de anticoncepción adecuados a las necesidades de las parejas. Preparar procesos y materiales de enseñanza aprendizaje para el cambio de actitudes, comportamientos y prácticas frente a la salud sexual y reproductiva. | <p>Diagnóstico</p> <p>Determinación del nivel de conocimientos acerca de los métodos de anticoncepción a través de registros médicos y encuestas de conocimientos aplicadas en el Centro de salud en la cual identifiquen los métodos a través de la escala de medición.</p> <p>Planificar</p> <p>Diseñar el plan operativo de las actividades de sensibilización y educación sexual responsable con la determinación de cuatro contenidos basados en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Derechos sexuales y reproductivos 2. Tipos de métodos anticonceptivos 3. Modo de uso, ventajas y desventajas de cada método anticonceptivo | <p>30 días de la duración de la aplicación de los instrumentos seleccionados.</p> | <p>Investigadora en el área de medicina familiar y comunitaria. Personal de salud</p> | <p>El 60% de beneficiarios participan en las actividades de sensibilización y educación.</p> |
| | | <p>20 días mientras se aprueban los permisos requeridos.</p> | <p>Se implementarán los talleres de manera trimestral</p> <p>Las charlas una vez por mes durante los jueves o viernes.</p> | | |

| | | | | | |
|-------------------------|--|--|---|---|--|
| | | <p>4. Importancia de la planificación familiar</p> <p>5. Sexualidad responsable</p> <p>Implementar</p> <p>Para la implementación se desarrollan 3 talleres formativos de 10 horas con actividades lúdica prácticas que fomenten procesos enseñanza aprendizaje con la participación de profesionales en el área de salud sexual y reproductiva. Se organizarán 8 charlas que se impartirán en los tiempos de espera durante la atención a los pacientes</p> | | | |
| Canales de comunicación | Establecer canales de comunicación para la interacción entre las recomendaciones de los profesionales de salud y los conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar que permitan reforzar la atención y promover el interés hacia los mensajes educativos informativos. | <p>Organización</p> <p>Determinación y selección de los canales de comunicación apropiados según las características sociodemográficas de la población.</p> <p>Diseño</p> <p>Diseño de los medios y mensajes informativos y educativos.</p> <p>Elaboración de recursos materiales educativos e informativos como: afiche, tríptico y dípticos con mensajes claros, no redundantes y</p> | <p>10 días de revisión de registros de los pacientes y revisión de la información adquirida durante la investigación.</p> <p>30 días para el diseño de 2 afiches, 4 trípticos y 4 dípticos.</p> | Investigadora en el área de medicina familiar y comunitaria. Personal de salud | Se entrega 200 díptico, trípticos y afiches a la población beneficiaria de la propuesta. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| | | <p>específicos acerca de los tipos de métodos de anticoncepción según las necesidades de los pacientes.</p> <p>Ejecución</p> <p>Entrega de los medios informativos a los pacientes en el Centro de Salud durante la atención médica.</p> | <p>Permanente durante la atención a los pacientes en el Centro de Salud.</p> | | |
| <p>Participación en actividades de consejería e información</p> | <p>Fortalecer el consentimiento informado de la población beneficiaria con actividades de consejería e información sobre los diferentes métodos anticonceptivos con la finalidad de propiciar y ayudar a la selección basada en decisiones libres, responsables y adecuadamente informadas.</p> | <p>Organización</p> <p>Determinación del tipo de actividades de consejería requeridas por los pacientes durante el proceso de atención médica.</p> <p>Determinación y selección de los contenidos requeridos.</p> <p>Preparación de los profesionales de salud para impartir la consejería en salud a través de la actualización de conocimientos.</p> <p>Planificación</p> <p>Determinación del tiempo de duración de las actividades de consejería: recomendable de 15 a 20 minutos.</p> <p>Diseño del consentimiento informado para los pacientes.</p> | <p>20 días en la cual se realizarán reuniones y la investigadora procederá a la selección de contenidos con un análisis bibliográfico de manuales y guías.</p> <p>10 días del diseño del cronograma de actividades y su aprobación.</p> | <p>Investigadora en el área de medicina familiar y comunitaria.</p> <p>Personal de salud</p> | <p>El 50% de beneficiarios participan en las actividades de consejería w información.</p> |

