



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TEMA**

**PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL  
COMPORTAMIENTO SEXUAL Y REPRODUCTIVO DE LAS MUJERES  
EN EDAD FÉRTIL QUE ASISTEN AL SUBCENTRO DE SALUD VENUS  
DEL RÍO DE LA CIUDAD DE QUEVEDO DURANTE EL PRIMER  
SEMESTRE DEL AÑO 2012**

**AUTORA:**

Fernanda Cecilia Meléndez Ruíz.  
Cira Jacqueline Peña Llanos.

**TUTORA:**

Lic. María Josefina Atencia Torres

**BABAHOYO – LOS RIOS**

2012

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
CARRERA DE ENFERMERÍA

NOMINA DE AUTORIDADES UNIVERSITARIA

Ing. Bolívar Lupera Icaza

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

Dr. César Augusto Noboa Aquino.

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Wellington Esteban Beltrán Castellón

SUBDECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ms. Bethy Mazacón Roca

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA

Abg. Israel Maldonado Contreras

SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

## AUTORÍA.

Los contenidos, procedimientos, criterios y propuesta emitidos en esta tesis cuya tema es **PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y REPRODUCTIVO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ASISTEN AL SUBCENTRO DE SALUD VENUS DEL RÍO DE LA CIUDAD DE QUEVEDO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012**, de autoría de Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

Fernanda Cecilia Meléndez Ruíz .....

Cira Jacqueline Peña Llanos. ....

## **DEDICATORIA**

A Dios:

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

A mi familia:

A mis padres Augusto Menéndez Hidalgo y Enma Ruiz, que ser los pilares más importantes, por estar siempre a mi lado y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional para salir adelante.

A mi esposo Jorge Ríos Marcillo, por su paciencia, amor y comprensión, que fueron determinantes para poder culminar este trabajo.

Fernanda Cecilia Meléndez Ruíz.

## **DEDICATORIA**

A Dios, por haberme dado la luz de la vida y a la vida por haberme enseñado a superar los retos que se presentaron en el camino del aprendizaje y a ver con claridad que este es el primer paso de mi carrera profesional.

A mis padres Luis Leonel Peña Gonzales y Rosa Armira Llanos, que son ejemplo de valentía, capacidad y superación, por enseñarme lo esencial que son los principios, valores morales y éticos.

Cira Jacqueline Peña Llanos.

## **AGRADECIMIENTO.**

A Dios, por permitirnos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas. Por los triunfos y los momentos difíciles que nos han enseñado a valorarlo cada día más

A nuestras familias, porque nos han brindado su apoyo incondicional y nos han demostrado su amor, corrigiendo nuestras faltas y celebrando nuestros triunfos.

A la Ms. María Atiencia Torres, directora de tesis, por su esfuerzo, dedicación, quien con sus conoimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en nosotros que podamos terminar este trabajo con éxito.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, por darnos la oportunidad de estudiar y ser unas profesionales.

A los docentes de la Escuela de Enfermería, por impartir sus sabidurías durante toda nuestra carrera profesional, porque han aportad con un granito de arena a nuestra formación.

Al personal del Subcentro de Salud Venus del Río, por su aporte profesional y su orientación activa en el desarrollo a la tesis.

Fernanda Cecilia Meléndez Ruíz y Cira Jacqueline Peña Llanos.

**TEMA DE TESIS.**

**PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL  
COMPORTAMIENTO SEXUAL Y REPRODUCTIVO DE LAS MUJERES  
EN EDAD FÉRTIL QUE ASISTEN AL SUBCENTRO DE SALUD VENUS  
DEL RÍO DE LA CIUDAD DE QUEVEDO DURANTE EL PRIMER  
SEMESTRE DEL AÑO 2012**

# INDICE

<b>CONTENIDOS</b>	<b>PÁG.</b>
<b>INTRODUCCIÓN.</b>	
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>1</b>
<b>1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO</b>	<b>1</b>
1.1. Contexto nacional, regional, local y/o institucional	1
1.2. Situación actual del objeto de investigación.	4
1.3. Formulación del problema	7
1.3.1. Problema General.	7
1.3.2. Problemas Derivados	7
1.4. Delimitación de la investigación	7
1.4.1. Temporal	7
1.4.5. Espacial.	7
1.5. Justificación.	8
1.6. objetivos.	9
1.6.1. Objetivo General.	9
1.6.2. Objetivos específicos.	9
<b>CAPITULO II</b>	<b>10</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>10</b>
2.1. Alternativa teórica asumida	10
2.2. Categorías de análisis teórico conceptual.	11
2.2.1. Salud sexual y reproductiva	11
2.2.1.1. El derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva	11
2.2.1.2. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional	12
2.2.2. Planificación familiar	15
2.2.2.1. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar	17
2.2.3. Los métodos anticonceptivos	19
2.2.3.1. Métodos Temporales ó Reversibles	20



2.2.3.2.Métodos Definitivos e Irreversibles	38
2.2.4. Educación sexual	39
2.2.4.1. Técnicas aplicadas en educación sexual.	40
2.3. Hipótesis	41
2.3.1. Hipótesis General.	41
2.3.2. Hipótesis Específicas.	42
2.4. Variables.	42
2.4.1. Variables Independientes.	42
2.4.2. Variables dependientes.	42
2.5. Operacionalización de las hipótesis específicas.	43
2.6.Glosario	49
<b>CAPITULO III</b>	<b>51</b>
3. METODOLOGÍA.	51
3.1. Tipo de investigación.	51
3.2. Universo y muestra.	51
3.3. Métodos y técnicas de recolección de información.	52
3.4. Procedimiento.	53
<b>CAPITULO IV</b>	<b>54</b>
4. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.	54
4.1. Tabulación e interpretación de datos.	54
4.2. Comprobación y discusión de hipótesis.	84
4.3. Conclusiones.	85
<b>CAPÍTULO V</b>	<b>87</b>
5. PROPUESTA ALTERNATIVA.	87
5.1. Presentación.	87
5.2. Objetivos.	88
5.2.1. Objetivo general.	88
5.2.2. Objetivos específicos.	88

<b>5.3. Contenidos.</b>	<b>89</b>
<b>5.4. Descripción de los aspectos operativos de la propuesta.</b>	<b>91</b>
<b>5.5. Recursos.</b>	<b>94</b>
<b>5.5.1. Recursos Humanos:</b>	<b>94</b>
<b>5.5.2. Recursos Materiales.</b>	<b>94</b>
<b>5.6. Cronograma de ejecución de la propuesta.</b>	<b>95</b>
<b>5.7. BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>96</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>98</b>

## INTRODUCCIÓN.

La Constitución ecuatoriana reconoce y garantiza los derechos sexuales y derechos reproductivos, relacionados con el derecho a la salud, una vida libre de violencia y al derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre la sexualidad, la vida y orientación sexual.

La Planificación Familiar es un derecho, no solo porque está escrito en la Constitución y las leyes, sino porque las personas deben tener la posibilidad de ejercer una planificación familiar; que implica decidir cuándo y cuántos hijos tener.

La salud reproductiva no abarca solamente la planificación familiar y la anticoncepción, sino que tiene un campo de acción más amplio en la vida familiar y el desarrollo humano. Incluye la educación sexual, la maternidad sin riesgo, el control de las infecciones de transmisión sexual, la atención de las complicaciones del aborto, la incorporación de la perspectiva de género y la prevención de la violencia de género.

El Ecuador lidera las estadísticas en la región andina y es el segundo en Latinoamérica y el Caribe con el mayor porcentaje de embarazos adolescentes. Según el último Censo de Población y Vivienda más de 121 mil jóvenes entre 15 y 19 años (17.2%), dieron a luz al menos una vez en el país.<sup>1</sup> La meta del programa de planificación familiar es disminuir en un 25% los embarazos adolescentes

El uso de métodos anticonceptivos es el determinante próximo más importante de la fecundidad, pero sobre todo, constituye la práctica más eficaz para contrarrestar el riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil. También, es un factor importante para incrementar la sobrevivencia infantil y de la niñez. Un

---

<sup>1</sup> Diario El Telégrafo, 23 millones de dólares invertirá el gobierno del Ecuador en programas de planificación familiar, 24 de Febrero del 2012, Ecuador.

conocimiento del nivel de uso de los métodos anticonceptivos permite evaluar la efectividad de los programas de planificación familiar

El proyecto está organizado en cinco capítulos:

El primer capítulo hace referencia a la problemática planteada, la importancia en la justificación y los objetivos que encaminan la investigación.

El segundo capítulo establece el marco teórico que sustenta las diversas teorías científicas en relación a las categorías conceptuales como es la planificación familiar y el comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres en edad fértil, así como la Operacionalización de las variables planteadas en la hipótesis.

El tercer capítulo organiza la metodología especificando el tipo, los métodos, las técnicas de investigación aplicado en el trabajo de campo, así como la población y muestra en estudio.

El cuarto capítulo, determina los resultados de la aplicación de la encuesta estableciendo las respectivas conclusiones.

El quinto capítulo, se plantea la propuesta alternativa para su ejecución en la institución objeto de investigación y su ampliación al sector educativo.

# CAPÍTULO I

## 6. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

### 6.1. Contexto nacional, regional, local y/o institucional

**Ecuador** es un país situado en la parte oeste de América del Sur, limita al norte con Colombia, al sur y al este con Perú, y al oeste con el Océano Pacífico. Ecuador es la octava economía Latinoamericana, la séptima suramericana y la décima americana, es el país más densamente poblado de Sudamérica y el quinto del continente, es la tercera economía con más rápido crecimiento en Latinoamérica, sus casi 15 millones de habitantes promedian una calidad de vida, crecimiento económico, desarrollo humano y PIB nominal que se hallan entre los más altos de Suramérica

Políticamente, el Ecuador es un Estado constitucional republicano y descentralizado, dividido político-administrativamente en 7 regiones, 24 provincias, 226 cantones y 1.500 parroquias.

La regionalización o zonificación es la unión de 2 o más provincias contiguas, con el fin de descentralizar las funciones administrativas de la capital Quito. Las Regiones eligen un Gobernador Regional y Consejo Regional. En el Ecuador existen 7 regiones o zonas, conformadas cada una por las siguientes provincias:

<b>1</b> <b>Región</b> <b>Norte</b>	<b>2</b> <b>Región</b> <b>Centro-</b> <b>Norte</b>	<b>3</b> <b>Región</b> <b>Centro</b>	<b>4</b> <b>Región</b> <b>Pacífico</b>	<b>5</b> <b>Región</b> <b>Litoral</b>	<b>6</b> <b>Región</b> <b>Centro-Sur</b>	<b>7</b> <b>Región</b> <b>Sur</b>
 <u>Carchi</u>	 <u>Napo</u>	 <u>Chimborazo</u>	 <u>Manabí</u>	 <u>Bolívar</u>	 <u>Azuay</u>	 <u>El Oro</u>
 <u>Esmeraldas</u>	 <u>Pichincha</u>	 <u>Cotopaxi</u>	 <u>Santo Domingo de los Tsáchilas</u>	 <u>Guayas</u>	 <u>Cañar</u>	 <u>Loja</u>
 <u>Imbabura</u>	 <u>Orellana</u>	 <u>Pastaza</u>		 <u>Los Ríos</u>	 <u>Morona Santiago</u>	 <u>Zamora Chinchipe</u>
 <u>Sucumbíos</u>		 <u>Tungurahua</u>		 <u>Santa Elena</u>		

**Los Ríos**, oficialmente **Provincia de Los Ríos**, es una de las 24 provincias de la República del Ecuador, localizada en la región litoral del país. Su capital es la ciudad de Babahoyo y su localidad más poblada es la ciudad de Quevedo. La red fluvial de esta provincia es extensa; los ríos nacen en la cordillera occidental de los Andes, el principal es el Babahoyo con sus afluentes el San Pablo y el Caracol; también recibe las aguas de los ríos Puebloviejo, Vinces, Zapotal, Yaguachi, y amazonas con los que se une al Daule y forman el Guayas. Los ríos son afluentes de otros ríos como el narcea del nalon y el jucar del Cabriel.

Según el último ordenamiento territorial, la provincia de Los Ríos pertenece a la región comprendida también por las provincias de Bolívar, Guayas y Santa Elena.

**Quevedo** se encuentra situado en un hermoso lugar en el corazón del Litoral, por su posición geográfica y vial privilegiada ha beneficiado al país, además permite un intenso tráfico terrestre y fluvial. Posee un clima que beneficia para el cultivo. Es una población situada en las orillas del río Quevedo en el sector denominado "Las lomas". Se encuentra ubicada al 1° 20' 30" de Latitud Sur y los 79° 28' 30" de Longitud occidental, dentro de una zona subtropical.

Tiene 9 parroquias urbanas:

- San José
- San Camilo
- San Cristóbal
- Venus del Río Quevedo
- Nicolás Infante Díaz
- Guayacán
- Siete de Octubre
- 24 de mayo
- Viva Alfaro

Quevedo es el mayor centro económico y comercial de la provincia de Los Ríos, entregando divisas de la exportación de sus productos agrícolas como: banano, café, cacao, palo de balsa, caucho, palma africana, frutales, soya, maíz, entre otros.

**El Subcentro de Salud Venus del Río**, esta unidad de salud fue creada en el gobierno del Dr. Oswaldo Hurtado, bajo la organización y promoción de los dirigentes de la cooperativa de ese entonces Lcdo. Luís Villacís, Sr. Eduardo Ayón y Sr. Porfirio Guerrero, las actividades del Subcentro fueron inauguradas en el año 1981, el personal que empezó a laborar en ese entonces fue el Dr. Eduardo Chang, como médico rural, Dra. Mercy Novillo Odontóloga, Sra. Doris Pisa Auxiliar de Enfermería; las funciones principales eran brindar atención médica, odontológica y aplicación de vacunas, además de cumplir con censos a la población y realización de mapa parlantes y fichas familiares.

En 1994, la Provincia de Los Ríos se divide en áreas de salud, Quevedo fue asignada como área N°2 de salud y la dirección de la misma quedó destinada al Hospital “Sagrado Corazón de Quevedo”.

En el 2002, por medio de autogestión y convenio con Corpecuador en el Gobierno del Ing. Lucio Gutiérrez, se logró la ampliación del Subcentro para aumentar la capacidad de captación de pacientes y contar con más espacio físico para el trabajo de los profesionales y mejorar la atención médica a dicha población.

Obstetricia

Laboratorio

Preparación

Odontología

Medicina general.

Malaria

Estadística.

Vacunación.

## 6.2. Situación actual del objeto de investigación.

Según el anuario de egresos hospitalarios del INEC 2008 las principales causas de morbilidad en adolescentes fueron las complicaciones vinculadas con el embarazo y parto, con una tasa de 5,15 x 10.000 habitantes.

En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales.

La encuesta ENDEMAIN del año 2004 indica que el inicio de las relaciones sexuales se da a los 18,7 años y el primer parto a los 21,2 años. Estudios recientes revelan que el inicio de las relaciones sexuales en varones es a los 15,6 años y para la mujer 17,2, a pesar que se revela un alto conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes y la educación sexual es impartida en las escuelas y colegios desde el 7° año de educación básica, solo el 10% de los adolescentes usa un método anticonceptivo durante su relación sexual.

El uso de MAC se ha incrementado en forma significativa, aunque todavía queda un gran camino que recorrer. El 73% de las mujeres casadas o unidas está utilizando actualmente algún método, superior al registrado en 1999 (66%), 28% más alto al registrado hace 10 años, y más del doble al observado hace 25 años. Conforme se observa en el cuadro 1, la esterilización femenina se consolida como el método de mayor uso (24.1%), le sigue la píldora (13.3%) y el dispositivo intrauterino -DIU- (10.1%). A pesar de los porcentajes bajos, hay que resaltar que el uso de la inyección anticonceptiva (5.9%) y del condón o preservativo (4.3%), presentan los incrementos más importantes entre las ENDEMAIN 1999 y 2004.<sup>2</sup>

El número de nacidos vivos ha aumentado en los últimos 20 años, en relación directamente con el crecimiento poblacional, igual tendencia se presenta en madres adolescentes. Durante el año 1989 se registraron e inscribieron en el país 200.099

---

<sup>2</sup> ENDEMAIN. Encuesta Demográfica y de Salud Materno e Infantil 2004. <http://www.cepar.org.ec>.



nacimientos, de los cuales 28.876 (14,3%) se dieron en madres adolescentes. En el año 2009 de los 215.906 nacimientos 43.912 fueron en adolescentes (20,24%), en los últimos 20 años el número de embarazos en adolescentes se incrementó en un 5,91%<sup>3</sup>

De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, realizado en 2010, en el país hay 346 700 niñas, de las cuales 2080 ya han sido madres. Si bien la cifra representa menos del 1% del total, da cuenta de un incremento del 74% en los 10 últimos años. A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años.<sup>4</sup>

Entre los principales limitantes del acceso a los servicios de SSR se pueden anotar los siguientes: 1. La actividad sexual inesperada y no planificada, 2. Falta de información (o información inadecuada) sobre anticonceptivos y donde conseguirlos, 3. Miedo a los procedimientos médicos y exámenes para acceder a los anticonceptivos, 4. Temor de que se conozca la historia de su actividad sexual o experiencias de abuso sexual, 5. Actitud hostil del personal salud, 6. Miedo a las actitudes críticas por parte de los proveedores de salud, 7. Miedo a la falta de confidencialidad y privacidad. 8. Mitos sobre anticoncepción, 9. Temor a ser discriminados y la vergüenza de asumir su sexualidad libremente, 10. Falta de recursos y transporte para acceder a los servicios de salud, 11. Incompatibilidad con horarios de atención de los servicios.

Las provincias con mayor número de madres adolescentes son Esmeraldas, Los Ríos, Sucumbíos, Orellana, Morona Santiago y Zamora Chinchipe, según el Censo Población y Vivienda 2010<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Anuario de Nacimientos y Defunciones INEC 1989 -2009

<sup>4</sup> Diario hoy. “Embarazo de niñas sube 74% y ubica al Ecuador primero en la región andina”, 27 de febrero del 2012. <http://www.hoy.com.ec>.

<sup>5</sup> Diario hoy. “Embarazo de niñas sube 74% y ubica al Ecuador primero en la región andina”, 27 de febrero del 2012. <http://www.hoy.com.ec>.

En relación a los programas de planificación familiar en la región están siendo víctimas de su propio éxito. Al ser efectivos y mostrar grandes logros, cada vez reciben menos apoyo político y financiero al no considerarse prioritarios. Por su parte, las organizaciones no gubernamentales (ONG) están disminuyendo su actividad como proveedoras de anticonceptivos probablemente porque ellas también están recibiendo menos recursos aun cuando son quienes pueden tener un mejor acercamiento a las poblaciones antes mencionadas. Así, la mayor parte de la demanda de planificación familiar está siendo atendida por los servicios públicos, pero la actual crisis económica y el retiro de algunos donantes bilaterales y agencias de cooperación ponen en riesgo su futura sustentabilidad.<sup>6</sup>

El desconocimiento de la planificación familiar y el incremento de los embarazos adolescentes, son dos grandes y complejos problemas que causan diversos impactos negativos en las mujeres ecuatorianas. El derecho a decidir libremente sobre la fecundidad está limitado por las tasas de insatisfacción de la demanda de métodos de planificación familiar, sobre todo a nivel rural, las dificultades al acceso de anticonceptivos de las adolescentes y la falta de consejería adecuada para retrasar el inicio de las relaciones sexuales. Por otra parte, la infertilidad de la mujer no es abordada adecuadamente por los servicios públicos, los que además carecen de recursos para el diagnóstico y el tratamiento. Es por ello que el Gobierno Nacional ha puesto en marcha, desde el Estado, la iniciativa conocida como ENIPLA (sigla cuyo significado es Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente).

Según reporte estadístico del Subcentro de Salud Venus del Ríos se atiende alrededor de 644 mujeres embarazadas en edad de 15 a 35 años, distribuidos de la siguiente manera:

Meses/2012	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	Agosto
Mujeres en edad fértil embarazadas	94	80	84	78	73	60	70	105

<sup>6</sup> UNFPA Ecuador, Planificación Familiar. 16 de septiembre del 2012, <http://www.unfpa.org.ec>

### **6.3. Formulación del problema**

#### **6.3.1. Problema General.**

- ¿Qué influencia tiene el programa de planificación familiar en el comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres en edad fértil que asisten al Subcentro de Salud Venus Del Río, de la ciudad de Quevedo, durante el primer semestre del año 2012?

#### **6.3.2. Problemas Derivados**

- ✓ ¿Cuál es el método anticonceptivo de mayor demanda para regular la vida sexual, reproductiva y de planificación familiar en las mujeres en edad fértil?
- ✓ ¿De qué manera la atención del profesional de salud en el programa de planificación familiar contribuye a la identificación oportuna del riesgo reproductivo preconcepcional de las mujeres en edad fértil?
- ✓ ¿Cómo la educación sexual contribuye a la adopción de conducta sexual y reproductiva saludable en mujeres en edad fértil?