| | | | | | |
|------------------------------------|--|---|--|---|--|
| | | <p>Implementación</p> <p>Presentación de la actividad consejería en el centro de salud a los pacientes y el personal.</p> <p>Entrega de documentos de consentimiento informado a los pacientes para la aceptación de este.</p> <p>Implementación de la Consejería con entrega de materiales complementarios.</p> | 1 vez por semana durante seis meses. | | |
| Redes de participación comunitaria | Implementar redes de participación comunitarias con la utilización de las TIC para llegar con inmediatez y de manera interactiva a la población beneficiaria con mensajes direccionados al fortalecimiento de la sexualidad responsable. | <p>Organización</p> <p>Evaluación de pacientes con acceso a redes sociales.</p> <p>Diseño de una base de datos de pacientes que cuenten con redes sociales para el desarrollo de la actividad.</p> <p>Organización de los mensajes que se impartirán a través de redes sociales: Sexualidad responsable y la selección del método anticonceptivo.</p> <p>Planificación</p> <p>Diseño del plan de acción de selección de contenidos para impartirse en la red.</p> | <p>20 días de revisión de los registros médicos y de encuestas aplicadas.</p> <p>10 días de diseño de cronograma de actividad y su aprobación.</p> | Investigadora en el área de medicina familiar y comunitaria. Personal de salud | El 40% de personas beneficiarias se unen las redes de participación comunitaria. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| | | <p>Determinación del número de participantes.</p> <p>Implementación</p> <p>Invitación a los pacientes durante la atención para unirse a la red social comunitaria de sexualidad responsable.</p> <p>Compartir contenidos entre los participantes.</p> | <p>30 días a 90 días en la cual envían invitaciones y se comparten los contenidos.</p> | | |
| <p>Evaluación y seguimiento de la propuesta</p> | <p>Implementar herramientas de evaluación y control para establecer los resultados obtenidos con las actividades de la propuesta.</p> | <p>¿Quién evalúa?</p> <p>Selección de los participantes en la evaluación de la propuesta.</p> <p>¿Con que frecuencia?</p> <p>Durante el desarrollo de las actividades planificadas.</p> <p>¿Con que tipo de recursos y técnicas?</p> <p>Encuestas, grupos focales, durante las charlas y con información estadística acerca de los conocimientos adquiridos por los participantes.</p> | <p>Las actividades de evaluación son permanentes y cuando se culminar las actividades planificadas.</p> | <p>Investigadora en el área de medicina familiar y comunitaria.</p> <p>Personal de salud</p> | <p>El 100% de actividades serán evaluadas en un periodo de 6 a 12 meses.</p> |

6.8. Administración

La administración de la propuesta estará a cargo del investigador, el cual se planteen el lapso de 12 meses desarrollar las actividades propuestas en el modelo operativo, cumpliéndose con el cronograma establecido y con la aprobación de las autoridades del centro de salud.

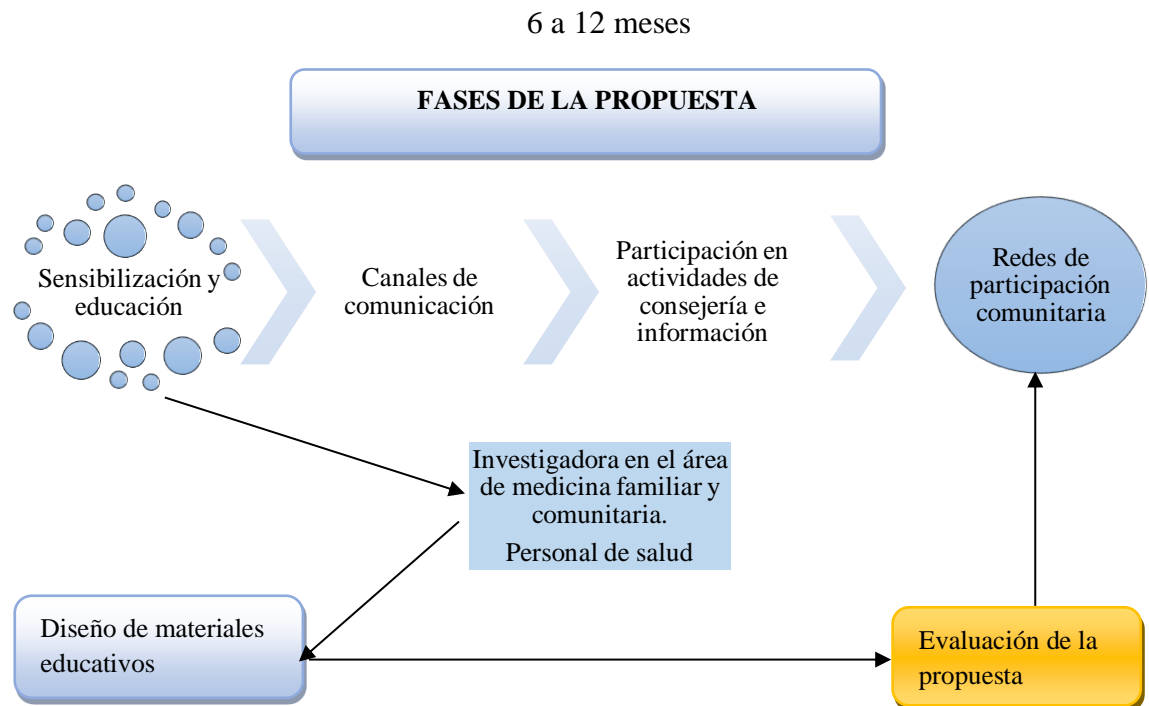


Figura 2. Proceso de administración de la propuesta
Elaborado por: María José López

6.9. Previsión de la evaluación

Para la previsión de la evaluación se considerará las variables presentes en la tabla N°27 en la cual se presenta como se desarrollará la misma, las personas responsables, técnicas de utilizarse y las principales actividades que deberán tomarse en cuenta al momento de la aplicación definitiva de la propuesta. La evaluación considerará los aspectos de la figura 3.