### **6.4. Delimitación de la investigación**

#### **6.4.1. Temporal**

Enero – Noviembre 2012

#### **1.4.5. Espacial.**

**Institución:** Subcentro de Salud Venus Del Río.

**Ubicación:** Cooperativa Venus Del Río.

Cantón Quevedo

Provincia de Los Ríos

País Ecuador

#### **1.4.6. Unidades de observación**

- Personal de salud del Subcentro Venus Del Río.
- Pacientes femeninas en edad fértil.

#### **6.5. Justificación.**

Hoy día se define la salud reproductiva como los derechos sexuales y reproductivos que expresan el derecho que tienen las parejas a disfrutar de una sexualidad pro creativa, plena, segura, y libres del temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad, a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones con resultados positivos en términos de supervivencia y bienestar para los padres y sus hijos.

Los derechos sexuales y reproductivos están profundamente relacionados con el desarrollo cultural y de género de un pueblo. Para esta investigación se utiliza el concepto de conductas de salud sexual y reproductiva, para lo cual la OMS centra su concepto en dos pilares; El respeto a los derechos de la familia a decidir el N° de hijos que quieren tener, cuándo y cómo; y el deber del Estado de proveerles servicios de bienestar, buena calidad antes durante y después del proceso reproductivo, por lo que se interrogará a las mujeres multíparas sobre si conocen los métodos anticonceptivos y adoptan estas conductas de auto cuidado en su vida o hay una cuestión cultural y de género que les impide tomar la decisión de cuidarse en su salud sexual y reproductiva.

Es por esto que el profesional de la salud tiene como tarea contribuir a promocionar la salud reproductiva: a que adopten una sexualidad libre de engendrar hijos no deseados, de evitar contraer una enfermedad de transmisión sexual (ETS), SIDA y de adoptar una maternidad y paternidad responsable. Por todo lo expuesto creemos que desarrollar esta investigación es de vital importancia y nos ayudara a determinar sus conocimientos, sus conductas y nos dará los instrumentos para abordar la prevención en un específico.

Este proyecto beneficia a la población en edad fértil que asiste al Hospital y su utilidad científica será un eje para los futuros profesionales en la carrera de la salud.

## **6.6. objetivos.**

### **6.6.1. Objetivo General.**

- Evaluar la influencia que tiene el programa de planificación familiar en el comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres en edad fértil que asisten al Subcentro de Salud Venus Del Río, de la ciudad de Quevedo, durante el primer semestre del año 2012.

### **6.6.2. Objetivos específicos.**

- ✓ Conocer el método anticonceptivo de mayor demanda para regular la vida sexual, reproductiva y de planificación familiar en las mujeres en edad fértil.
- ✓ Determinar de qué manera la atención del profesional de salud en el programa de planificación familiar contribuye a la identificación oportuna del riesgo reproductivo preconcepcional de las mujeres en edad fértil.
- ✓ Desarrollar programas de educación sexual para la adopción de conducta sexual y reproductiva saludables en mujeres en edad fértil.

## CAPITULO II

### 7. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 7.1. Alternativa teórica asumida

En el enlace de gobierno, el Ministro de salud manifiesta que no se puede aceptar que nuestras adolescentes se embaracen a las 10 o 14 años”, que el 45% de estas niñas no estudiaron ni trabajaron “De cada cinco partos, uno es de una mujer adolescente”. Situación que abarca dos problemas: Explosión demográfica sobre todo en los más pobres y el embarazo adolescente, que tiene un 74% de incremento en niñas de entre 10 y 14 años.<sup>7</sup> Y es que, la salud sexual y reproductiva es vista como parte integrante del desarrollo humano vinculada con los derechos sexuales y reproductivos, el medio ambiente, la población y el desarrollo y contempla las actividades para promover y mantener una sexualidad sana, basada en conductas y estilos de vida saludables y procesos educativos que posibiliten un desarrollo biológico, psicológico y socio cultural adecuado, asegurando el ejercicio de los derechos reproductivos en pro de mejores niveles de salud y de vida.

Pero para mantener la salud sexual y reproductiva se deben adquirir ciertas condiciones saludables en cuanto a conductas sexuales adecuadas y aceptables que favorezcan una calidad de vida y una responsabilidad sociocultural.

Por lo cual el estado impulsa el desarrollo de programas de planificación familiar, el mismo que tiene como finalidad: Disminuir la morbilidad materno infantil y prevenir embarazos no deseados con información, orientación, métodos y prestaciones de servicios sobre el tema, promover la salud sexual, contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de HIV-sida y enfermedades sexuales y mamarias.

---

<sup>7</sup> El Ciudadano, Periódico digital del Gobierno de la Revolución ciudadana, “Gobierno anuncia intenso programa de planificación familiar”, 19/febrero/2011, Ecuador. <http://www.elciudadano.gob.ec>.

## **7.2. Categorías de análisis teórico conceptual.**

### **7.2.1. Salud sexual y reproductiva**

Salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o malestares en los aspectos relacionados al sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Gozar de una buena salud sexual y reproductiva implica que todas las personas puedan disfrutar de una sexualidad plena, sin violencia y sin riesgos para su salud, implica la posibilidad de procrear cuando así lo deseen y decidir cuándo y cómo hacerlo o con qué frecuencia.<sup>8</sup>

El enfoque de SSR constituye una visión integral, en cuanto al cuidado de la salud superando el tradicional enfoque materno infantil y promueve el ejercicio de la sexualidad y capacidad reproductiva con equidad y responsabilidad, involucrando a hombres y mujeres.<sup>9</sup>

“La salud sexual y reproductiva es un proceso ininterrumpido, ligado al desarrollo humano desde mucho antes del nacimiento hasta la edad adulta y la vejez, que trata de asegurar al hombre y la mujer una vida reproductiva sana y libre de riesgos, así como una sexualidad responsable”.

#### **7.2.1.1. El derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva**

El derecho a la salud incluye el derecho universal de hombres y mujeres, sin discriminación, a acceder a los servicios de salud pública, así como el respeto a la autonomía y libertad de las personas, que comprende el control sobre su cuerpo y su salud. Abarca asimismo el acceso a información relacionada tanto con la salud como

---

<sup>8</sup> Manual sobre Salud Sexual y Reproductiva, 2008 CEASPA – UNFPA – MINGOB. Panamá

<sup>9</sup> Corporación Utopía. “Manual para Facilitadores/as. Salud Sexual y Reproductiva / VIH-SIDA para Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Ecuador”, Edita: Dirección de Sanidad del Comando Conjunto, Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional, UNFPA y el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Quito, Ecuador, 2005,

con la salud sexual y reproductiva. También forman parte de él la libertad de rechazar todo tipo de discriminación y de no ser sometido a esterilización forzada y el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud. Como otros derechos humanos, se aplica a las personas desfavorecidas y vulnerables que viven en la pobreza, para las cuales es especialmente relevante, y su ejercicio exige contar con un sistema de salud eficaz, inclusivo y de buena calidad (Naciones Unidas, 2004a, párr. 16).<sup>10</sup>

### **7.2.1.2. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional**

#### **Concepto**

Se conoce como *riesgo preconcepcional* a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.

Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación.

#### **Antecedentes y condiciones generales**

##### **EDAD (MENOS DE 18 Y MÁS DE 35 AÑOS)**

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro prematuro), así como que ocurran malformaciones

---

<sup>10</sup> Naciones Unidas (2004a), *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Nota del Secretario General (A/59/422)*, Nueva York.



congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc.

En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas.

#### **PESO (MALNUTRIDAS)**

Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso. Se clasificará como bajo peso la paciente con peso menor de 18,4 Kg./m<sup>2</sup>, hay una relación entre la masa corporal de la madre y el desarrollo de la masa corporal del producto.

#### **Condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas**

Éstas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc.

#### **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y REPRODUCTIVOS**

1. *Paridad*: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando ha habido más de 3 partos.
2. *Intervalo intergenésico*: lo consideramos corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.
3. *Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales*: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.

4. *Recién nacidos de bajo peso y pretérminos*: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.
5. *Toxemia anterior*: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos, así como si han aparecido otros factores.
6. *Cesárea anterior*: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar.
7. *Rh negativo sensibilizado*: constituye un importante riesgo aunque no es frecuente. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones

La valoración del riesgo en las mujeres que se encuentran en edad fértil (MEF) entre 15 y 49 años no puede ser esquemática, sino que se necesita un análisis individual e integral en todos los casos. La edad se considera un riesgo en las menores de 20 años, ya que no existe madurez biológica ni psicológica y no tienen independencia económica y en las mayores de 35 años, porque se encuentran en el inicio del envejecimiento del sistema reproductor, trayendo consigo mortalidad materno infantil, preeclampsia, ruptura uterina y enfermedades del cuello uterino, además del aumento del número de cesáreas y malformaciones congénitas.

### **Riesgo obstétrico:**

- a. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo.
- b. Asma bronquial (AB). Enfermedad crónica, reversible espontáneamente o con tratamiento, caracterizada por hiperreactividad bronquial, de origen multifactorial, ocasiona sibilancia, dificultad respiratoria, opresión en el pecho y tos de grado variable. Puede causar la muerte de la madre y ó del feto en casos severos por alteración de la relación entre ventilación/perfusión sanguínea conduce a la hipoxemia, hipercapnia y acidosis respiratoria.
- c. Diabetes mellitus (DM) intolerancia a los hidratos de carbono, Resistencia a la insulina. La aterosclerosis se acelera por diversos factores: hiperglicemia, hiperlipidemia, anomalías de las lipoproteínas asociadas incremento de la hipertensión y la hiperinsulinemia. Tiene característica trombogénica como:

alteraciones de la coagulación, rigidez eritrocitaria, aumento de la viscosidad sanguínea y mayor adhesividad de las plaquetas al endotelio dañado, aumenta las complicaciones cuando se asocia a otros factores de riesgo ej.: hipertensión arterial (HTA).

d. Epilepsia. Cuadro electroclínico por descargas excesivas, hipsincrónicas, súbitas y recurrentes de una población neuronal más o menos extensa del cerebro. Crisis convulsiva generalizadas o parciales en ocasiones no convulsivas. La terapéutica y electroencefalograma aclararán las dudas. Complicaciones como hipoxia cerebral por isquemia y llega a producir muerte neuronal. La mayoría de las epilépticas embarazadas no tendrán complicaciones durante las gestaciones y el parto y el niño nacerá normal.

### **7.2.2. Planificación familiar**

#### **Concepto.**

El concepto de planificación familiar en sentido estricto es: “El derecho y el deber que tienen las parejas y las personas de decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de los hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa”<sup>11</sup>

La experiencia mundial confirma que pocos programas han hecho una contribución tan importante para el desarrollo, para el mejoramiento de la salud, para la reducción de la pobreza, y el mejoramiento de las condiciones de vida como la PF. Constituye una de las inversiones más rentables por ser relativamente de bajo costo y altos beneficios: “La PF, como programa cuyos beneficios llegan a todos los niveles individual, familiar, comunitario, nacional y mundial mejora la calidad de vida al reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, ampliar las opciones de vida

---

<sup>11</sup> UNFPA: Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo 1994.

de las mujeres y paliar las presiones que gravitan sobre los gobiernos en relación con la satisfacción de necesidades sociales y económicas”.<sup>12</sup>

La PF contribuye también a la adopción de prácticas sexuales menos riesgosas, evitando así las infecciones de transmisión sexual y el SIDA, a la reducción de las tasas de natalidad y a armonizar el crecimiento de la población con las condiciones económicas y sociales del país.

La planificación familiar requerida de un proceso complejo de formación que promueva desde tempranas edades valores, actitudes y habilidades para una paternidad/maternidad responsable y exitosa como producto de una opción libre y consciente. Por supuesto esto requerirá de procesos intencionales permanentes y sistemáticos de educación sexual tanto en el sistema educativo como familiar.

### **Objetivos globales de la Planificación Familiar**

- Evitar embarazos no deseados.
- Regular los intervalos entre embarazos.
- Decidir el número de hijos en la familia.
- Regular el tiempo en que ocurren los nacimientos en relación con las edades de los padres.
- Facilitar los nacimientos deseados para mujeres con problemas de fecundidad.
- Evitar el embarazo cuando agravaría una enfermedad peligrosa presente.
- Brindar a los portadores de enfermedades genéticas la opción o posibilidad de evitar el embarazo.

### **Finalidad global de la Planificación Familiar**

La finalidad global de la planificación familiar consiste en mejorar la salud de la madre, sus hijos y la familia en general. En este sentido, las medidas preventivas

---

<sup>12</sup> Population Reference Bureau (PRB), Planificación Familiar: Programas Eficaces para el Desarrollo, Washington 1994.

de salud reconocida son: Espaciamiento de los partes, limitación del tamaño de la familia y programación de los nacimientos.

### **Objetivos de enfermería en la Planificación Familiar**

Además de objetivos globales de la planificación familiar los servicios de enfermería tienen finalidad propia en esta área:

- Ser sensible a las necesidades de control de la natalidad de la mujer o la pareja.
- Conservar la objetividad al hablar de los métodos de control de la natalidad, incluso cuando se trate de esterilización y aborto.
- Orientar a la mujer sobre todo los métodos de control de la natalidad.
- Ofrecer ampliar información sobre el método elegido por la mujer.
- Permitir a la paciente tomar una decisión informada.
- Animar a la paciente a buscar ayuda cuando se le presente dudas o problemas.
- Estar a disposición de la paciente cuando necesite consejo o ayuda.

Para una buena planificación familiar, se necesita un concepto básico sobre métodos anticonceptivos.

#### **7.2.2.1. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar<sup>13</sup>**

La ENIPLA es una acción del Estado para garantizar los derechos, en particular los derechos sexuales y derechos reproductivos, y en este marco, el acceso real y efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. En éstos se brindará educación, consejería en sexualidad y planificación familiar.

**La Constitución del 2008**<sup>14</sup> reconoce y garantiza los derechos sexuales y derechos reproductivos que tienen relación con: • La vida digna, el derecho a la

---

<sup>13</sup> Ministerio de Salud Pública, Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA), Ecuador.

<sup>14</sup> Constitución 2008, capítulo primero, artículo 11, literal 2. Capítulo segundo, “Derechos del buen vivir”, el artículo respecto de la salud. Capítulo sexto, sobre los Derechos de Libertad, artículo 66. Artículo 95 sobre la participación de la ciudadanía. Ecuador.

salud, una vida libre de violencia. • Derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre la sexualidad, la vida y orientación sexual.

Decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener, lo cual permite atender y planificar otros aspectos de la vida familiar y personal, como el acceso a educación, trabajo, atención y cuidado de los hijos, etc.

### **Objetivo general**

Garantizar el acceso efectivo a información, orientación, servicios de salud sexual y reproductiva y métodos de anticoncepción basados en las normas constitucionales en el lapso de 3 años.

### **Líneas de acción**

1. Educación e información como estrategias empoderadoras para ejercer el derecho a la salud sexual y salud reproductiva en el marco de los derechos.
2. Acceso y utilización real y efectiva de métodos anticonceptivos en el marco de una atención de calidad en servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva.
3. Promover un proceso de transformación de patrones socio - culturales frente a la sexualidad y reproducción con énfasis en planificación familiar.
4. Promover y/o consolidar los procesos de participación y veeduría social en los aspectos relacionados con educación y acceso a anticoncepción en el marco de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Los programas de planificación familiar desempeñan un importante papel en el desarrollo socioeconómico de los países. La planificación familiar favorece el acceso de las mujeres a oportunidades de desarrollo y favorece su aporte al mismo. El ejercicio del derecho de las mujeres a tomar decisiones sobre su vida reproductiva, les posibilita el goce de otros derechos como la educación, la generación de ingresos, trabajo, participación, etc.

### **7.2.3. Los métodos anticonceptivos**

Serie de procedimientos utilizando. Objetos, medicamentos, conocimientos o intervenciones quirúrgicas, con el fin de evitar, principalmente el embarazo no deseado.

Aunque no existe un método anticonceptivo perfecto, todas las parejas en edad fértil y sexualmente activas deben emplear alguna forma de control de natalidad si no desean que se produzca un embarazo en el futuro inmediato, puesto que, de lo contrario, lo más probable es que ello ocurra en el plazo de seis a un año.

#### **Clasificación de los métodos anticonceptivos**

Se clasifican en 2 grandes grupos: Temporales y Definitivos

Métodos temporales:

Naturales

- Método del Ritmo
- Método del Moco cervical
- Método de Lactancia Materna
- Método Retiro (Coito Interrumpido)
- Método Temperatura Basal.

Artificial

- Barrera: Preservativo o condón  
Espermicida  
Diafragma
- Hormonales: Orales, Inyectables, Implantes Norplant
- Mecánicos: DIU

Métodos definitivos

- Ligadura Trompas o Irreversibles Vasectomía

### 7.2.3.1. Métodos Temporales ó Reversibles

#### I) Métodos Naturales.-

Se basan en la abstinencia durante el periodo periovulatoria del ciclo menstrual.

**1.- Método del Ritmo.-** Es un método que consiste en evitar las relaciones cóitales durante el periodo fértil del ciclo menstrual. El método funciona en mujeres que son irregulares en su regla. No protege del contagio de las ETS / SIDA.

Se basa en la presunción de que los ciclos menstruales son relativamente constantes, de modo que tal que controlando varios ciclos anteriores se puede predecir el periodo fértil de los siguientes. Ejemplo:

- Si el periodo menstrual consta de 28 días. El 14 día es el día en que se presenta la ovulación, para esto la mujer contará con 3 días antes y 3 días después de este para evitar tener relaciones cóitales durante este periodo, es este periodo al que se considera Periodo Fértil.

**2.- Método del Moco Cervical.-** Requiere conocer los cambios del moco cervical a largo del ciclo menstrual.

Se basa en la presencia de mucosidad en la vagina. Consiste en tomar entre el dedo índice y pulgar un poco de moco cervical (sustancia del fondo vaginal) y separar dichos dedos todo lo que sea posible para observar la elasticidad del moco. Se este se estira más que en los días anteriores, en que era escaso y espeso, indica que esta por producirse la ovulación. Por lo tanto se debe evitar tener relaciones cóitales durante este periodo. No protege del contagio de ETS / SIDA.



El moco favorece la supervivencia de los espermatozoides y facilitan su tránsito del cuello del útero o la matriz y luego a las trompas de Falopio donde se produce la fecundación. Este moco fértil tiene las siguientes características:

- Acuoso, adherente, resbaladizo, húmedo, abundante, claro, fino y filante, delgado, elástico, continua siendo lubricante,

El moco no fértil tiene las siguientes características:

- Sensación de sequedad.
- Aumento de la coloración amarillenta
- Blanquecina, Consistente.

**3.- Método de Lactancia Materna.-** Basada en el hecho en que durante la lactancia se produce en la mujer un aumento de la hormona llamado prolactina, que suprime la ovulación, por tanto se impide el embarazo durante este periodo, requiere que la mujer cumpla condiciones durante la lactancia.

- Amamantar de 10 - 12 veces durante el día y la noche (lactancia exclusiva).
- No menstruar.
- Estar en los primeros 6 meses posteriores del parto.

El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) es el uso de la lactancia como método anticonceptivo. Este se basa en el efecto fisiológico de amamantar para suprimir la ovulación. Con el fin de utilizar la lactancia como método anticonceptivo eficaz, se requiere que la madre alimente a su bebe sólo leche materna o, que por lo menos, amamante en casi todas comidas. Además, el/la bebe debe tener menos de seis meses.

### **Indicación**

Toda mujer que amamante plenamente que este en amenorrea, utiliza este método el cual es efectivo hasta 6 meses después del parto. Puede utilizarse como método introductivo de planificación familiar, desde el post - parto inmediato y durante la lactancia, protegiendo a esta y obteniendo los beneficios de la infertilidad material que ella provoca, a través de la supresión hormonal de la ovulación.

## **Ventajas**

- Está disponible universalmente.
- Es muy eficaz en por lo menos un 98 %.
- La protección comienza inmediatamente después del parto.
- Ofrece múltiples beneficios de salud a la madre y al lactante.
- No se requieren productos ni suministros, por lo que carece de costo.
- Se considera una conexión para el uso de otros anticonceptivos.
- Se basa en prácticas religiosas y culturales establecidas universalmente.
- Mejora los factores de lactancia materna y destete.
- Pospone el uso de esteroides hasta que el lactante este más desarrollado.

## **Desventajas**

- El patrón de lactancia puede ser difícil de mantener.
- No protege contra los ITS (Infección de Transmisión Sexual). Incluida la infección por el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH).
- La duración del método es limitada.
- Es útil solo para mujeres en el posparto que estén amamantando.

**4.- Método del Coito Interrumpido (Retiro).**- Es un método de planificación familiar tradicional en el que el hombre retira el pene completamente de la vagina antes de eyacular. A consecuencia de ello, los espermatozoides no entran en la vagina y se impide la fertilización. No hay cifras exactas de su uso que está influido por patrones culturales.