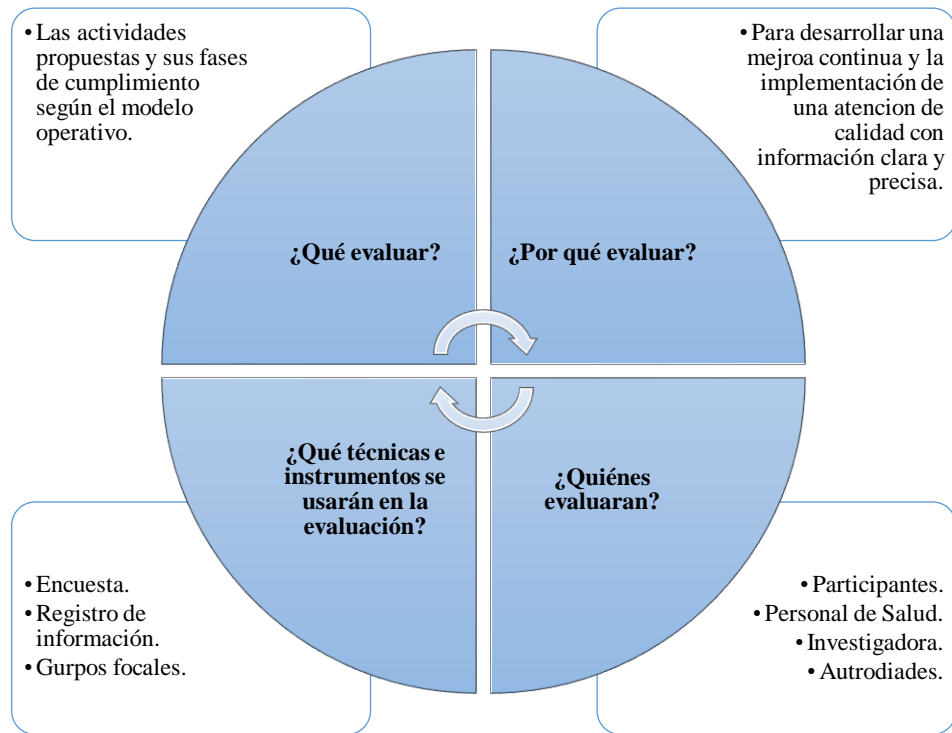


Figura 3. Evaluación

Elaborado por: María José López

BIBLIOGRAFÍA

1. Lance PV, Rausell D, Pacheco C, García J. Planificación familiar: información general y seguimiento de anticonceptivos orales. Guía de Actuación Clínica en A. P. Centro Planificación Familiar y Sexualidad de L'Horta Nord; 2017. 1–31 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2018.
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021. 2017;
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Planificación familiar. Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2021.
5. DaVanzo J, Adamson D. La planificación familiar en los países en desarrollo: Un éxito incompleto. La Planif Fam en los países en Desarrollo Un éxito incompleto. 2020;
6. Traylor S. La Pertinencia Cultural de los Proyectos Relacionados a la Planificación Familiar de las ONGs en el Distrito de Acomayo. Independent Study Project (ISP) Collection. [Peru]: Elon University; 2019.
7. Ecuador U. Día Mundial de Población 2017 - Planificación familiar: Empoderando a las Personas, Desarrollando a las Naciones [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 4]. Available from: <https://ecuador.unfpa.org/es/news/día-mundial-de-población-2017-planificación-familiar-empoderando-las-personas-desarrollando-las>
8. Ministerio de Salud Pública. Modelo de atención integral en salud. 2014;1–210.
9. Jonas K, Kalichman M, Kalichman S, Morroni C, Mathews C. Factors affecting men's support for the use of the contraceptive implant by their female intimate partners. *Contracept Reprod Med*. 2020;5(1):1–8.
10. Skogsdal Y, Fadl H, Cao Y, Karlsson J, Tydén T. An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health—a randomized controlled trial. *Ups J Med Sci*. 2019;124(3):203–12.
11. Wondim G, Degu G, Teka Y, Diress G. Male Involvement in Family Planning Utilization and Associated Factors in Womberma District, Northern Ethiopia: Community-Based Cross-Sectional Study. *Open Access J Contracept*.

- 2020;Volume 11:197–207.
12. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República Ecuador. Regist Of 449. 2008;132.
 13. Ley Orgánica de Salud del Ecuador. Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006. Última modificación: 18-dic.-2015. 2015;13.
 14. Reis Brandão E, Cabral C da S. Sexual and reproductive rights under attack: the advance of political and moral conservatism in Brazil. *Sex Reprod Heal Matters*. 2019;27(2).
 15. Fernández-Matos DC. El derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres viviendo con VIH en Venezuela . Un estudio exploratorio. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2020;19:1–19.
 16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Proceso normatización del SNS. 2010;48–105.
 17. Organización Mundial de la Salud. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!). Guidance to Support Country Implementation. Banco Mundial, UNFPA, editors. Geneva: World Health Organization. UNICEF; 2017.
 18. Betancourt MV, Moya DR, Zavala A. Prácticas Ancestrales de Planificación Familiar en el Ecuador: Mitos y Realidades. *Rev Cient Dominio la Ciencias*. 2020;6(4):3–20.
 19. Sensoy N, Korkut Y, Akturan S, Yılmaz M, Tuz C, Tuncel B. Factors Affecting the Attitudes of Women toward Family Planning. In: *Family Planning*. IntechOpen; 2018.
 20. Cahill N, Sonneveldt E, Stover J, Weinberger M, Williamson J, Wei C, et al. Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative: a systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool. *Lancet (London, England)*. 2018 Mar;391(10123):870–82.
 21. Chandra-Mouli V, Parameshwar PS, Parry M, Lane C, Hainsworth G, Wong S, et al. A never-before opportunity to strengthen investment and action on adolescent contraception, and what we must do to make full use of it. *Reprod Health*. 2017 Jul;14(1):85.
 22. Dennis ML, Radovich E, Wong KLM, Owolabi O, Cavallaro FL, Mbizvo MT,

- et al. Pathways to increased coverage: an analysis of time trends in contraceptive need and use among adolescents and young women in Kenya, Rwanda, Tanzania, and Uganda. *Reprod Health*. 2017 Oct;14(1):130.
23. Ewerling F, Victora CG, Raj A, Coll CVN, Hellwig F, Barros AJD. Demand for family planning satisfied with modern methods among sexually active women in low- and middle-income countries: who is lagging behind? *Reprod Health*. 2018 Mar;15(1):42.
 24. Coll C, Ewerling F, De Barros AJ. Contraception in adolescence: The influence of parity and marital status on contraceptive use in 73 low-and middle-income countries. *Reprod Health*. 2019;16(1):1–12.
 25. Eden E. *A Guide to Pregnancy Complications*. Howstuff works. 2017;
 26. Hossain M, Khan M, Ababneh F, Shaw J. Identifying factors influencing contraceptive use in Bangladesh: Evidence from BDHS 2014 data. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1–14.
 27. Ríos-Zertuche D, Blanco LC, Zúñiga-Brenes P, Palmisano EB, Colombara D V, Mokdad AH, et al. Contraceptive knowledge and use among women living in the poorest areas of five Mesoamerican countries. *Contraception*. 2017 Jun;95(6):549–57.
 28. Peragallo-Urrutia R, Polis CB, Jensen ET, Greene ME, Kennedy E, Stanford JB. Effectiveness of fertility awareness-based methods for pregnancy prevention: A systematic review. *Obstet Gynecol*. 2018;132(3):591–604.
 29. Trussell J, Aiken A, Micks E, Guthrie K. Efficacy, safety, and personal considerations. In: Hatcher R, Nelson A, Trussell J, Cwiak C, Cason P, MS P, et al., editors. *Contraceptive technology*. New York, NY, USA: Ayer Company Publishers, Inc.; 2018.
 30. F. Gary Cunningham col. *Williams Obstetricia*. 25a ed. 2019. 1–1346 p.
 31. Troncoso CAR. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Octava Edición. 2017. 1. 2017;1–624.
 32. Bosquet EGBJG. *GINECOLOGIA*. 10a ed. Elsevier. 2020. 1–600 p.
 33. Advameg I. *Contraception*. *Encicl Child Heal*. 2021;1(1).
 34. Caudillo L, Benavides RA, Valdez C, Flores ML, Hernández MT. Modelo de conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes: Teoría de Situación Específica. *Index de Enfermería*. 2018;27:52–6.
 35. Radovich E, Dennis ML, Wong KLM, Ali M, Lynch CA, Cleland J, et al.