## **Mecanismos de acción**

Para su empleo eficaz el hombre debe predecir el momento en que la eyaculación es inminente y debe retirar el pene para que el semen eyaculado no entre en contacto con la vagina y ni con los genitales externos de la mujer. Esto es debido a que en la vulva pueda haber moco cervical que facilita la movilización de los espermatozoides hacia la parte superior del tracto genital femenino.

Generalmente antes de la eyaculación se produce la expulsión de un líquido (secreción prostática) que se ha discutido; se podría generar un embarazo. Algunos investigadores sostienen que este líquido no tiene el número suficiente de espermatozoide para producir una fertilización y sería comparable a una oligoespermia severa en caso de esterilidad.

### **Tasa de fallo**

De 25 embarazos por cada 100 mujeres.

### **Ventajas**

- Es simple.
- No requiere supervisión profesional.
- No tiene costo.
- Es accesible en todo momento y circunstancia.

### **Desventajas**

1. El retiro incompleto a tardío durante el periodo fértil de la mujer incrementa la probabilidad de embarazo no deseado, obviamente al retiro tardío fuera del periodo fértil femenino no ocasiona embarazo.
2. Requiere alta motivación en ambos miembros de la pareja ya que el hombre debe retirarse interrumpiendo todo contacto corporal con su pareja en momentos de máxima excitación sexual. Esto influye en la aceptabilidad del método.
3. La apreciación de que el retiro produciría trastornos neuróticos no está suficientemente avalada. Debe evitarse producir iatrogénica con este concepto.
4. Los urólogos mencionan este método como causante de congestión de la próstata y los ginecólogos como causante de congestión pélvica, todo lo cual tampoco tiene sólida demostración científica.
5. Está constituida en los casos que hay poco control sobre la eyaculación (eyaculación prematura o en adolescentes).

**5.- Método de temperatura Basal.-** Este Método se basa en el hecho de que el momento de la ovulación, la temperatura aumenta.

- Requiere que previamente la mujer establece su temperatura (oral o axilar) normal, diariamente a la misma hora (antes de levantarse).
- Desde que empieza a aumentar la temperatura debe evitarse tener relaciones cóitales hasta dos o tres días después de observar en el termómetro la elevación de la temperatura en 3- 5 líneas. Esta elevación indica que se ha producida la ovulación.
- Por lo tanto, no se debe tener relaciones cóitales en estos días.
- No protege el contagio de la ETS/SIDA.

### **¿Cómo tomar la Temperatura?**

- La temperatura se debe tomar en la mañana, antes de levantarse de la cama, entre 6 y 8 am, de preferencia después de haber dormido tranquilamente ocho horas.
- Debe utilizarse un termómetro controlado. Hay que sacudirlo para que el mercurio baje al fondo. Debe ser siempre el mismo termómetro.
- Al inicio la temperatura debe ser tomada todos los días sin excepción, inclusive durante las reglas, siempre en la misma forma y a la misma hora.
- Además de la temperatura, deberá anotarse todo incidente eventual que pudiera hacerla variar, resfriados, alteración estomacal, otros malestares.
- Conviene anotar la fecha de relaciones sexuales.
- El termómetro debe permanecer en la boca de 4 a 5 minutos, o en el recto por 3 minutos.
- Al evaluar la curva de temperatura basal, se establece el día ovulatorio observando los días que ha aumentado. Luego para el periodo de abstinencia se cuenta 3 días antes y después.

### **La pareja debe tener coito**

Desde el primer día del sangrado menstrual hasta 3 días después de la elevación mencionada y de haberse mantenido por ese lapso en valores alcanzados. Una vez que supere este tiempo, la pareja puede tener relaciones sexuales.

## **II.- Métodos Artificiales**

### **A) Métodos de Barrera.-**

Ofrecen un obstáculo mecánico que impiden al semen ponerse en contacto con el cerviz. Se recomienda para parejas con baja frecuencia coital, especialmente para jóvenes solteros, con relaciones sexuales ocasionales, siempre y cuando eviten el coito en los días de mayor fertilidad; protegiéndose, así mismo, contra muchas enfermedades de transmisión sexual como el Sida e incluso el Cáncer de Cerviz (en el caso del condón).

**1.- Preservativo o Condón.-** Es un anticonceptivo para uso masculino el cual es fabricado por látex muy delgado y resistente. Se colocan sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicida para ofrecer mayor protección. Los condones masculinos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (ETS, incluyendo el VIH/SIDA) pasen de un miembro de la pareja al otro.

#### **Acción del Condón**

- Impide que el semen entre en la vagina.
- Evita la transmisión de enfermedades venéreas

#### **Beneficios o Ventajas colaterales del condón.**

- Prevenir de infecciones vaginales o transmitidas por contacto sexual y, posiblemente, de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Mayor comodidad y placer sexual con los dispositivos lubricados.
- Inclusión del condón en el juego sexual.
- Reducción de títulos de anticuerpos en las parejas en que la mujer los produzca contra los espermatozoide se su compañero.

#### **Es un Método:**

- Accesible con una amplia posibilidad de distribución comunitaria.
- Prácticamente sin efectos secundarios.

- Protege efectivamente contra ETS/VIH - Sida.
- Es reversible.
- Es de relativamente bajo costo.
- Posible efecto en la prevención del cáncer de cuello uterino.
- Puede ser utilizado como método único de apoyo a otros métodos.
- Permite la participación de los hombres en la responsabilidad de la planificación familiar.

### **Desventajas:**

#### **Para el Usuario:**

- Interrumpe el acto sexual para su colocación: interrupción del juego previo.
- “Incomodidad” del método.
- Reducción de la sensibilidad masculina y femenina.
- Dificultad de mantener erección.
- Disminución en el disfrute de la relación sexual.
- “Mal” Concepto del Método.
- Conceptos errados sobre eficacia y efectos secundarios.

### **Complicaciones**

Están dadas por el escape de semen debido a rotura accidental del condón, accidente absolutamente impredecible para el usuario.

### **Instrucciones para el Hombre**

- Para saber si un condón está en buen estado, y puede ser usado, hay que ver: Primero debe fijarse que el sobre no éste roto o dañado.  
Antes de abrirlo revise si se mantiene la sensación de “almohadilla de aire” del sobre.
- El condón estará en buen estado si no han pasado más de 5 años. Fíjese en la fecha de fabricación que aparece junto a las letras MDF. En algunos condones, al lado EXP aparece el año hasta que se puede usar; no use el condón después de ese año.

- Abra el sobre del condón con las manos y por el borde para no dañarlo. No lo haga con los dientes, tijera, navaja.
- Colocar el condón desde el inicio de la relación sexual (coito) cuando ocurre la erección, pues puede haber semen previamente en el conducto uretral o puede haber eyaculación precoz.
- Hacerlo antes que entre en contacto con la vagina. Coloque el condón en la punta del pene cuando todavía este duro, y despliéguelo “córralo” poco a poco hasta cubrir todo el pene; evitar formación de burbujas.
- Colocación del condón, demostrando el espacio del extremo que será el reservorio del semen, al colocárselo apriete la punta del condón. Evite que el condón se llene de aire para que no se rompa.
- No use cremas con aceites (como la clásica vaselina) para “humedecer” el condón, porque deterioran el látex y se puede romper. Si se necesita (Lubricante usar uno a base de agua), al terminar la relación sexual coital, coja la “boca” del condón con los dedos y retire el pene de la vagina antes que se ponga placido ”se muera”, tal como lo indica en el dibujo.
- O También después de la eyaculación retirar al pene inmediatamente de la vagina, sosteniendo el preservativo por su base para evitar que éste se salga y evitar así que se derrame el semen.
- Anudar el preservativo antes de tirarlo, bote el condón usado. No lo vuelva a utilizar, usar un nuevo condón en cada coito.
- Debe usarse en todas las relaciones sexuales independientemente del momento del ciclo menstrual en que se encuentre la mujer.
- Guarde el condón en donde no se maltrate. No lo ponga en la billetera ni en el bolsillo trasero del pantalón. Puede guardarse en el bolsillo de la camisa.

**2.- Espermicida.-** Son geles espumas, cremas o capsulas que se insertan profundamente en la vagina liberando sustancias que moviliza o matan los espermatozoides.

Los espermicidas causan la ruptura de las membranas de los espermatozoides, lo cual disminuye su movimiento (motilidad y movilidad), así como su capacidad de fecundar el ovulo.

Se presentan en varias formas farmacéuticas

- Cremas, jaleas y espumas
- Tabletas espumantes
- Óvulos licerables.
- Óvulos Espumantes
- Películas solubles

### **Mecanismos de Acción:**

Al espaciarse el espermicida por la vagina, produce una película viscosa que disminuye la motilidad de los espermatozoides. Además, los espermicidas, inactivan los espermatozoides en la vagina produciendo la ruptura de su membrana antes de que estos puedan ascender al tracto genital superior, produciéndose la separación de la cabeza y la cola. Esto ha sido comprobado por test de Hubner realizados postcoito con uso del anticonceptivo con cloruro de benzalconio; los espermicidas no se absorben a través de la vagina y no tienen efectos sistemáticos. En el caso de las esponjas o tampones, estos actúan también por el efecto mecánico, a que la esponja absorbe el esperma.

### **Ventajas**

El tampón o esponja es absorbente de las secreciones vaginales por lo que sería útil en los casos de hipersecreciones vaginales. Las drogas espermicidas no pasan a la sangre ni a la leche materna.

### **Desventajas:**

- Tienen relativamente tasa altas de embarazo accidental.
- Necesidad de prever la interrupción de la actividad sexual para usarlas.
- Necesidad de uso constante y cuidadoso en cada relación sexual.

### **Instrucciones para la mujer**

Por lo que hemos mencionados en “Eficacia” es primordial la consejería que los profesionales deben dar a los usuarios, estableciendo previamente una adecuada



selección de quienes son aptas y quienes son aptas y quienes no para adecuarse a un correcto uso.

### **Para óvulos y cremas**

- Acuéstese con las piernas dobladas.  
Coloque el óvulo o tableta vaginal en su vagina lo más profundo posible.  
Colocar la dosis recomendada de crema en la parte superior de la vagina, cerca del fondo y de la cerviz.
- Póngase el óvulo o tableta vaginal 15 minutos antes de cada penetración o relación coital. Debe quedarse acostado durante esos 15 primeros minutos para que el óvulo o tableta vaginal no se salga.
- Para cada penetración utilizar una aplicación de crema óvulo o tableta vaginal, adicional cada vez que se repita el coito aunque el tiempo transcurrido sea breve, el óvulo o tableta vaginal dura solo hasta 1 hora después de colocado. Si ha pasado más de una hora y no ha tenido relaciones sexuales, debe colocarse otro.
- No realizar duchas vaginales o lavados internos por lo menos 6 horas después del coito.
- No lo use después de su fecha de vencimiento.
- Guárdelos en un lugar fresco y seco.

**3.- Diafragma.-** Dispositivo vaginal fabricado de caucho delgado en forma de copa ancha cuyo borde mayor tiene un resorte semirígido, cuya tensión contra las paredes de la vagina mantiene la forma de dispositivo; y la presión que da al contorno la musculatura vaginal la mantiene en su sitio.

**Acción del Diafragma.-**Impide que el semen penetre al tracto reproductivo superior (útero y trompas de Falopio)

### **Mecanismos de Acción**

- Esta depende fundamentalmente de succión como barrera mecánica y parcialmente como “soporte” o “transporte” de espermicidas.

- Actúa como barrera cubriendo el cerviz.
- Sirve como receptáculo para alojar espermicidas.
- Evita que el moco cervical neutralice la acidez vaginal con lo que permanece hostil al esperma.

### **Ventajas:**

- No interfiere la lactancia
- Puede insertarse de dos a seis horas antes del coito.
- Se evita la ingestión diaria de comprimidos.
- No altera los procesos metabólicos o fisiológicos.
- Los beneficios colaterales del empleo del diafragma consisten en cierta protección contra enfermedades de transmisión sexual y contra el desarrollo de displasia cervical.
- Protege levemente contra la ETS.
- Evita el escape” sanguíneo menstrual durante el coito.

### **Desventajas**

- Regular medición por el profesional para su selección adecuada.
- Ajuste cuidadoso a la cúpula vaginal.
- Requiere adiestramiento de la paciente para su correcta utilización.
- Tiempo suficiente de enseñanza a la usuaria de 30 a 60 minutos.
- Es necesario una alta motivación para su uso.
- No tiene acción preventiva para ETS, VIH - SIDA.
- No se puede retirar antes de 6 - 8 horas del coito.

### **Complicaciones**

Son todos los efectos secundarios o las complicaciones graves o mortales por el empleo del diafragma. Algunos efectos que podrían sobrevenir son:

- Prurito, ardor o inflamación del tejido vaginal, por alergia al látex, el caucho o a la jalea o crema espermicidas.
- Irritación vesical cuando el diafragma está mal ajustado. Cuando es demasiado grande y ha estado colocado durante varias horas, su reborde puede ejercer una

fuerte presión sobre la vejiga o la uretra, lo que originará malestar y quizá infecciones recurrentes. También puede producir erosión e hipersensibilidad en la pared vaginal.

- Posible dificultad en las evacuaciones o alteración del tamaño de las heces; asimismo hemorroides cuando el dispositivo ejerce presión sobre el colon descendente a través de la pared vaginal, a causa de su gran tamaño.
- Dolor por tejido vaginal o episiotomía no cicatrizados cuando el dispositivo se coloca demasiado pronto después de parto a término.

## **B).- Métodos Hormonales.**

**1.- Anticonceptivos Orales.-** Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son pastillas que contienen las hormonas estrógenos y progestina. Estas pastillas se toman diariamente. También existen solo de progestágeno. Los AOC suprimen la ovulación, espesan el moco cervical (impidiendo la penetración de los espermatozoides), cambian el endometrio (haciendo la implantación menos posible), y reducen el transporte de espermatozoide al tracto genital superior (trompas de Falopio).

### **Mecanismo de Acción**

El mecanismo de acción de los ingredientes del comprimido es su efecto sobre el hipotálamo, que suprime la función ovárica para evitar la ovulación. El estrógeno inhibe la ovulación, el transporte del ovulo y la conservación del cuerpo amarillo. El progestágeno influye en la ovulación, el moco cervical, la capacitación y el transporte e implantación del ovulo.

**\*A. Orales Combinados.-** aquellas píldoras que poseen una combinación de progestágenos y estrógenos debe ser administrado por personal administrado, son de ingesta diaria.

En los siguientes ciclos:

En los paquetes de 21 pastillas reinician luego de 7 días de haber terminado el ciclo anterior.

En el paquete de 28 pastillas se reinicia la toma inmediatamente luego de terminar el paquete anterior.

### **Efectos Secundarios más frecuentes**

- Amenorrea.
- Goteo/ sangrado vaginal anormal.
- Nauseas mareos, vómitos.
- Aumento de peso.
- Cefalea persistente y/o progresiva.

### **Instrucciones para la mujer.**

- Tome una píldora cada día si es posible a la misma hora.
- La primera píldora debe tomarla en el 1er y 5to día desde que comenzó su menstruación.
- Si vomito ½ hora después de haber tomado la pastilla tómese otra.
- Si tiene diarrea o vómito durante más de dos días use por seguridad durante los siguientes 7 días.
- si se olvida de tomar una píldora, tómela apenas se acuerde, puede tomar 2 píldoras en un mismo día.
- Si se olvida de tomar 2 o más píldoras comience a tomar 1 nuevo paquete y use por seguridad los siguientes 7 días otro método anticonceptivo como condón.

### **\*A. Orales no Combinados (de Progestágeno)**

Son aquellos que poseen solo progestágeno.

### **Efectos Secundarios más frecuentes**

- Amenorrea.
- Sangrado / goteo irregular
- Cefalea
- Nauseas, mareos y Vómitos
- Aumento de peso

### **Instrucciones para la mujer.**

- Desde el comienzo tome la píldora todos los días a la misma hora. Si se retrasa 2 o más horas en tomarlas, pierde su efecto y no la protege, si después de ½ hora después de haber tomado la píldora vomita debe tomar otra píldora, durante los 2 ó 3 primeros meses es normal que pueda haber cambios en su menstruación. Estos cambios no son peligrosos y no necesitan tratamiento.
- Pueden sangrar más o menos de lo normal, Su menstruación se puede adelantar o atrasar, Puede tener pequeño sangrados además de su menstruación.
- Algunas mujeres pueden aumentar de peso, sentir dolor de cabeza o dolor en las mamas. Estas molestias desaparecen de a pocos y no son peligrosas.
- Las medicinas para los ataques de epilepsia y la TBC pueden hacer que las píldoras no tengan efecto. Informa a su profesional de Salud si está tomando o va a tomar estas medicinas, si usted uso este método no es necesario que vaya a controlarse.
- Cuando acabe con su paquete de píldora empieza a tomar uno.

### **Ventajas de la Píldora**

- Fácil de Utilizar.
- Reduce las molestias pre menstrual - buena tolerancia.

### **Desventajas de las Píldoras**

- Es menos eficaz que los anticonceptivos orales combinados.
- Produce efectos secundarios (primordialmente alteración del patrón de sangrado menstrual, como hemorragias por supresión menstrual irregular e intensa, y amenorrea.
- Requiere el empleo de un método de refuerzo durante los tres primeros meses.
- Se asocia con una mayor incidencia de vaginitis por monilias o por candida.

## **2.- Inyectables**

Consiste en la aplicación intramuscular de sustancias hormonales que inhiben la ovulación.

**\*Combinado.-** Los dos anticonceptivos inyectables combinados (AIC), Ciclofen y Mesigina, son inyecciones de las hormonas estrógeno y progestina, las cuales son administradas una vez al mes.

Los AIC suprimen la ovulación, espesan el moco cervical (impidiendo la penetración de los espermatozoides), cambian el endometrio (haciendo la implantación menos probable), y reducen el transporte de espermatozoide al tracto genital superior (trompas de Falopio).

Se usa cada 30 días con intervalos de 27 a 33 días, se administra en la región glúteo o deltoidea sin realizar masaje post - aplicación.

### **Tasa de Fallo**

De 0.5 a 1 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

### **Instrucción para la Mujer**

- El efecto dura 1 mes.
- No se olvide de regresar al centro o puesto de salud cada mes para que le pongan su inyectable o ampolla.
- Durante el primer año de su uso puede aumentar de peso hasta 1 Kg.
- Puede tener dolor de los senos y dolor de cabeza, son molestias normales.
- Durante los 2 - 3 primeros meses es normal y pueden haber cambios en su regla, estos cambios no son peligroso y no necesitan tratamiento.
- Su menstruación se puede adelantar o puede tener pequeños sangrados fuera de los días de su regla.

### **\* No Combinado (Progestágenos)**

- Se administra cada 3 meses pudiendo adelantarse hasta 2 semanas o en caso de olvido aplicarlo con una demora de 2 semanas.
- Administrar en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje por aplicación.

### **Tasa de Falla**

De 0.3 a 0.4 embarazo por cada 100 mujeres en el primer años de uso.

### **Instrucción para la Mujer**

- Regrese al establecimiento de salud cada 3 meses para la nueva aplicación.
- Durante los primeros 2 ó 3 meses ampollas puede haber cambios en su menstruación, estos cambios no son peligrosos y no necesitan tratamiento.
- Su menstruación puede desaparecer.
- Puede tener pequeños sangrados durante algunos días.
- Algunas mujeres pueden aumentar de peso, sentir dolor de cabeza o dolor en las mamas. Estas molestias van a desaparecer de a poco.
- Si deja de usar este método puede demorar hasta 14 meses en quedar embarazada.
- La ampolla no causa esterilidad.
- Si tiene problemas o desea dejar de usar el método, vaya al establecimiento de salud.

**3.- Implantes Norplant.-** El sistema de Norplant consiste en seis capsulas delgadas y flexibles hechas de tubos de Silastic®, las cuales están llenas de una progestina sintética (levonorgestrel). Estas cápsulas se insertan justo por debajo de la piel en la parte superior del brazo de la mujer por medio de un procedimiento quirúrgico menor. Son aproximadamente de 4 cm de largo a 2mm de diámetro.

**Mecanismo de Acción.-** Los implantes Norplant funcionan por medio del espesamiento del moco cervical, cambios en el endometrio y reduciendo la motilidad de los espermatozoides. Estos proporcionan una anticoncepción altamente eficaz por un máximo de 5 años.

### **Ventajas.-**

- Altamente eficaz, prolongado y reversible.
- Su eficacia es independiente del cumplimiento del usuario.
- Es de uso prolongado sin menor atención clínica.

- Aportan niveles de Progestágenos estables.
- Ausencia de estrógenos exógenos.
- Mejora la dismenorrea.
- Simple y rápida inserción

### **Desventajas**

- Debe proveerse de una clínica y requiere personal entrenado en su inserción y retiro.
- Requiere de una consejería cuidadosa y específica para lograr continuidad de uso ante los sangrados irregulares y otros efectos.
- Existe una correlación negativa entre el peso de las usuarias y la eficacia, la cual disminuye en forma proporcional con el aumento de peso después de los 70 kg.

## **C) Métodos Mecánicos**

### **1.- Dispositivos Intrauterinos (DIU)**

El dispositivo intrauterino, (DIU) es un dispositivo flexible en forma de T que se inserta en el útero. Los DIU pueden ser inertes, liberadores de cobre o progestina. Los DIU liberadores de cobre interfieren con la habilidad de los espermatozoides para pasar por la cavidad uterina e interfieren con el proceso reproductivo antes de que los óvulos lleguen a la cavidad uterina. Los DIU liberadores de progestina también espesan el moco cervical y cambian el revestimiento endometrial.

### **Ventajas del DIU**

- No requiere la toma periódica de medicamentos (como la píldora), ni ninguna maniobra cada vez que se practica el coito (como los métodos de barrera) ni aprendizaje alguno.
- No tiene efectos colaterales generales, ya que actúa a nivel local.
- Tiene una elevada eficacia, con un índice de fracasos cifrado actualmente en el 0.5 - 2 %.



### **Desventajas del DIU**

- Es necesario cambiar el DIU cada / año.
- No es totalmente efectivo durante el primer mes. De la colocación por lo que se requiere de otro método complementario en este periodo.
- Puede provocar hemorragias menstruales más prolongadas y abundantes, así como sangrado no menstrual.
- La mujer debe controlar la situación del DIU después de cada menstruación (mediante palpación del hilo vaginal), ya que puede modificarse su posición o ser expulsado.

### **Señales de peligro de las Usuarias del DIU**

- Ausencia o retraso del periodo menstrual (debe practicarse prueba de embarazo).
- Dolor abdominal o pélvico.
- Fiebre, escalofríos.
- Hemorragia abundante, coágulos, manchas de sangre en la ropa interior, periodos menstruales intensos.
- Ausencia del hilo vaginal del dispositivo intrauterino ó percepción de un objeto duro en el cuello uterino.
- Flujo vaginal abundante, fétido o peculiar.

### **Quien no lo debe de usar:**

- Mujeres con embarazo (posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital anormal no investigado.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usan condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres con infección activa del tracto genital del tipo cervicitis aguda, mucus purulenta o vaginitis severa. Insertar luego del tratamiento.
- Mujeres con enfermedad uterina o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionan en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital.

### 7.2.3.2. Métodos Definitivos e Irreversibles

#### **1.- Ligadura de Trompas**

Consiste en cortar y ligar las trompas de Falopio para impedir el paso del ovulo por ellas.

La oclusión tubárica es un procedimiento quirúrgico voluntario que termina la fertilidad de la mujer permanentemente. La oclusión tubárica puede hacerse por medio de la minilaparotomía o la laparoscopia. La oclusión tubárica bloquea las trompas de Falopio (atándolas y cortándolas con anillos) impidiéndose que los espermatozoides lleguen a los óvulos y los fecunden.

#### **Características**

- Eficacia alta inmediata y permanente.
- No interfiere con el deseo sexual ni con la producción Hormonal por parte de los ovarios.
- Requiere previamente ovulación médica y orientación adecuada.
- Es definitiva debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico capacitado, requiere instrumental especial.

#### **Complicaciones**

- Lesiones de la vejiga o intestinal.
- Sangrado superficial (en los bordes de la piel o en los bordes subcutáneo).
- Dolor en el sitio de la incisión.
- Hematoma( subcutáneo)
- Infección de la herida.
- Fiebre pos operatoria.

#### **2.- Vasectomía**

La vasectomía es un procedimiento quirúrgico voluntario que termina la fertilidad del hombre permanentemente. La vasectomía puede realizarse utilizando el método estándar o la técnica sin bisturí la cual es el método preferido. La vasectomía

bloquea los conductos deferentes (conducto eyaculador) para que no haya espermatozoides en la eyaculación.

No afecta ninguno de los demás componentes del aparato genital masculino interno o externo.

### **Características**

- Eficacia alta y permanente.
- Eficacia empieza luego de 20 eyaculaciones o 3 meses de la cirugía, por lo que debe indicarse un método adicional a la pareja en los lugares donde sea posible, se puede solicitar un espermatograma de control. ( o por lo menos la evaluación simple al microscopio de una muestra de semen. Para ver la ausencia de espermatozoide.
- No interfiere con el coito.
- No interfiere con el deseo, ni la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.
- Requiere previamente evaluación médica y orientación adecuada, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico capacitado, requiere instrumental especial.

### **Complicaciones**

- Inflamación Excesiva
- Hematoma (escroto)
- Infección de la herida
- Fiebre.

#### **7.2.4. Educación sexual**

El término **educación sexual** se usa para describir el conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y

el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva.<sup>15</sup>

Para Frederic Boix, la educación sexual puede definirse como: el conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima.<sup>16</sup>

#### **7.2.4.1. Técnicas aplicadas en educación sexual.**

##### **Charlas**

Las charlas tienen un carácter orientador y su propósito es despertar en la población en general la reflexión en torno al ejercicio responsable de la sexualidad basados dentro del marco legal, postergación del inicio sexual, la toma de decisión y los métodos de prevención, deben ser dictadas por un grupo de profesionales capacitados/as en el área, quienes imparten información confiable, científica y precisa sobre la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/Sida, entre otros temas.

##### **Talleres**

Donde se abren espacios de reflexión, intercambio y formación a jóvenes, padres/ madres, representantes, docentes demás personas involucradas o interesadas en fortalecer y multiplicar el tema de la Salud Sexual y Reproductiva. Incentivando hacia una conducta de corresponsabilidad en los /as mismos/as.

---

<sup>15</sup> Guía de métodos anticonceptivos. Organon. España, S.A. ctra. Hospitalet 147-149. Cityparc - Edificio Amsterdam • 08940 Cornellá de Llobregat (Barcelona) España.

<sup>16</sup> Gervilla Castillo, E. (2000), Un modelo axiológico de educación integral, en Revista Española de Pedagogía, n-215,58, pp. 39-57.

## **Eventos**

Donde se da a conocer la misión institucional, sus programas y servicios, en las instancias visitadas, a fin de generar actividades de índole informativo y educativo, que demanden nuestra presencia en futuras oportunidades, para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de las/os de la comunidad.

## **Video-Foro**

Utilizado como un recurso didáctico con temas determinados, que permite la creación de mensajes para facilitar la información de manera educativa y amena. Donde se identificarán las ideas importantes, se cotejará la información obtenida la cual se analizará y se reflexionará sobre ellas.

## **Medios de Comunicación**

La tecnología de los medios de comunicación ha cambiado el modo de acceder y concebir la información.

Es de vital importancia la participación en los mismos para la proyección institucional; así como también contar con la colaboración voluntaria de algunos/as de sus representantes.

Los medios de comunicación como herramienta de acompañamiento, divulgación y promoción de la educación de la sexualidad constituyen una estrategia válida para lograr en la ciudadanía la asimilación de la información.

## **7.3. Hipótesis**

### **7.3.1. Hipótesis General.**

- El programa de planificación familiar tiene una influencia positiva en el comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres en edad fértil que asisten al Subcentro de Salud Venus Del Río, de la ciudad de Quevedo, durante el primer semestre del año 2012.

### **7.3.2. Hipótesis Específicas.**

- ✓ El método anticonceptivo de mayor demanda para regular la vida sexual, reproductiva y de planificación familiar en las mujeres en edad fértil son los métodos hormonales
- ✓ La atención del profesional de salud en el programa de planificación familiar contribuye satisfactoriamente a la identificación oportuna del riesgo reproductivo preconcepcional de las mujeres en edad fértil.
- ✓ El desarrollo de programas de educación sexual si beneficia a la adopción de conducta sexual y reproductiva saludables en mujeres en edad fértil.

### **7.4. Variables.**

#### **7.4.1. Variables Independientes.**

- Planificación familiar
- Método anticonceptivo
- Atención del profesional de salud en el programa de planificación familiar
- Programas de educación sexual

#### **7.4.2. Variables dependientes.**

- Comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres en edad fértil
- Vida sexual, reproductiva y de planificación familiar
- Riesgo reproductivo preconcepcional
- Conducta sexual y reproductiva saludables

### 7.5. Operacionalización de las hipótesis específicas.

El método anticonceptivo de mayor demanda para regular la vida sexual, reproductiva y de planificación familiar en las mujeres en edad fértil son los métodos hormonales

Concepto	Variables	Indicadores	Ítems
Es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles	Métodos anticonceptivos	<p>Conocimiento de métodos anticonceptivos</p> <p>Provisión de métodos anticonceptivos.</p>	<p>¿Qué métodos anticonceptivos usa?</p> <p>Píldora para control de natalidad</p> <p>Inyecciones</p> <p>Diafragma</p> <p>Espuma o jalea</p> <p>Espiral o Dispositivo Intrauterino o D.I.U.</p> <p>Implante</p> <p>Preservativo</p> <p>Ligar las trompas</p> <p>Vasectomía</p> <p>Método del ritmo o calendario</p> <p>Coito interrumpido o retirarse</p> <p>Ninguno.</p> <p>Otros.....</p> <p>Quién le provee los anticonceptivos:</p> <p>El hospital o subcentro.</p> <p>Los compra.</p> <p>Te los regalan otras personas.</p>





La atención del profesional de salud en el programa de planificación familiar contribuye satisfactoriamente a la identificación oportuna del riesgo reproductivo preconcepcional de las mujeres en edad fértil.

Concepto	Variables	Indicadores	Ítems
Asistencia que ofrece el personal de salud para satisfacer necesidades inherentes al programa de planificación familiar.	Atención del profesional de salud en el programa de planificación familiar	Consulta especializada.	¿Consulta a su médico/a por métodos anticonceptivos? Si No ¿Por qué? .....
		Asignación de anticonceptivos en consultorio de planificación familiar.	Cree usted que la cantidad de anticonceptivos es suficiente para la demanda de usuarias. Si. No.
		Asesoría en salud.	Considera usted que las asesorías del personal de salud le han ayudado a tomar decisiones informadas y voluntarias de fecundidad. Si. No. No opina.
		Calidad de atención	Cómo califica usted la calidad de atención que ofrece el personal de salud. Óptima. Satisfactoria. Poco satisfactorio.



El desarrollo de programas de educación sexual si beneficia a la adopción de conducta sexual y reproductiva saludables en mujeres en edad fértil.

Concepto	Variables	Indicadores	Ítems
<p>Proceso de construcción de un modelo que representa y explica la sexualidad humana y el género.</p>	<p>Programas de educación sexual</p>	<p>Información sexual</p>	<p>La información sobre temas sexuales la ha adquirido por medio de:  las amigas  la TV/ videos/ cine/ diarios/ revistas/ libros.  Mamá solamente  Mis padres  Los docentes  Experiencias personales  Mi médico/a  Enfermera/o  Personal de salud  Talleres  Conferencias  Otros.....</p> <p>Le gustaría asistir a un evento de capacitación de planificación familiar.  Si. No.</p> <p>Ha planificado usted eventos educativos dirigidos a la población estudiantil.  Si. No.</p>

<p>todas las actitudes que toman las mujeres para proteger su salud, la de su pareja y su entorno; tanto en su practicas sexuales como en sus embarazos, tanto física como psíquica, mediante una toma de conciencia previa de situaciones que pueden afectar su integridad su salud sexual y reproductiva.</p>	<p>Conducta sexual y reproductiva saludables</p>	<p>Controles preconcepcional y concepcional</p>	<p>Asiste a controles periódicamente en la consulta ginecológica. Si. No.</p> <p>Ha tenido usted asistencia profesional preconcepcional. Si. No.</p> <p>Cuáles son las conductas de salud sexual y reproductiva que UD. práctica o usa: Usa algún método anticonceptivo antes de la relación sexual. Planificas tu embarazo Controla sus embarazos</p>
---	--	---	--

## 7.6.Glosario

**Salud sexual.-** Se define “salud sexual” como “el realce de la vida y las relaciones personales, y los servicios de salud sexual no deberían consistir tan solo en la orientación y cuidados relacionados a la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual”

**Salud reproductiva.-** Se define como “salud reproductiva” “el estado físico, mental y social de bienestar total y no sólo la ausencia de una enfermedad, en todos los asuntos relacionados al sistema de salud reproductiva y a sus funciones y procesos. Las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura y tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de elegir cuando y cuán a menudo lo hacen”

**La educación sexual.-** Trata de impartir una información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social. Debe perseguir la realización de una sexualidad plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad.

**Atención en salud reproductiva.-** La atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.

**Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRP-PC).-** Se aplica a mujeres en edad reproductiva (MER) entre 12 y 49 años, no gestantes, que de acuerdo con la presencia de condiciones y factores de riesgo, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la del futuro hijo, si se involucran en el proceso reproductivo. Esta probabilidad no es igual para todas las mujeres aunque sea lo

mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja.

**Calidad de atención.-** Secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario(a) y con resultados satisfactorios.

**Edad fértil o reproductiva.-** Etapa en la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

**Métodos anticonceptivos naturales.-** Son métodos reversibles de anticoncepción, por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual y absteniéndose de practicarlo (abstinencia periódica) de acuerdo con los períodos fértiles de la mujer.

**Métodos anticonceptivos de barrera.-** Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren en la fecundación de manera mecánica o química.

**Métodos anticonceptivos hormonales.-** Sustancias o combinación de sustancias esteroides que administradas de forma oral, intramuscular, subcutánea e intrauterina evitan el embarazo.

**Métodos anticonceptivos permanentes.-** Son métodos irreversibles de anticoncepción, que impiden la capacidad reproductiva de la persona o de una pareja de forma permanente, a través de un procedimiento quirúrgico, bien sea realizado al hombre o a la mujer.

## CAPITULO III

### 8. METODOLOGÍA.

#### 8.1. Tipo de investigación.

El presente estudio es de tipo descriptivo, que nos permitió estudiar las variables según los indicadores que se presentan en esta investigación.

#### 8.2. Universo y muestra.

La población o universo a investigarse lo conforma: El personal de salud del Subcentro de Salud Venus del Ríos Quevedo del área N°2, de la ciudad de Quevedo (4), y las mujeres en edad fértil, se acogerá de acuerdo a la estadística del mes de agosto (105)

#### **Muestra:**

Calculamos la muestra con la siguiente fórmula

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

n= muestra.

N= Población total.

E= margen de error.

$$n = \frac{105}{0.08^2 (105-1)+1}$$

$$n = \frac{105}{0.0064 (104)+1}$$

$$n = \frac{105}{1.6656} = 63 \text{ usuarias mujeres en edad fértil}$$

La muestra fue de 63 usuarias mujeres en edad fértil que asisten a consulta en el Subcentro de Salud Venus del Ríos Quevedo del área N°2

### **8.3. Métodos y técnicas de recolección de información.**

#### **MÉTODOS:**

Los métodos utilizados en nuestra investigación fueron los empíricos, estadísticos y teóricos. En la presente investigación los mismos fueron aplicados como a continuación se exponen:

#### Métodos Empíricos:

##### **Observación:**

Este método se aplica en la investigación ya que al observarse el número de mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional, nos motivó a la realización de la investigación.

##### **Análisis o Revisión Documental:**

Se realizó una amplia revisión bibliográfica sobre el tema a investigar en publicaciones disponibles en diferentes sitios Web de Internet y en Libros de textos impresos en formato digital.



Método Estadístico:

En esta investigación se aplicaron los métodos estadísticos descriptivos los que permitieron tabular los datos del tema objeto de esta investigación, donde se utilizaron la distribución de frecuencias absolutas y relativas y medida de resumen.

Métodos Teóricos:

Histórico - Lógico:

Dado que parte de una revisión exhaustiva de toda la evolución que ha tenido la prestación de los servicios prenatales en la atención primaria de salud. Lo cual facilitó el análisis del desarrollo y evolución de la situación actual del problema investigado.

Técnicas:

La encuesta

Formulario de preguntas con sus alternativas respectivas redactadas con claridad y con palabras comprensiva para el informante, lo que permitirá que el encuestado responda con libertad de criterio.

#### **8.4. Procedimiento.**

La investigación será elaborada, procesada y sistematizada de la siguiente manera:

- Investigación bibliográfica.
- Construcción del marco contextual
- Elaboración del marco teórico
- Construcción del diseño metodológico.
- Aplicación de instrumentos de investigación.
- Tabulación de datos.
- Procesamiento de datos.
- Redacción de la ejecución y propuesta de la tesis.
- Defensa y exposición.

## CAPITULO IV

### 9. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

#### 9.1. Tabulación e interpretación de datos.

**Resultados de la encuesta a mujeres en edad fértil que asisten al Subcentro de Salud Venus Del Río, de la ciudad de Quevedo**

1.- Edad:

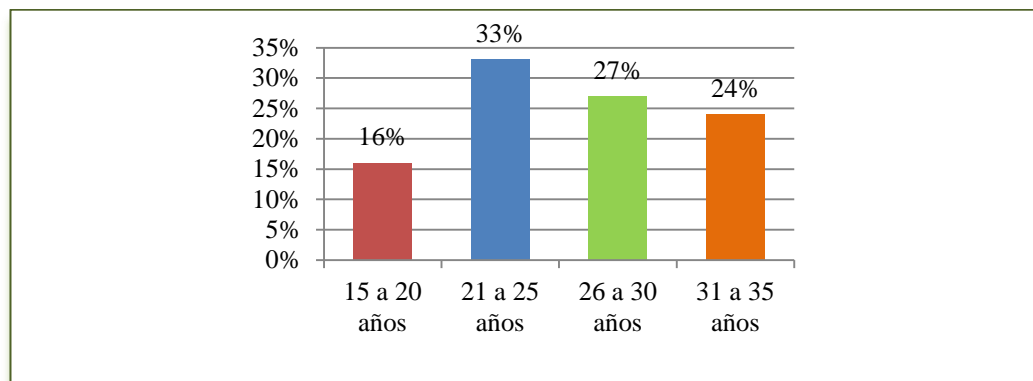
**TABLA N°1**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 a 20 años	10	16%
21 a 25 años	21	33%
26 a 30 años	17	27%
31 a 35 años	15	24%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°1**



#### **Discusión de datos.**

El 33% de las encuestadas presentan una edad entre 21 a 25 años, el 27% de 26 a 30 años, el 24% de 31 a 35 años y el 16% de 15 a 20 años, se concluye que la edad promedio de mayor asistencia a consulta es de 21 a 25 años.

2.- Número de partos que ha tenido usted.

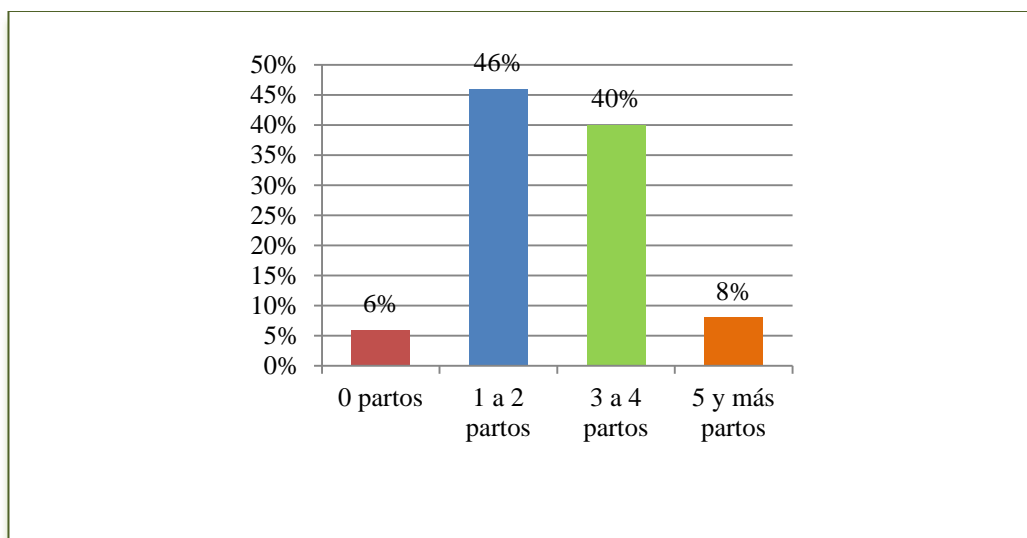
**TABLA N°2**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 partos	4	6%
1 a 2 partos	29	46%
3 a 4 partos	25	40%
5 y más partos	5	8%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°2**



### **Discusión de datos.**

El 46% de las encuestadas manifiestan que el número de partos que han tenido es de 1 a 2, el 40% entre 3 a 4 partos, el 8% 5 y más partos y el 6% no han tenido ningún parto, se concluye que la asistencia a consulta son de mujeres que tienen entre 1 y 2 hijos.

3.- Ha tenido usted algún tipo de aborto.