- Who Meets the Contraceptive Needs of Young Women in Sub-Saharan Africa? *J Adolesc Heal Off Publ Soc Adolesc Med.* 2018 Mar;62(3):273–80.
36. Iacoella F, Tirivayi N. Child nutrition during conflict and displacement: evidence from areas affected by the Boko Haram insurgency in Nigeria. *Public Health.* 2020;183:132–7.
 37. Thulaseedharan JV. Contraceptive use and preferences of young married women in Kerala, India. *Open access J Contracept.* 2018;9:1–10.
 38. Guerra GM, Gil HM, Olivares OA, Cepeda AA, Hernández J, Martínez AS. Tipo de vida sexual, autoeficacia y actitud sobre las conductas sexuales de riesgo. *J Heal NPEPS.* 2019;4(2):104–17.
 39. Dingeta T, Oljira L, Worku A, Berhane Y. Low contraceptive utilization among young married women is associated with perceived social norms and belief in contraceptive myths in rural Ethiopia. *PLoS One.* 2021;16(2 February):1–15.
 40. Maravilla JC, Betts KS, Couto E Cruz C, Alati R. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017 Nov;217(5):527-545.e31.
 41. Ramírez GR, Bravo PE, Vivaldi MIM, Manríquez IP, Pérez TG. Adolescents' access to contraception: perceptions of health workers in Huechuraba, Chile. *Rev Panam Salud Publica.* 2017 Jun;41:e77.
 42. Sámano R, Martínez-Rojano H, Robichaux D, Rodríguez-Ventura AL, Sánchez-Jiménez B, de la Luz Hoyuela M, et al. Family context and individual situation of teens before, during and after pregnancy in Mexico City. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):1–16.
 43. Traylor S, Traylor S. La Pertinencia Cultural de los Proyectos Relacionados a la Planificación Familiar de las ONGs en el Distrito de Acomayo [Internet]. Peru; 2019. p. 1–41. Available from: https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4280&context=is_p_collection
 44. McClendon KA, McDougal L, Ayyaluru S, Belayneh Y, Sinha A, Silverman JG, et al. Intersections of girl child marriage and family planning beliefs and use: qualitative findings from Ethiopia and India. *Cult Health Sex.* 2018 Jul;20(7):799–814.
 45. Elmusharaf K, Byrne E, O'Donovan D. Social and traditional practices and

- their implications for family planning: a participatory ethnographic study in Renk, South Sudan. *Reprod Health*. 2017 Jan;14(1):10.
46. Costenbader E, Lenzi R, Hershow RB, Ashburn K, McCarraher DR. Measurement of Social Norms Affecting Modern Contraceptive Use: A Literature Review. *Stud Fam Plann*. 2017 Dec;48(4):377–89.
 47. Mardi A, Ebadi A, Shahbazi S, Esmaelzade Saeieh S, Behboodi Moghadam Z. Factors influencing the use of contraceptives through the lens of teenage women: a qualitative study in Iran. *BMC Public Health*. 2018 Jan;18(1):202.
 48. Pincock K, Jones N. Social norms stop Ethiopian girls from making safe choices about pregnancy. *Conversat*. 2020;1(1).
 49. Pantaleón CQ. Anticoncepción en la adolescencia. *Pediatría Integr*. 2017;21(5):312 – 322.
 50. Sámano R, Martínez-Rojano H, Chico-Barba G, Sánchez-Jiménez B, Sam-Soto S, Rodríguez-Ventura AL, et al. Sociodemographic Factors Associated with the Knowledge and Use of Birth Control Methods in Adolescents before and after Pregnancy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(6).
 51. Mutumba M, Wekesa E, Stephenson R. Community influences on modern contraceptive use among young women in low and middle-income countries: a cross-sectional multi-country analysis. *BMC Public Health*. 2018 Apr;18(1):430.
 52. Kramer RD, Higgins JA, Burns ME, Freedman LR, Stulberg DB. Prevalence and experiences of Wisconsin women turned away from Catholic settings without receiving reproductive care. *Contraception*. 2021;104(4):377–82.
 53. Saavedra-Avendano B, Andrade-Romo Z, Rodriguez MI, Darney BG. Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Lessons from Mexico. *Matern Child Health J*. 2017 Sep;21(9):1724–33.
 54. De Castro F, Place JM, Allen B, Barrientos-Gutierrez T, Dues K, Eternod M, et al. Perceptions of adolescent ‘simulated clients’ on barriers to seeking contraceptive services in health centers and pharmacies in Mexico. *Sex Reprod Healthc*. 2018;16:118–23.
 55. Guzzo KB, Hayford SR. Adolescent Reproductive and Contraceptive Knowledge and Attitudes and Adult Contraceptive Behavior. *Matern Child Health J*. 2018;22(1):32–40.
 56. Bongaarts J, Mensch BS, Blanc AK. Trends in the age at reproductive