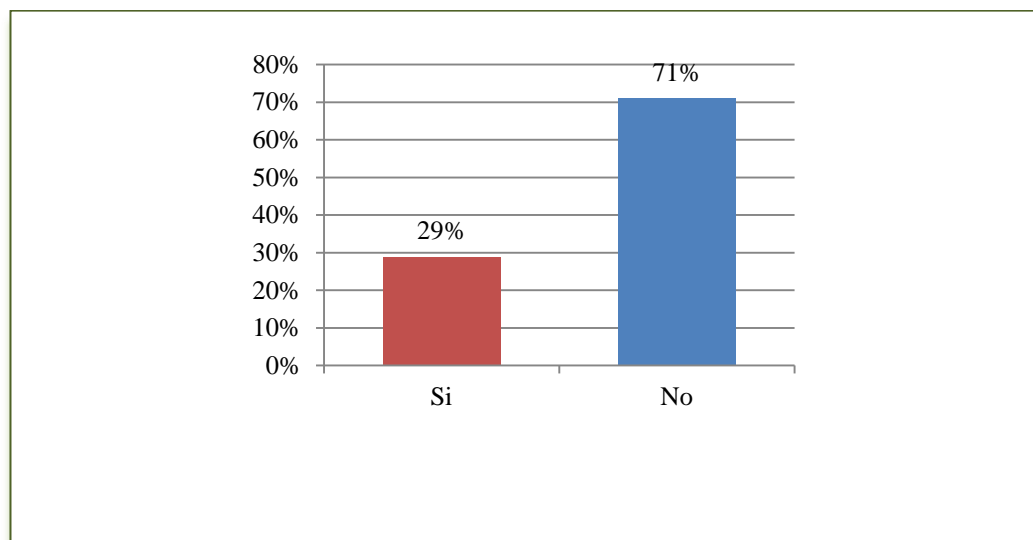
**TABLA N°3**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	18	29%
No	45	71%
<b>TOTAL</b>	63	100%

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Rfo, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°3**



### **Discusión de datos.**

El 71% de las encuestadas manifiestan que no han tenido aborto hasta la actualidad, mientras que el 29% que si, entre 1 a 2 abortos, revisando las encuestas el mayor grupo de abortos lo han tenido las mujeres en edad entre 20 a 32 años, se concluye que el aborto aún sigue siendo una opción para la mujeres a pesar de sus repercusiones psicológicas o físicas.

4.- Ha padecido usted de algún tipo de enfermedad de transmisión sexual.

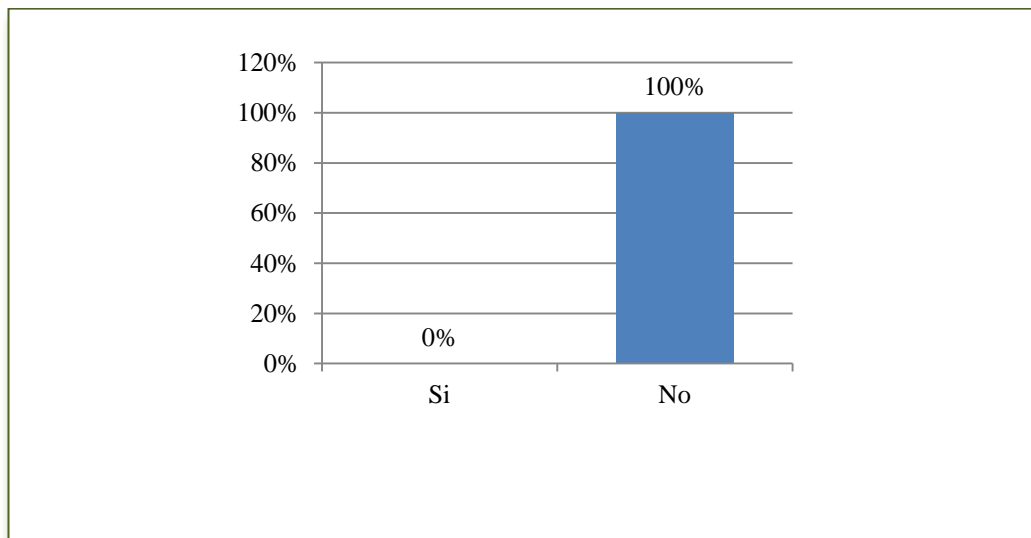
**TABLA N°4**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	0	0%
No	63	100%
<b>TOTAL</b>	63	100%

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°4**



**Discusión de datos.**

El 100% de las encuestadas manifiestan que no han padecido de algún tipo de enfermedad de transmisión sexual.

5.- Tiene usted alguno de estos hábitos.

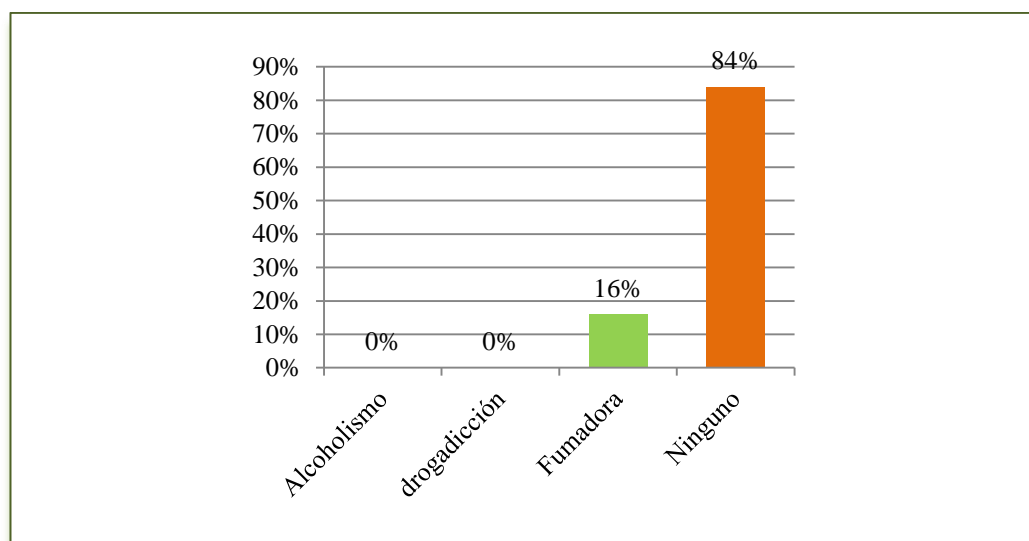
**TABLA N°5**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Alcoholismo	0	0%
Drogadicción	0	0%
Fumadora	10	16%
Ninguno	53	84%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°5**



### **Discusión de datos.**

El 84% de las encuestas manifiestan no tener ningún hábito preguntados en la encuesta, solo el 16% mantienen el hábito de fumar, se concluye que la mayoría de las mujeres mantiene una conducta saludable.

6.- ¿Consulta a su médico/a por métodos anticonceptivos?

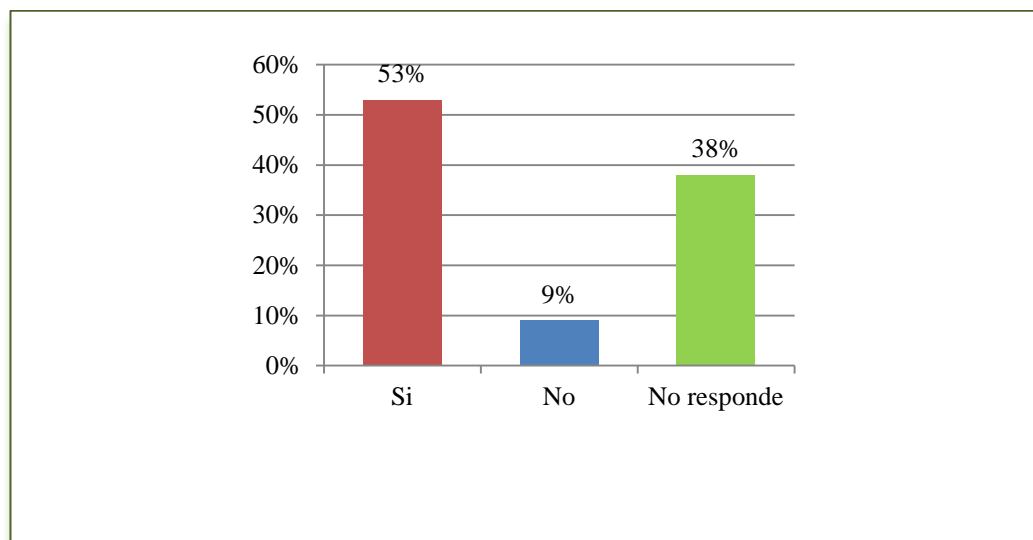
**TABLA N°6**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	34	53%
No	5	9%
No responde	24	38%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°6**



### **Discusión de datos.**

El 53% de las encuestadas manifiestan que si consultan al médico por métodos anticonceptivos, el 38% no respondieron a la pregunta y el 9% que no consultan, se concluye la mayoría de las mujeres que consultan al doctor lo hacen para controlar su vida reproductiva.

7.- ¿Qué métodos anticonceptivos usa?

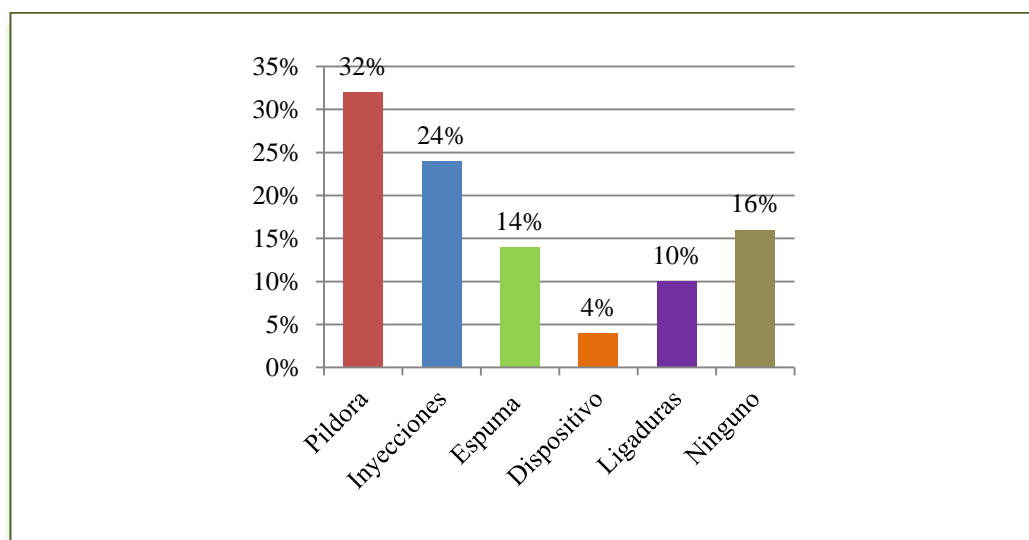
**TABLA N°7**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Píldora para control de natalidad	20	32%
Inyecciones Diafragma	15	24%
Espuma o jalea	9	14%
Espiral o Dispositivo Intrauterino o DIU.	3	4%
Ligar las trompas	6	10%
Ninguno.	10	16%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°7**



### **Discusión de datos.**

El 32% de las encuestadas manifiestan que el método anticonceptivo más usado es la píldora, el 24% las inyecciones, el 16% ningún método de planificación, el 14% espumas o jaleas, el 10% las ligaduras y el 4% los dispositivos intrauterino, se concluye que las pastillas anticonceptivas son el método de electivo de la mayoría de las mujeres en edad fértil.



8.- ¿Quién le provee los anticonceptivos?

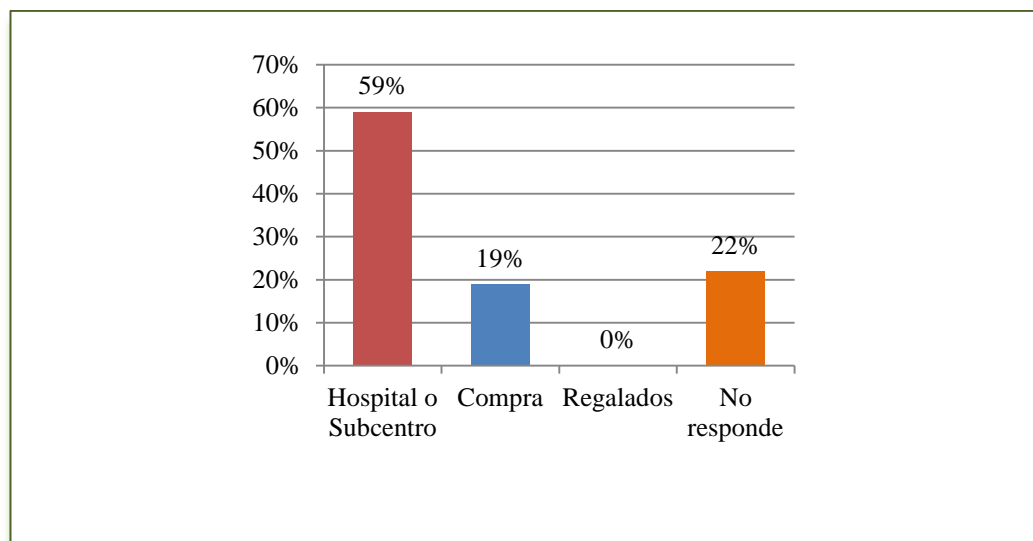
**TABLA N°8**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
El Hospital o Subcentro	37	59%
Los compra	12	19%
Te los regalan otras personas.	0	0%
No responde.	14	22%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°8**



### **Discusión de datos.**

El 59% de las encuestadas manifiestan que los anticonceptivos se los provee el hospital o el Subcentro, el 22% no responde a la pregunta, el 19% los adquiere a través de la compra, se concluye que las unidades de salud son las instituciones encargadas de entregar gratuitamente los anticonceptivos a las usuarias en edad fértil.

9.- Su primera experiencia sexual fue.

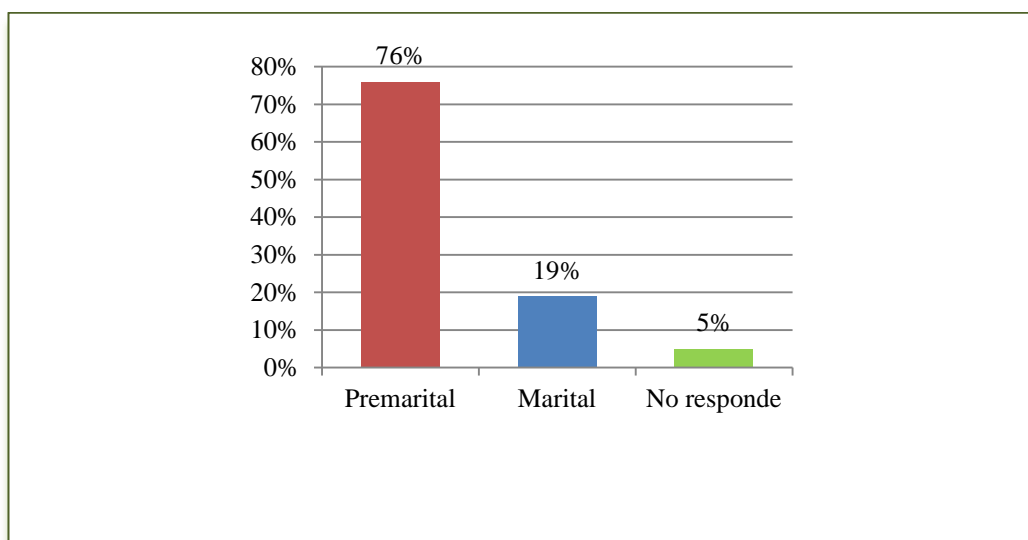
**TABLA N°9**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Premarital	48	76%
Marital	12	19%
No responde.	3	5%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°9**



**Discusión de datos.**

El 76% de las encuestadas manifiestan que su primera experiencia sexual fue de origen premarital, el 19% marital y el 5% no responde a la pregunta, se concluye que la mayoría de las mujeres entre 14 y 15 años es la edad de iniciación de la actividad sexual.

10.- Usó método anticonceptivo en su primera relación sexual

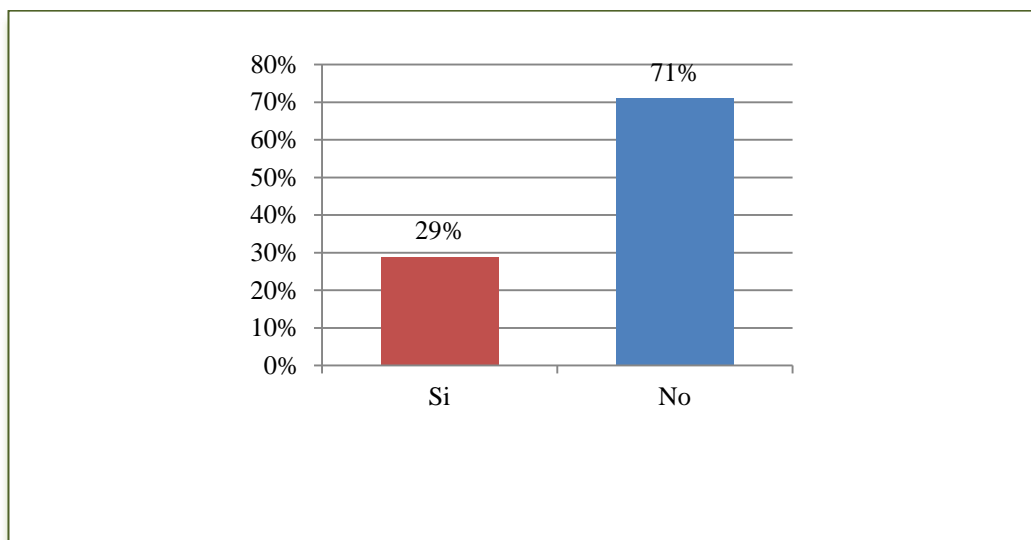
**TABLA N°10**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	18	29%
No	45	71%
<b>TOTAL</b>	63	100%

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°10**



**Discusión de datos.**

El 71% de las encuestadas manifiestan que en su primera relación sexual no usaron ningún método anticonceptivo, mientras que solo el 29% que si, se concluye que muy pocas mujeres en edad fértil durante su primera experiencia utilizan métodos anticonceptivos sean estos naturales o artificiales, como método del ritmo, preservativo, inyecciones.

11.- A qué edad tuvo su primer hijo.

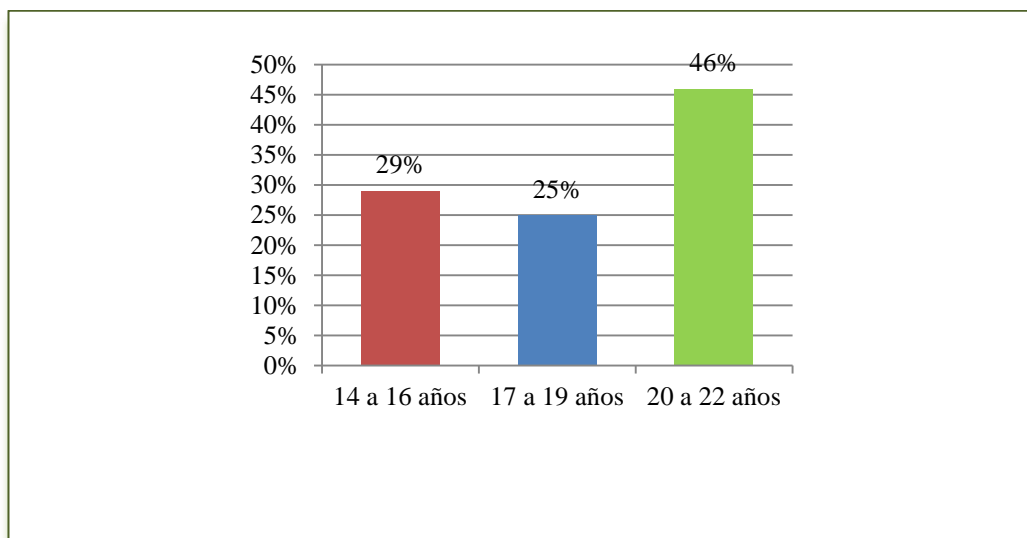
**TABLA N°11**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
14 a 16 años	18	29%
17 a 19 años	16	25%
20 a 22 años	29	46%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°11**



### **Discusión de datos.**

El 46% de las encuestadas manifiestan que la edad en la que fueron madre por primera vez fue entre los 20 a 22 años, el 29% entre 14 a 16 años, y el 25% entre los 17 a 19 años, se concluye que existe un promedio alto de madres adolescentes.

## 12.- Conoce usted lo que es la prueba del Papanicolaou

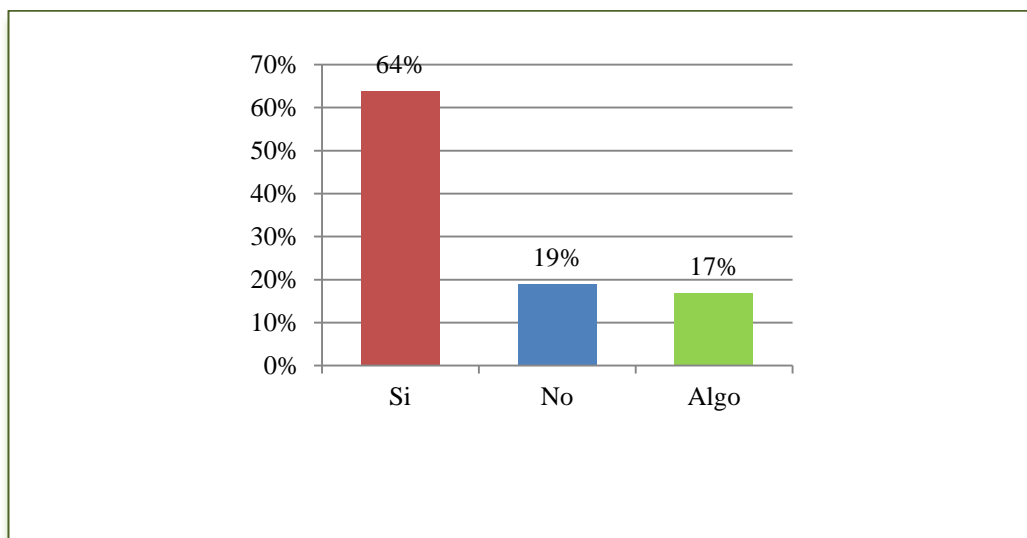
**TABLA N°12**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	40	64%
No	12	19%
Algo	11	17%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°12**



### **Discusión de datos.**

El 64% de las encuestadas manifiestan que si conocen lo que es la prueba del Papanicolaou, el 19% que no y el 17% que algo, se concluye que existe conocimiento entre las mujeres en edad fértil de la prueba del Papanicolaou para evitar las enfermedades ginecológicas.

13.- Se ha realizado alguna vez la prueba del Papanicolaou

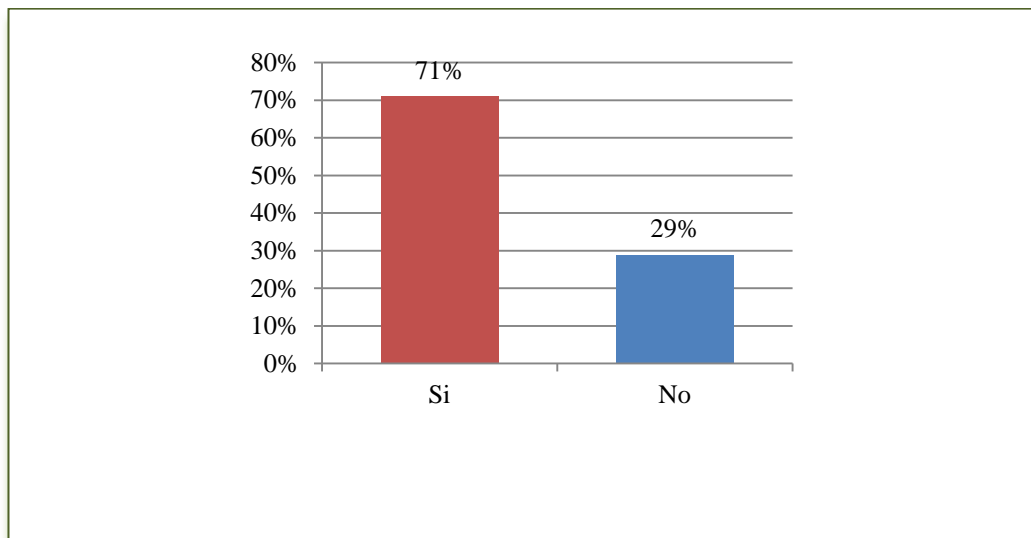
**TABLA N°13**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	45	71%
No	18	29%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°13**



**Discusión de datos.**

El 71% de las encuestadas manifiestan que si se han realizado la prueba del papanicolao, mientras que el 29% que no, se concluye que el Papanicolaou es un examen realizado entre las mujeres en edad fértil pero que su tiempo de realización está entre 1 a 3 años, observándose una discontinuidad en el control ginecológico.

14.- Considera usted que las asesorías del personal de salud le han ayudado a tomar decisiones informadas y voluntarias de fecundidad.

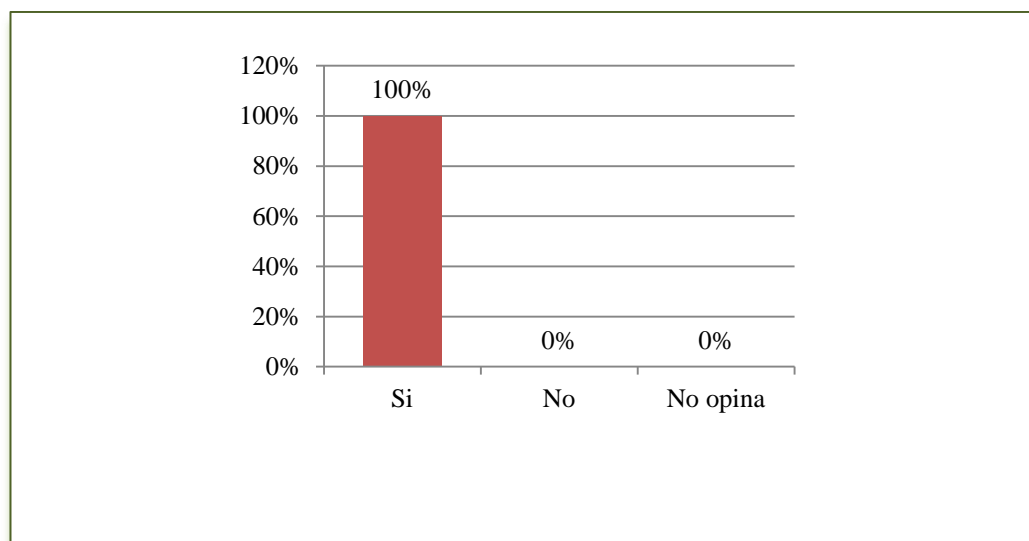
**TABLA N°14**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	63	100%
No	0	0%
No opina	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°14**



#### **Discusión de datos.**

El 100% de las encuestadas manifiestan que las asesorías del personal de salud si les han ayudado a tomar decisiones sobre salud sexual y reproductiva, se concluye que los profesionales de consulta y del hospital en general si aportan con informaciones oportunas para que ellas asuman una responsabilidad sexual y reproductiva.

15.- Cómo califica usted la calidad de atención que ofrece el personal de salud.

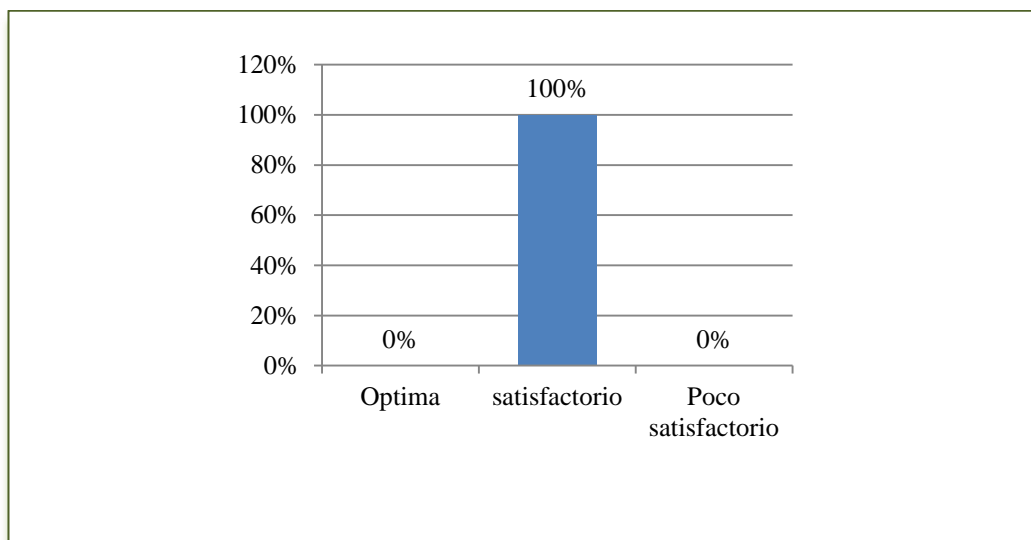
**TABLA N°15**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Optima	0	0%
Satisfactoria	63	100%
Poco satisfactorio	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°15**



**Discusión de datos.**

El 100% de las encuestadas manifiestan que la calidad de atención del personal de salud la califican como satisfactorio, se concluye que las usuarias están satisfechas de la atención recibida en cada consulta y en cada programa de salud que brinda el hospital.



16.- Asiste a controles periódicamente en la consulta ginecológica.

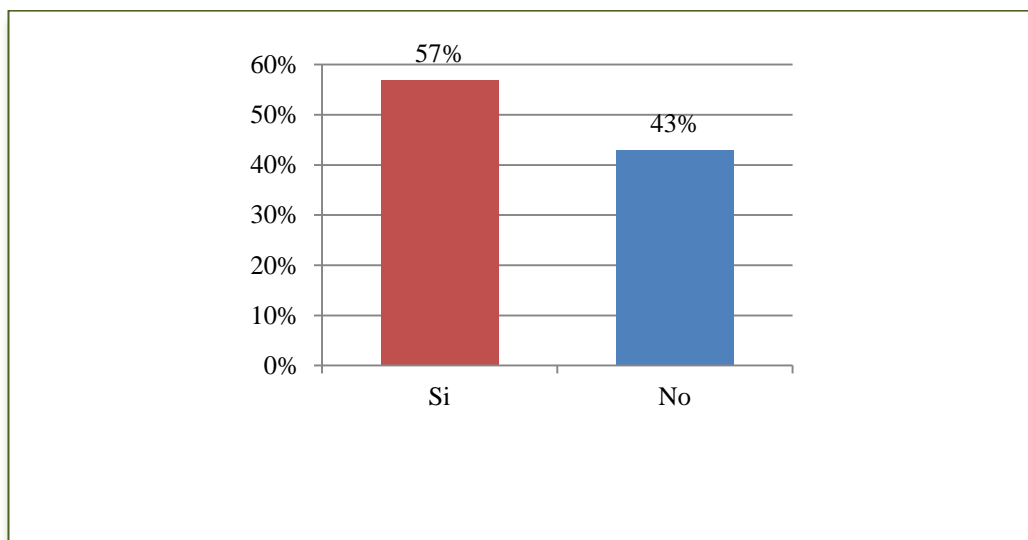
**TABLA N°16**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	36	57%
No	27	43%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°16**



**Discusión de datos.**

El 57% de las encuestadas manifiestan que si asisten a controles periódicos mientras que el 43% que no, se concluye que existe un porcentaje considerado de mujeres en edad fértil que no están cumpliendo con la consulta ginecológica periódica, por lo que se recomienda reafirmar la asesoría obstétrica.

17.- Ha tenido usted asistencia profesional preconcepcional.

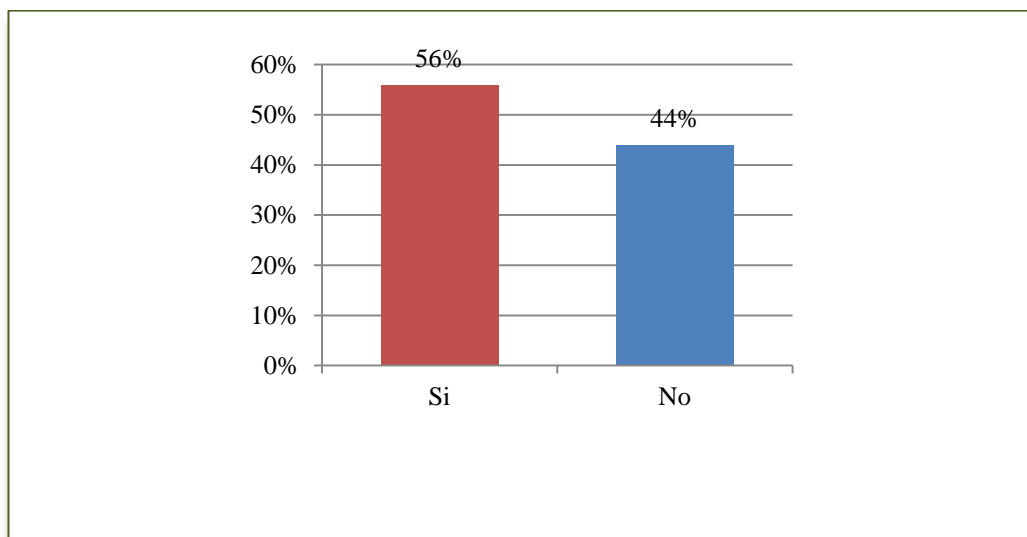
**TABLA N°17**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	35	56%
No	28	44%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Rfó, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°17**



**Discusión de datos.**

El 56% de las encuestadas manifiestan que si han tenido asistencia profesional preconcepcional, mientras que el 44% que no, se concluye que existe un porcentaje considerado de mujeres que no han participado de la asesoría y consulta preconcepcional.

18.- Cuáles son las conductas de salud sexual y reproductiva que UD. práctica o usa:

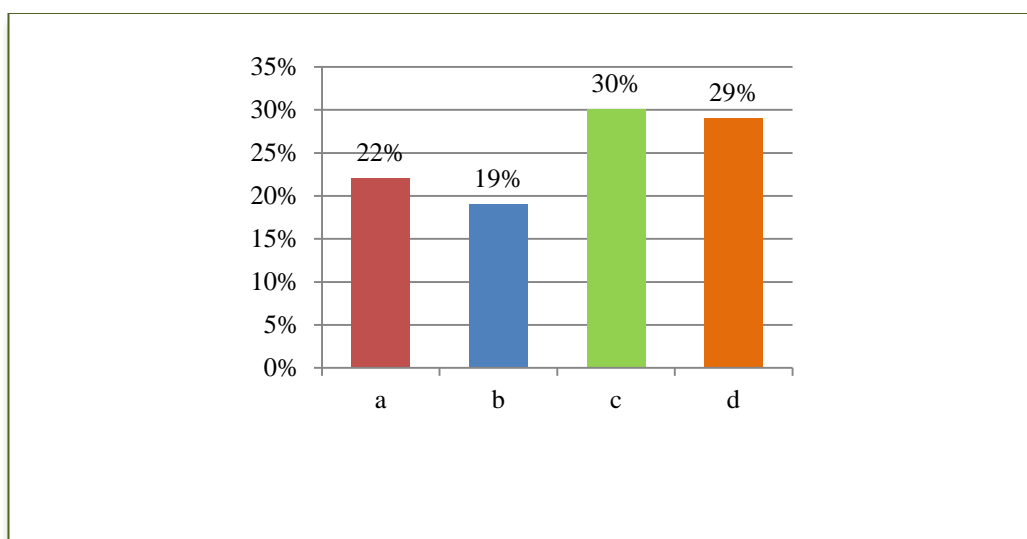
**TABLA N°18**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Usa algún método anticonceptivos antes de la relación sexual.	14	22%
b. Planifica su embarazo.	12	19%
c. Controla sus embarazos.	19	30%
d. No responde	18	29%
<b>TOTAL</b>	63	100%

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°18**



**Discusión de datos.**

El 30% de las encuestadas manifiestan que practican el control de sus embarazos como conducta de salud sexual y reproductiva, el 29% no responde a la pregunta, el 22% usa métodos anticonceptivos antes de la relación sexual (preservativos, óvulos o jaleas), el 19% practican la planificación del embarazo, se concluye que la mayoría de las mujeres practican la planificación familiar a través de la toma de pastillas o inyecciones.

19.- La información sobre temas sexuales la ha adquirido por medio de:

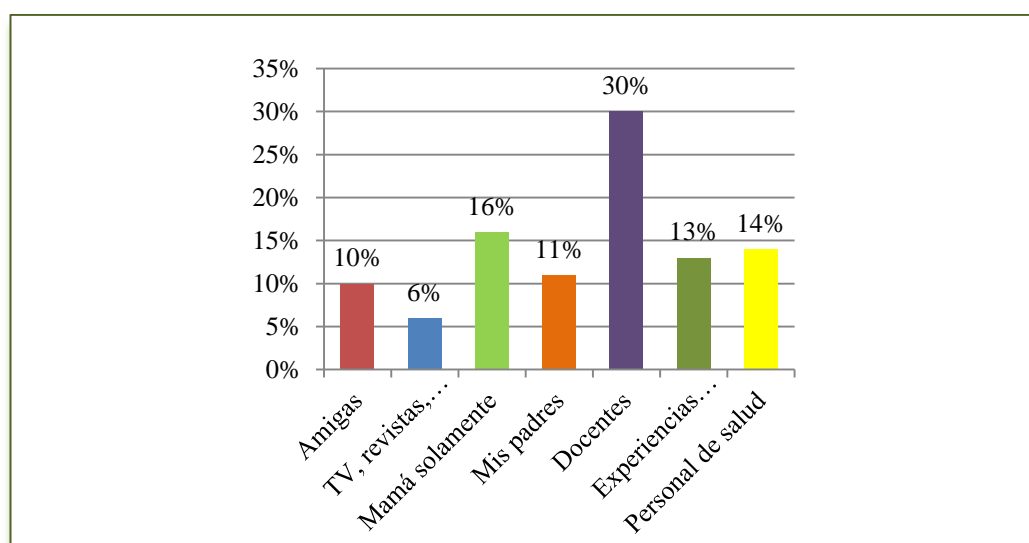
**TABLA N°19**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amigas	6	10%
TV/ videos/ cine/ diarios/ revista/ libros	4	6%
Mamá solamente	10	16%
Mis padres	7	11%
Docentes	19	30%
Experiencias personales	8	13%
Personal de salud	9	14%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°19**



**Discusión de datos.**

El 30% de las encuestadas manifiestan que la información sobre temas sexuales la ha adquirido por medio de los docentes, el 16% de la mamá solamente, el 14% del personal de salud, el 13% a través de la experiencias personales, el 11% en diálogos con los padres, el 10% en conversaciones con las amigas y el 5% a través de la TV, cine, revistas y libros, se concluye que de alguna manera las usuarias se encuentran informada del tema de sexualidad y paternidad responsables.

20.- Le gustaría asistir a un evento de capacitación de planificación familiar.

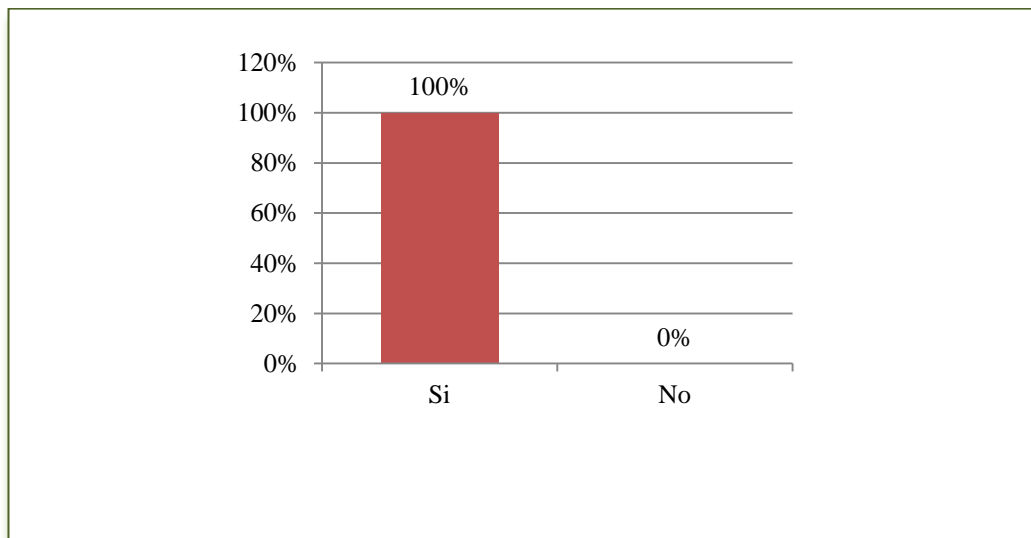
**TABLA N°20**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	63	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	63	100%

**Fuente:** Mujeres en edad fértil, Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°20**



**Discusión de datos.**

El 100% de las encuestadas manifiestan que si les gustaría, se concluye que las usuarias demuestran satisfacción de participar en un evento de capacitación a cerca de planificación familiar.

## RESULTADOS DE LA ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD DEL SUBCENTRO DE SALUD VENUS DEL RÍO, DE LA CIUDAD DE QUEVEDO

1.- Cree usted que la cantidad de anticonceptivos es suficiente para la demanda de usuarias.