- transitions in the developing world: The role of education. *Popul Stud (NY)*. 2017 Jul;71(2):139–54.
57. Monjarás A, Bazán A, Pacheco Z, Rivera J, Zamarripa JE, Cuevas CE. Diseños de Investigación. *Research Designs. Educ y Salud Boletín Científico Inst Ciencias la Salud*. 2019;15(15):119–22.
 58. Cross, Sarah J. Linker, Kay E. Leslie FM. Contraceptive Method Choice among Young Adults: Influence of Individual and Relationship Factors. *Coll Public Heal Hum Sci Oregon State Univ*. 2019;176(1):18.
 59. Liddelow C, Mullan B, Boyes M. Adherence to the oral contraceptive pill: the roles of health literacy and knowledge. *Heal Psychol Behav Med*. 2020;8(1):587–600.
 60. Johnson OE. Determinants of modern contraceptive uptake among Nigerian women: Evidence from the national demographic and health survey. *Afr J Reprod Health*. 2017;21(3):89–95.
 61. Carvajal DN, Zambrana RE. Challenging Stereotypes: A Counter-Narrative of the Contraceptive Experiences of Low-Income Latinas. *Heal Equity*. 2020;4(1):10–6.
 62. Barro A, Nana NG, Soubeiga D, Bationo N, Pafadnam Y, Pilabre H, et al. Knowledge, beliefs and perceptions of religious leaders on modern contraceptive use in burkina faso: A qualitative study. *Pan Afr Med J*. 2021;39.
 63. Caetano C, Blienkendaal S, Engler Y, Lombardo M. From awareness to usage of long-acting reversible contraceptives: Results of a large European survey. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;151(3):366–76.
 64. Odwe G, Wado YD, Obare F, Machiyama K, Cleland J. Method-specific beliefs and subsequent contraceptive method choice: Results from a longitudinal study in urban and rural Kenya. *PLoS One*. 2021;16(6 June):1–15.
 65. Alemayehu M, Medhanyie AA, Reed E, Bezabih AM. Validation of family planning tool in the pastoralist community. *Reprod Health*. 2020 Aug;17(1):123.
 66. Organización Mundial de la Salud. *Family Planning. A Global Handbook for Providers*. 2018.
 67. Alenezi GG, Haridi HK. Awareness and use of family planning methods

among women in Northern Saudi Arabia. *Middle East Fertil Soc J.* 2021;26(1).

68. Zulu JM, Haaland MES. Situating the Mexico City Policy: what shapes contraceptive access and abortion? *Lancet Glob Heal.* 2019;7(8):e984–5.
69. Efendi F, Gafar A, Suza DE, Has EMM ah, Pramono AP, Susanti IA. Determinants of contraceptive use among married women in Indonesia. *F1000Research.* 2020;9:9.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento Informado



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA TERCERA COHORTE

Investigadora: Md. María José López Pinta

Fecha: _____

Yo, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, EXPONGO:

Que he sido debidamente INFORMADO/A por la responsable de realizar la presente investigación sobre la influencia masculina en la planificación familiar, entendido la importancia de mi participación en la encuesta para contribuir al mencionado trabajo de investigación.

Que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósito de la investigación y también hemos tenido ocasión de alcanzar las dudas que nos han surgido.

MANIFIESTO: Que he comprendido y me siento satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para participar en la encuesta. Y para que así conste, firmo el presente documento.

Firma del encuestado/a

CI:

Anexo 2

Cuestionario de Encuesta

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
TERCERA COHORTE

**“ASPECTOS SOCIOCULTURALES EN LA ELECCIÓN DEL
MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN UNA POBLACIÓN RURAL”**