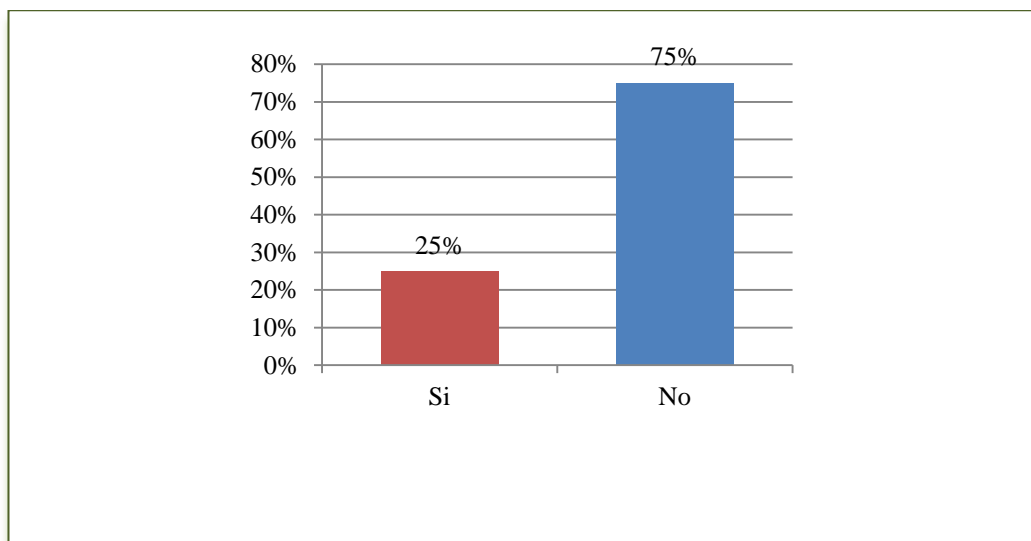
**TABLA N°1**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	1	25%
No	3	75%
<b>TOTAL</b>	4	100%

**Fuente:** Personal De Salud del Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°1**



### **Discusión de datos.**

El 75% del personal de salud manifiesta que no es suficiente la cantidad de anticonceptivos para la demanda de pacientes, mientras que el 25% que si, se concluye que el abastecimiento de medicina en el programa de planificación familiar debería incrementarse de acuerdo al crecimiento poblacional en edad fértil.

2.- En qué porcentaje presenta las pacientes embarazadas alguna de estas enfermedades:

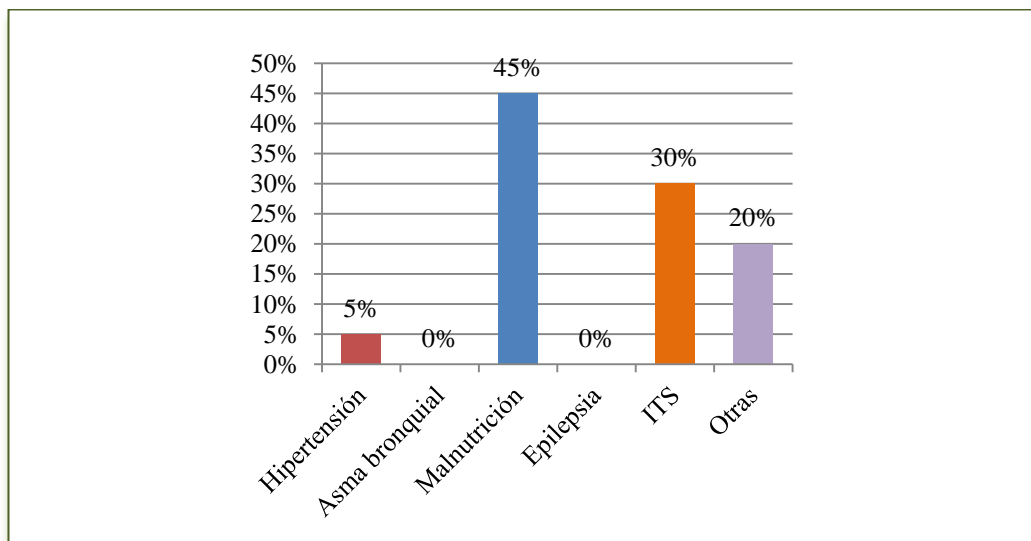
**TABLA N°2**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
• Enfermedad hipertensiva	5%	5%
• Asma bronquial	0%	0%
• Malnutrición.	45%	45%
• Epilepsia.	0%	0%
• ITS.	30%	30%
• Otras	20%	20%

**Fuente:** Personal De Salud del Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°2**



**Discusión de datos.**

El 45% de las pacientes embarazadas presentan malnutrición, el 30% ITS, el 20% refieren otras patologías, el 5% crisis hipertensivas, se concluye que existe una cobertura de usuarias en riesgo obstétricos.

3.- Ha planificado usted eventos educativos dirigidos a la población estudiantil.

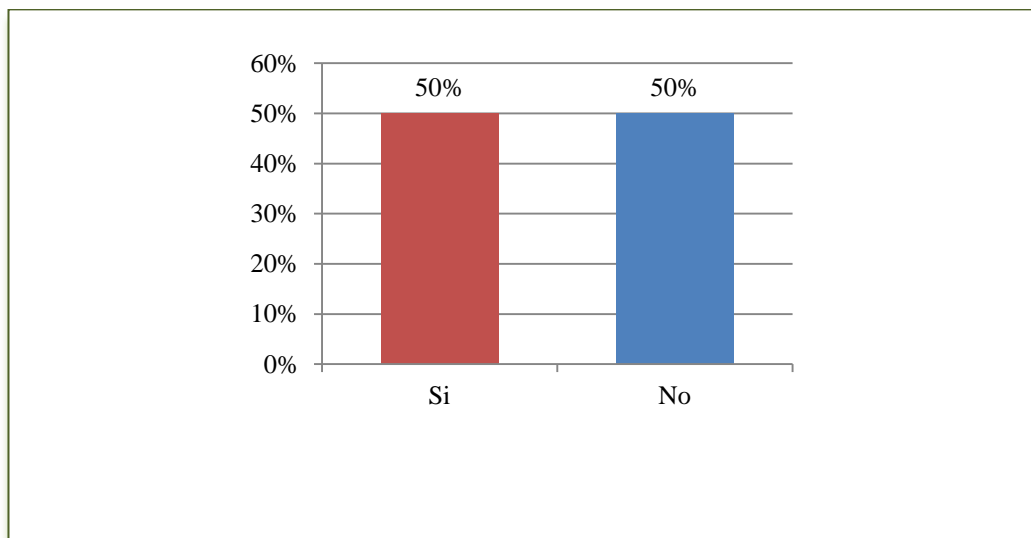
**TABLA N°3**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	2	50%
No	2	50%
<b>TOTAL</b>	4	100%

**Fuente:** Personal De Salud del Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°3**



### **Discusión de datos.**

El 50% de los encuestados manifiestan que si planifican eventos educativos a la población estudiantil, el otro 50% que no, se concluye que no todo el personal realiza prevención en las instituciones educativas.



4.- Considera usted que la **ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR** está cumpliendo con su objetivo que es garantizar el acceso efectivo a información, orientación, servicios de salud sexual y reproductiva y métodos de anticoncepción basados en las normas constitucionales.

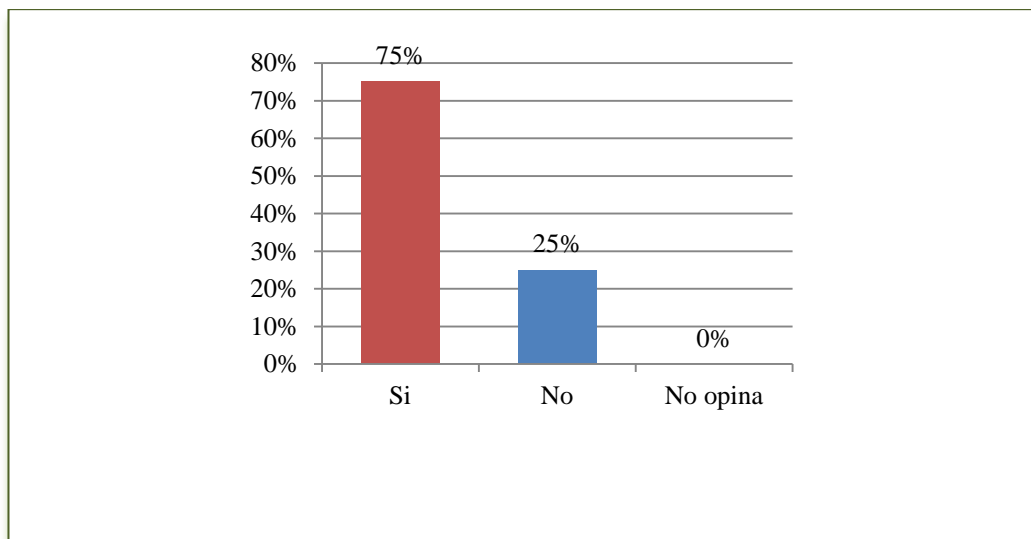
**TABLA N°4**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	3	75%
No	1	25%
No opina	0	0%
<b>TOTAL</b>	4	100%

**Fuente:** Personal De Salud del Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°4**



#### **Discusión de datos.**

El 75% de los encuestados manifiestan que la estrategia nacional intersectorial de planificación familiar si está cumpliendo su objetivos, mientras que el 25% que no, se concluye que el programa esta siendo accesible a toda la población en edad fértil.

5.- Considera usted que las mujeres en edad fértil están bien informadas en métodos anticonceptivos.

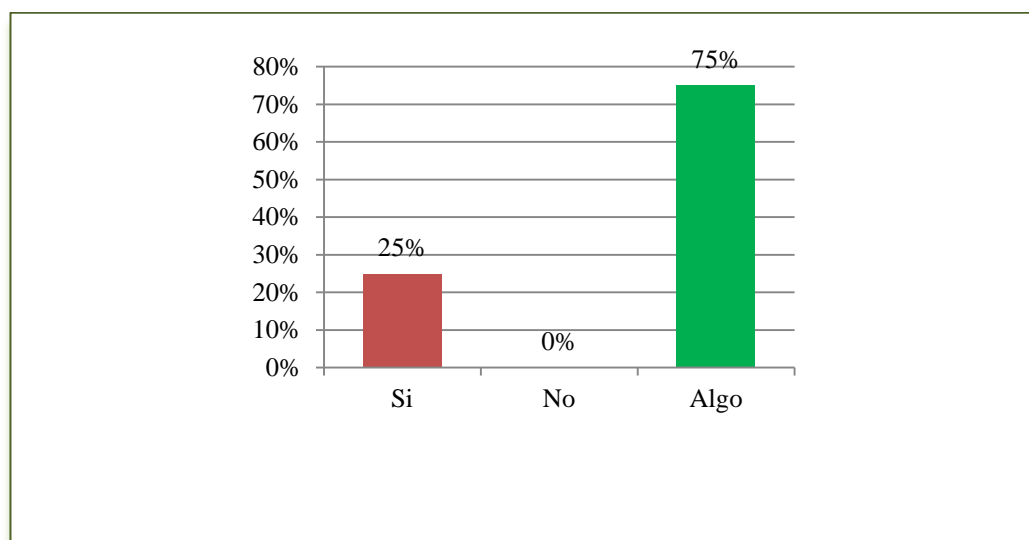
**TABLA N°5**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	1	25%
No	0	0%
Algo	3	75%
<b>TOTAL</b>	4	100%

**Fuente:** Personal De Salud del Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°5**



### **Discusión de datos.**

El 75% de los encuestados manifiestan que las mujeres en edad fértil algo están informadas en métodos anticonceptivos, mientras que el 25% que si, se concluye que las usuarias desconocen los diferentes métodos de planificación a pesar de la asesoría del personal de salud.

6.- ¿Cuál de los métodos anticonceptivos es el usado por las mujeres en edad fértil?

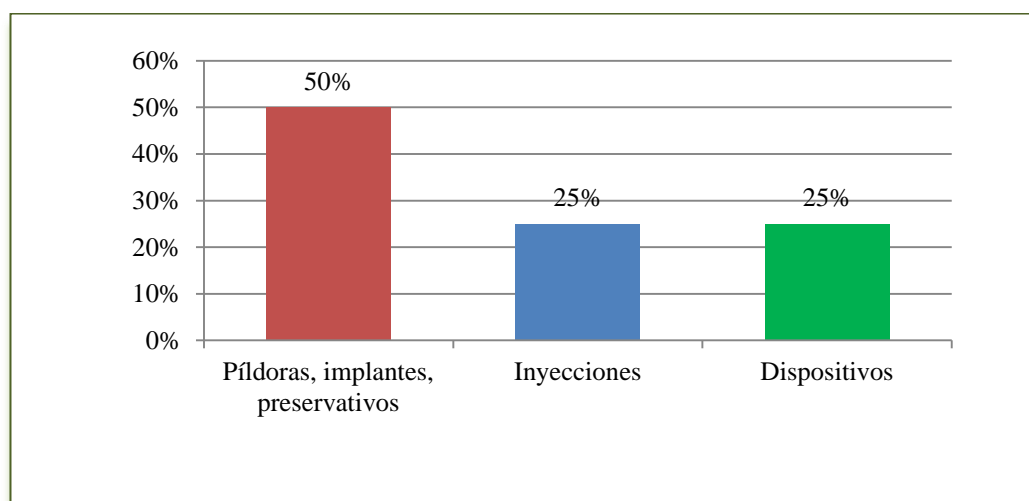
**TABLA N°6**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Píldoras, preservativos, implantes	2	50%
Inyecciones	1	25%
Dispositivos.	1	25%
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personal De Salud del Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°6**



### **Discusión de datos.**

El 50% de los encuestados manifiestan que los métodos anticonceptivos más usados por las mujeres en edad fértil son las píldoras, implantes y preservativos, el 25% inyecciones y el otro 25% dispositivos, se concluye que los métodos de elección son las pastillas, el preservativo y los implantes, los mismos que son entregados de manera gratuita a las usuarias.

7.- Considera usted de acuerdo que la población femenina en edad fértil está ejerciendo el uso de su sexualidad de manera saludable.

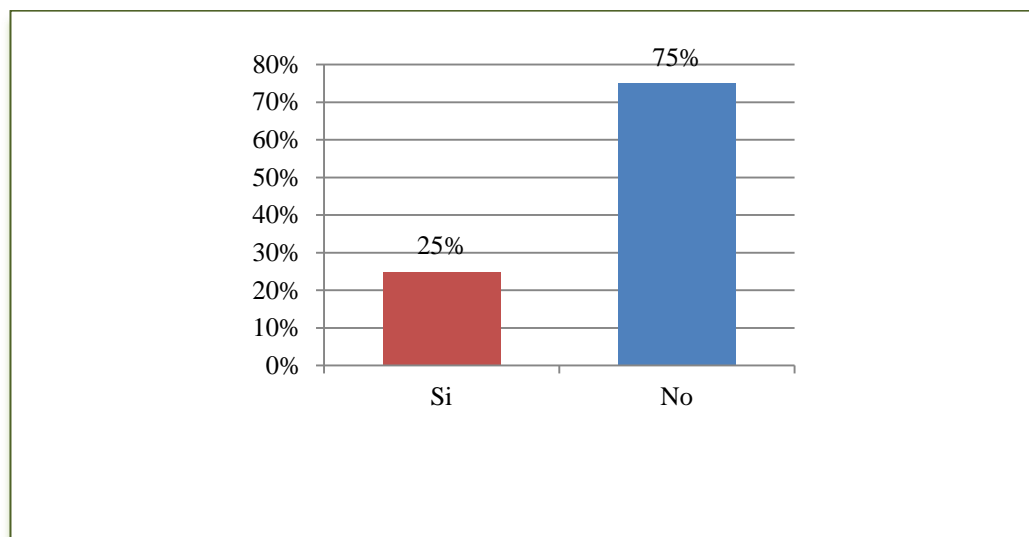
**TABLA N°7**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	1	25%
No	3	75%
<b>TOTAL</b>	4	100%

**Fuente:** Personal De Salud del Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°7**



### **Discusión de datos.**

El 75% de los encuestados manifiestan que las mujeres en edad fértil no están ejerciendo una sexualidad de manera saludable mientras que solo el 25% que si, se concluye que existe relación con el porcentaje de enfermedades de ITS que presentan las usuarias en consulta lo que da veracidad a la respuesta del ítem.

8.- Cuál cree usted es la causa para que las mujeres no ejerzan una sexualidad saludable.

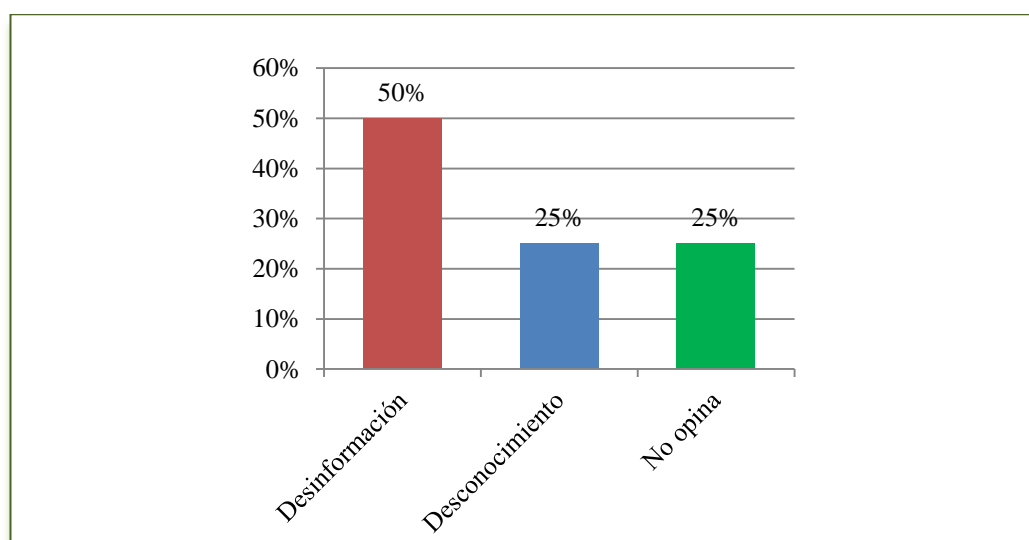
**TABLA N°8**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desinformación y quemeimportismo	2	50%
Desconocimiento de salud sexual reproductiva e ITS.	1	25%
No opina	1	25%
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personal De Salud del Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°8**



**Discusión de datos.**

El 50% de los encuestados manifiestan que la causa principal de las mujeres a no ejercer una sexualidad saludable es la desinformación y quemeimportismo a llevar una conducta sexual óptima, el 25% el desconocimiento de planificación familiar y de enfermedades de transmisión sexual y el otro 25% no opina al ítems, se concluye que la respuesta a la pregunta está relacionada con los criterios conceptuales expuestos en el marco teórico del proyecto.

9.- Está usted capacitada en el programa de planificación familiar.

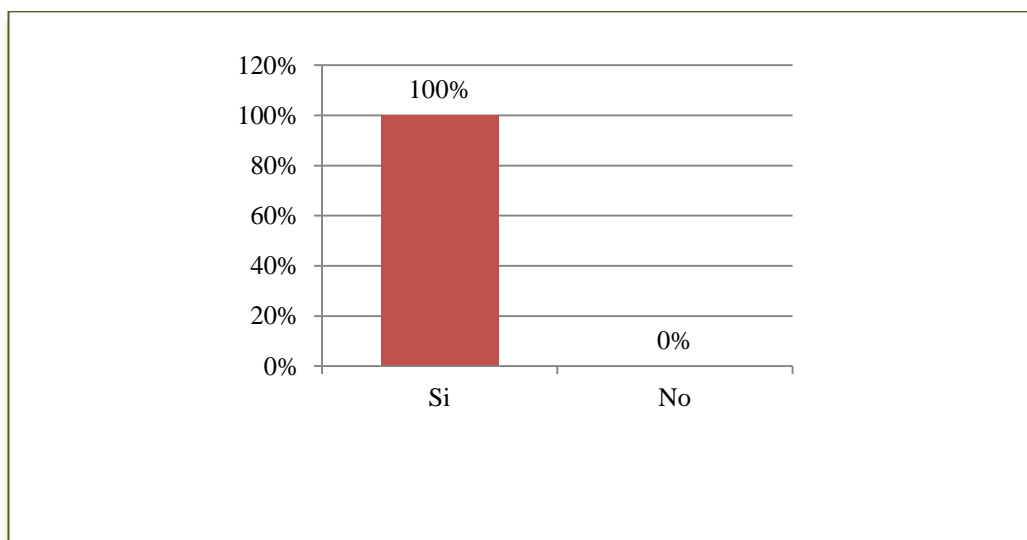
**TABLA N°9**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	4	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	4	100%

**Fuente:** Personal De Salud del Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°9**



**Discusión de datos.**

El 100% de los encuestados manifiestan que si están capacitados en el programa de planificación familiar, se concluye que el personal de salud oferta una atención de calidad en el servicio gineco obstétrico.

10.- Ha participado usted en la evaluación del programa de planificación familiar.

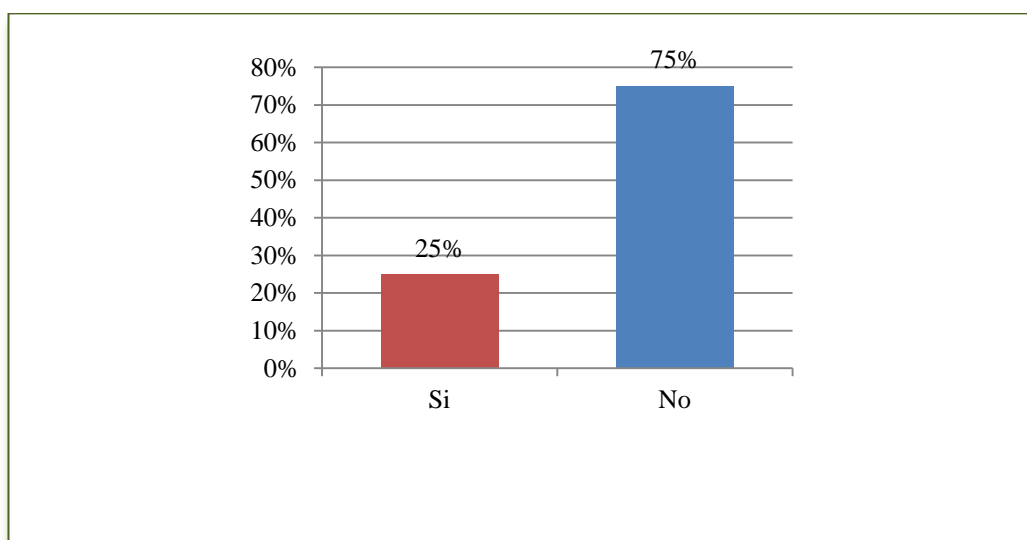
**TABLA N°10**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	1	25%
No	3	75%
<b>TOTAL</b>	4	100%

**Fuente:** Personal De Salud del Subcentro de Salud Venus del Río, año 2012

**Investigadoras:** Fernanda Meléndez Ruíz y Cira Peña Llanos.

**GRÁFICO N°10**



**Discusión de datos.**

El 75% de los encuestados manifiestan que no han participado en la evaluación del programa de planificación familiar, mientras que solo el 25% que si, se concluye que la mayoría del personal de salud actúa como ejecutores del programa.

## **9.2. Comprobación y discusión de hipótesis.**

El trabajo de campo realizado al grupo humano investigado en el subcentro de salud Venus del Río, de la ciudad de Quevedo, nos demuestra que a través de la consulta gineco obstétrica las mujeres en edad fértil acceden a los servicios de salud sexual reproductiva, donde el personal de salud responde en un 100% a la demanda de usuarios, pero son ellas las que no responde a las necesidades del programa, comprobándose que el programa de planificación familiar si está contribuyendo de manera positiva a que las féminas adquieran comportamientos saludables, tal como lo especifica el objetivo de la estrategia nacional intersectorial de planificación familiar, por lo que se comprueba la hipótesis general planteada en el trabajo en estudio.

En relación a la comprobación de la primera hipótesis específica el análisis de resultados demuestra que el método anticonceptivo de mayor demanda son las píldoras como métodos hormonales, las mismas que son entregadas de manera gratuita en el hospital o Subcentro de salud.

En relación a la comprobación de la segunda hipótesis específica, las encuestas determinan un grado de satisfacción en la atención de las usuarias en edad fértil, pero el personal de salud tiene que enfrentar los riesgos obstétricos que presentan las mujeres embarazadas debido al incumplimiento por diversas causas a los controles.

La comprobación de la tercera hipótesis específica afirma que el desarrollo de programas de educación sexual si beneficia la adopción de conducta sexual y reproductiva saludables en mujeres en edad fértil, pero que se debe de ampliar la prevención en las instituciones educativas.



### 9.3. Conclusiones.

- Las mujeres en edad fértil que participaron en este estudio tienen como características comunes: La mayoría inicia vida sexual antes de los 14 años y son generalmente no planeadas, el mayor grupo de abortos lo han tenido las mujeres en edad entre 20 a 32 años, lo que demuestra que es una opción en la actualidad de mujeres adulta joven y muy poco en adolescentes.
- Las usuarias encuestadas han manifestado no haber padecido de ITS, pero el personal de salud afirma que existe una demanda considerable (30%) con este diagnóstico en mujeres en edad fértil.
- La mayor demanda de anticoncepción en las mujeres en edad fértil son las píldoras, las inyecciones, además el personal de salud expone que los preservativos y el implante son también entregados con mayor frecuencia a las usuarias.
- El mayor riesgo obstétrico hace referencia a la malnutrición en las mujeres embarazadas asistidas en el subcentro de salud.
- A pesar del conocimiento de la prueba del Papanicolaou, las mujeres en edad fértil no tiene una habitualidad en realizárselas por su tiempo de discontinuidad expresada en la encuesta, lo que estaría generando riesgo en algún momento de su vida sexual activa.
- La disponibilidad de los servicios de salud y los programas como la planificación familiar aportan al control de la salud sexual y reproductiva en las mujeres en edad fértil, pero la mayor causas que impide una sexualidad saludables es la desinformación que tiene las mujeres en relación a temas como métodos anticonceptivo, enfermedades de ITS, conductas o comportamientos saludables para el desarrollo de habilidades psicosociales e interpersonales que puedan protegerles de las amenazas a su salud.

- En la encuesta se aprecia que la información adquirida en relación a educación sexual en su mayoría la obtiene o la han obtenido de los docentes, por lo que se debe de instruir a este personal para que la información sea correcta y veraz sustentada científicamente y no solo en la experiencia.
- Las necesidades insatisfechas de los servicios de planificación familiar abre el margen de acción para intervención de programas educativos.
- Se debería mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud reproductiva, dando una mayor capacitación a las personas encargadas de prestar dichos servicios, particularmente orientando a las mujeres (en especial a las adolescentes) a cómo utilizar los métodos modernos de una manera adecuada.
- A pesar de las asesorías que efectúa el personal de salud en cada consulta o planificada el evento las usuarias desconocen las opciones de los métodos moderno y los tradicionales, así como las comportamientos que deben asumir para una vida sexual y reproductiva saludable, por lo que se recomienda fortalecer la prevención educativa.
- Las usuarias en edad fértil manifiestan satisfacción de participar en un evento de capacitación organizado por el personal de salud a cerca de planificación familiar, además se sugiere ampliar el evento a la población estudiantil para evitar los riesgo que con lleva una salud sexual y reproductiva no saludable.

## **CAPÍTULO V**

### **10. PROPUESTA ALTERNATIVA.**

#### **PROGRAMA EDUCATIVO DE SALUD BASADO EN HABILIDADES PARA LA VIDA**

##### **10.1. Presentación.**

La Educación tiene el encargo social de transmitir a las actuales y futuras generaciones las experiencias acumuladas en el proceso de su desarrollo; es por ello que la práctica educativa, dirigida sistemáticamente, constituye un pilar fundamental dentro de la sociedad para la formación del hombre nuevo, que le permita estar a la altura de las exigencias de su tiempo. En correspondencia con este propósito se sienta las bases para el logro de una Educación integral y armónica, que penetre en todas las esferas de la vida social y se materialice en los modos de actuación de cada ciudadano.

La educación de salud basada en habilidades es una combinación de experiencias y de aprendizaje cuyo objetivo es desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades que son necesarias para actuar y así mantener conductas saludables y para cambiar conductas y condiciones dañinas.

Cada vez existe un mayor reconocimiento y evidencia de que a medida que las personas jóvenes crecen, el desarrollo de habilidades psicosociales e interpersonales puede protegerles de las amenazas de salud, les puede permitir desarrollar competencias para adoptar conductas positivas y promover relaciones saludables. El desarrollo de habilidades tiene más posibilidades de producir la conducta de salud deseada cuando la práctica de la habilidad va unida al contenido de una conducta de salud específica o de una toma de decisión. El método más efectivo de desarrollo de habilidades es involucrar a los jóvenes y adultos en el aprendizaje a través de experiencias activas y participativas, en lugar de pasivas. Los

métodos de aprendizaje activos, junto con otros factores, son efectivos en llegar a la población y conseguir resultados de conducta positivos. La prevención de comportamientos de riesgo en salud sexual depende de la información que tengamos al respecto, pero también de la conciencia que personalmente desarrollemos que parte del autoconocimiento que tengamos sobre nosotros mismos para actuar en consecuencia con el autocuidado.

A través de la educación preventiva se pretende la disminución de las consecuencias de una inadecuada educación sexual: abortos e hijos no deseados, madres solteras, madres muy jóvenes (12-20 años), matrimonios prematuros, explosión demográfica, divorcios, relaciones extramatrimoniales, desajustes psicosociales, desajustes emocionales, falta de confianza y respeto entre los sexos, roles sexuales estereotipados, machismo, infecciones de transmisión sexual ( ITS ), suicidios, inestabilidad familiar, promiscuidad sexual, deserción escolar, curiosidad sexual reprimida y tabúes, mitos y falacias.

## **10.2. Objetivos.**

### **10.2.1. Objetivo general.**

- Capacitar a la población joven y adulta en educación sexual y reproductiva para evitar sus consecuencias, fomentando el desarrollo de habilidades psicosociales e interpersonales que promuevan conductas saludables.

### **10.2.2. Objetivos específicos.**

- Organizar espacios pedagógicos en instituciones educativas, y en el ambiente interno del subcentro dirigida a la población adolescente, y adulta para promover el autocuidado como conducta positiva sexual y reproductiva.
- Establecer las fases de cada sesión educativa y su metodología a aplicarse que permita el desarrollo de las habilidades psicosociales e interpersonales.
- Dinamizar la participación de cada individuo para cambiar conductas negativas sexuales o reproductivas que generan comportamientos de riesgo en salud sexual.

### 10.3. Contenidos.

El desarrollo del programa educativo basado en habilidades para la vida se organiza de acuerdo a las siguientes temáticas, las mismas que serán expuestas en cada sesión educativa y estará dirigido a toda la población joven y adulta que asiste al subcentro y que acuden a las instituciones educativas de la localidad:

Tema 1: Anticoncepción e ITS.

Tema 2: Sexualidad responsable.

Tema 3: Comunicación y autoestima.

A continuación se describen las fases de una sesión educativa:

- **Introducción**

En este momento se inicia el primer contacto con el tema. La finalidad es despertar el interés de los adolescentes, y adultos sobre el mismo, mediante una anécdota, una pregunta o una lluvia de ideas, etc. También puede realizar una técnica que permita la integración del grupo.

- **La experiencia/reflexión individual**

En esta fase se promoverá la reflexión individual sobre el tema a tratar. Esto es importante porque permite conocer los puntos de vista de los adolescentes y adultos sobre sí mismos.

- **Discusión y Análisis**

En esta etapa, el grupo guiado propiciará el análisis y discusión de un tema para compartir los diferentes puntos de vista. Es útil formar grupos de hombres y mujeres, y después contrastar lo que piensan ambos, Si se cree oportuno se elaborará una guía de preguntas que propicien la discusión y en plenaria compartir los puntos de vista, se favorecerá el respeto a todas las opiniones con el fin de crear un ambiente de participación, respeto y tolerancia.

- **Generalización**

Durante esta fase se sistematizarán los conocimientos del grupo y se realizarán las conclusiones.

- **Aplicación**

En esta última fase, se propiciará el desarrollo de habilidades para aplicar lo aprendido en la vida cotidiana y generar cambios de comportamientos negativos de salud sexual.

### **Metodología:**

#### **Vídeo debate**

Utilizar películas como estrategia pedagógica puede garantizar y capturar la atención de los participantes; sin embargo, es necesario que la actividad no quede en la mera proyección de una película que por su temática esté relacionado con el tema que se va a abordar. Es muy importante advertir que el video debate será útil, siempre y cuando, se alcancen los siguientes propósitos: a) provocar la reflexión personal y colectiva, b) presentar situaciones complejas o poco comunes para analizar los factores que interviene en ellas, c) conocer las posiciones de los participantes frente a tal o cual aspecto del tema y organizarlas junto con ellos para enriquecer el aprendizaje mediante el debate, a través del cual se producirán colectivamente reflexiones y conclusiones que reafirman conocimientos.

#### **Lectura debate**

En esta variante lo que sirve de base para el debate es una lectura previa sobre temas de sexualidad, propuesta al grupo por el facilitador. La discusión puede basarse en las ideas relevantes que se encuentran en el documento leído, o bien en las interrogantes que haya suscitado la lectura en las y los jóvenes y adultos. Para orientar y moderar el debate, y para contextualizar la información, se seguirán los mismos lineamientos que en el video debate.

Las lecturas pueden incluir:

1. Artículos de libros o revistas que aborden temas de sexualidad.

## 2. Artículos obtenidos por vía de páginas web

### **Periódico mural**

El propósito de la elaboración de un periódico mural es que los educandos transmitan a la comunidad información científica e ideas propias sobre el tema de la sexualidad, a través de imágenes y pequeños textos. Con el periódico se propicia la comunicación entre la comunidad y el grupo de trabajo.

### **10.4. Descripción de los aspectos operativos de la propuesta.**

#### **Tema 1: Anticoncepción e ITS.**

##### **Objetivos:**

- Reflexionar acorde a los métodos anticonceptivos, y desarrollar una actitud responsable ante su uso para evitar embarazos no deseados y contagios.
- Transmitir que el aborto no es un método anticonceptivo, y los riesgos a que se somete una adolescente o fémina adulta cuando está ante esta situación.

##### **Contenidos:**

Métodos anticonceptivos. Tipos, ventajas y desventajas. Las infecciones de transmisión sexual (ITS). La toma de decisiones.

##### **Orientaciones Metodológicas:**

Aquí se aclara todo lo concerniente a métodos anticonceptivos, sus ventajas y desventajas, así como importancia de prevenir cualquier ITS por los riesgos que ocasiona, se enfatiza además en los conflictos que pueden generar el uso de los métodos anticonceptivos.

Una sesión práctica puede ser: “Correo de la amistad sobre la planificación familiar”, se reorganiza el aula según deseen los miembros del círculo, y es el momento para que los adolescentes y adultos bajo la guía del instructor intercambien sobre los métodos anticonceptivos y discutan los temores resistencia, así como conflictos sobre el uso de métodos de planificación familiar.

Se debate sobre la base de la importancia del uso de los métodos anticonceptivos, así como las ITS que pudieran contraerse en caso de irresponsabilidad o desconocimiento.

**Recursos:** video, lectura – debate, periódico mural.

## **Tema 2: Sexualidad responsable.**

### **Objetivos:**

- Entender la sexualidad como fuente de salud, placer, afectividad y comunicación, asumiendo que sus funciones son amplias y enriquecedoras.
- Aprender cómo se forman valores y la forma en que estos afectan la conducta en general y en particular la maternidad y la paternidad responsable.
- Analizar y debatir el mensaje de un video relacionado con la maternidad y la paternidad en la adolescencia.

### **Contenido:**

Concepto de sexualidad responsable. Maternidad y la paternidad responsable. Posibilidad de tener hijo. Definición de valores. Papel de los valores en la orientación de la conducta. Responsabilidad afectiva, económica, aspectos positivos y negativos en la crianza de los hijos.

### **Orientaciones Metodológicas:**

En este tema se abordan los aspectos relacionados con la sexualidad y la forma de asumirla responsablemente, es necesario precisar que está presente desde que se nace hasta que se muere, se debe insistir que hay que verla más allá de los órganos genitales, que se expresa como una dimensión humana que abarca todo nuestro ser, es decir nuestro cuerpo es todo sexuado no solo una parte, además se explica que todas las personas son distintas y la forma de manifestar la sexualidad es diferente, por lo que es necesario que se respete la manera en que cada persona vive su sexualidad, lo fundamental es esclarecer, que la sexualidad es una necesidad básica del ser humano, fuente de placer, ternura, salud y se manifiesta en diferentes



formas (caricias, besos, abrazos.), de los cuales el coito vaginal es otra forma, pero no la única, es todo un mundo de posibilidades conocerla y vivirla responsablemente es importante para el equilibrio de cada persona.

Se sugiere una sesión práctica: “Sexualidad Responsable” donde después de organizado los integrantes del círculo se les pide a cada miembro que escriban el horario y las actividades donde manifiestan la sexualidad. Por otra parte pueden escogerse tres situaciones relacionadas con la responsabilidad que deben asumir ante la sexualidad

Para esta sesión práctica pueden utilizarse videos de algunos contenidos relacionados con el tema.

**Recursos:** video, lectura – debate, periódico mural

### **Tema 3: Comunicación y autoestima.**

#### **Objetivos:**

- Saber que es la comunicación y comprender su importancia.
- Tomar conciencia de las cualidades positivas que se necesita para ser mejor.
- Resaltar el papel que juega la comunicación en la sexualidad.
- Conocer qué es la autoestima y cuáles son las cosas que la afectan.

#### **Contenido.**

La comunicación. Base para mantener las relaciones sanas y duraderas entre familiares, amigos y parejas. Comunicación verbal, comunicación no verbal. Concepto.

#### **Orientaciones metodológicas:**

En este tema se enseña cómo comunicar sus deseos, aspiraciones y sueños para el futuro es muy importante para crecer de forma saludable, se aprovecha para reflexionar sobre la comunicación verbal y no verbal, destacar que cuando una

persona es capaz de expresar sus conocimientos de forma honesta se le debe respetar. Se debe enseñar a ser afirmativo con respecto a lo que se cree y quiere, siempre que signifique algo positivo para su vida. Comparar la comunicación positiva con la agresiva, destacando como la agresiva siempre involucra humillación, autoridad y palabras incorrectas, y esto no es saludable.

La clave del tema está en que se debe enseñar a ser independientes, seguros, a relacionarse; y la Educación Sexual definirá gran parte de la autoestima, se debe propiciar oportunidades para que se descubra sus cualidades positivas, atributos físicos y habilidades especiales que le han sido reconocidas ayudándolas a descubrir su identidad. Una sesión práctica de este tema puede ser: “Saber comunicarnos”, eligiendo cuidadosamente sus palabras.

**Recursos:** video, lectura – debate, periódico mural

## **10.5. Recursos.**

### **10.5.1. Recursos Humanos:**

- ❖ Personal de Salud del Subcentro de salud Venus Del Río.
- ❖ Autoridades de las instituciones educativas de la localidad.
- ❖ Población estudiantil líderes.
- ❖ Usuarías al Subcentro
- ❖ Equipo Investigativo
  - 2 Investigadores Estudiantes de Enfermería
  - 1 Director de Tesis

### **10.5.2. Recursos Materiales.**

Videos  
Infocus  
Laptops

Material bibliográfico: libros, revistas, diarios, diccionario, suplementos de salud

Material de escritorio: papel, fotocopias, lapiceras, lápiz, corrector, carpetas, etc.

Computadora

Impresora

### 10.6. Cronograma de ejecución de la propuesta.

Actividades	Recursos	Cronograma	Presupuesto
Sesión de trabajo con las autoridades del Subcentro e Instituciones educativas.	Material de oficina	Diciembre del 2012	\$. 25.00
Sesión educativa N°1 Exposición del periódico mural.	Lunch Material de oficina	Diciembre del 2012	\$. 150.00
Sesión educativa N°2 Exposición del periódico mural.	Lunch Material de oficina	Diciembre del 2012	\$. 150.00
Sesión educativa N°3 Exposición del periódico mural.	Lunch Material de oficina	Diciembre del 2012	\$. 150.00
Clausura del evento	Lunch	Diciembre del 2012	\$. 150.00

**Total: \$. 625.00**

## BIBLIOGRAFÍA.

- Ación Pedro, (2008), Planificación Familiar, Fisiología Reproductiva, Sexualidad, Anticoncepción y ETS, ediciones Molloy,
- Anuario de Nacimientos y Defunciones INEC 1989 -2009
- Constitución 2008, Capítulo primero, artículo 11, literal 2. Capítulo segundo, “Derechos del buen vivir”, el artículo respecto de la salud. Capítulo sexto, sobre los Derechos de Libertad, artículo 66. Artículo 95 sobre la participación de la ciudadanía, Ecuador.
- Corporación Utopía. “Manual para Facilitadores/as. Salud Sexual y Reproductiva / VIH-SIDA para Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Ecuador”, Edita: Dirección de Sanidad del Comando Conjunto, Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional, UNFPA y el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Quito, Ecuador, 2005,
- Diario El Telégrafo, 23 millones de dólares invertirá el gobierno del Ecuador en programas de planificación familiar, 24 de Febrero del 2012, Ecuador.
- Diario hoy. “Embarazo de niñas sube 74% y ubica al Ecuador primero en la región andina”, 27 de febrero del 2012. <http://www.hoy.com.ec>.
- El Ciudadano, Periódico digital del Gobierno de la Revolución ciudadana, “Gobierno anuncia intenso programa de planificación familiar”, 19/febrero/2011, Ecuador. <http://www.elciudadano.gob.ec>.
- ENDEMAIN. Encuesta