1. Datos sociodemográficos de la población

| | | |
|-----------------------------|------------------------------|--|
| Edad | 19 - 20 | |
| | 21 - 25 | |
| | 26 – 30 | |
| | 31 - 35 | |
| | 36 - 40 | |
| Sexo | Mujer | |
| | Hombre | |
| Religión | Católica | |
| | Evangélica | |
| | Testigo de Jehová | |
| | Cristiano | |
| | Ateo | |
| Estado Civil | Soltero/a | |
| | Unión Libre | |
| | Casado/a | |
| Nivel de instrucción | Primaria (escuela) | |
| | Secundaria (colegio) | |
| | Universitario | |
| Ocupación | Agricultura | |
| | Costurera | |
| | Empleado público | |
| | Empleada doméstica | |
| | Empleado privado | |
| | Personal operativo y técnico | |
| | Ama de casa | |

| | | |
|--|--|--|
| | Comercio | |
| | Estudiante | |
| | Profesional independiente: Abogado, veterinario | |

Cuestionario de la encuesta

1. ¿Usa usted algún método para no embarazarse?

| | |
|----|--|
| Si | |
| No | |

1.1. Si usted respondió Si ¿Cuál es el método que utiliza y por qué?

| | |
|----------------|--|
| Ligadura | |
| Inyecciones | |
| Pastillas | |
| Término afuera | |
| Preservativos | |
| DIU | |
| Ritmo | |
| Implante | |

1.2. Si usted no usa o dejó de usar un método anticonceptivo ¿cuál fue la razón?

| | |
|--------------------------------------|--|
| No hubo en el centro de Salud | |
| No tuvo dinero para comprarlo | |
| Le dio vergüenza solicitar el método | |
| No cuenta con el apoyo de su pareja | |
| Ya no me intereso | |

2. ¿Quién decidió que usará o no, el método de anticoncepción?

| | |
|-----------------------|--|
| Usted (el encuestado) | |
| Su Pareja | |
| Su Familia | |
| Otros | |

3. ¿Sus creencias religiosas o culturales influyeron en el momento de decidir usar un método anticonceptivo?

| | |
|-----------|--|
| Si | |
| No | |

3.1. Si usted respondió Si ¿Las creencias culturales influyeron en la selección el tipo de método anticonceptivo?

| | |
|---------------------|--|
| Siempre | |
| Casi siempre | |
| A veces | |
| Raras veces | |
| Nunca | |

3.2. Si usted respondió Si ¿Su religión influye en la selección del método anticonceptivo?

| | |
|---------------------|--|
| Siempre | |
| Casi siempre | |
| A veces | |
| Raras veces | |
| Nunca | |

4. De los métodos anticonceptivos mencionados ¿Cual es para varones?

| | |
|---------------------|--|
| Preservativo | |
| Implante | |
| Inyecciones | |
| Vasectomía | |
| Ninguno | |

5. ¿Usted considera a la planificación familiar cómo?

| | |
|----------------|--|
| Un deber | |
| Un derecho | |
| Una obligación | |

6. ¿Quién es el responsable de la planificación familiar?

| | |
|-----------|--|
| El hombre | |
| La mujer | |
| La pareja | |
| El médico | |

7. En qué forma participa su pareja en la elección del método anticonceptivo?

| | |
|---------------------------------------|--|
| Imponiendo que use el método o | |
|---------------------------------------|--|

| | |
|--------------------------------------|--|
| prohibiendo el uso del método | |
| En Acuerdo mutuo | |
| No opina | |

8. ¿Conoce Ud. los derechos de salud sexual y salud reproductiva?

| | |
|-----------|--|
| Si | |
| No | |

9. ¿Ha recibido usted alguna charla acerca de la importancia del uso de métodos anticonceptivos?

| | |
|-----------|--|
| Si | |
| No | |

10. ¿Usted ha decidido utilizar métodos anticonceptivos por la presión social o familiar de su entorno?

| | |
|---------------------|--|
| Siempre | |
| Casi siempre | |
| A veces | |
| Raras veces | |
| Nunca | |

11. ¿Las costumbres autóctonas de su comunidad influyen en su decisión de utilizar métodos anticonceptivos?

| | |
|---------------------|--|
| Siempre | |
| Casi siempre | |
| A veces | |
| Raras veces | |
| Nunca | |

12. ¿Considera necesario recibir una capacitación enfocada a la comunicación en planificación familiar?

| | |
|-----------|--|
| Si | |
| No | |

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN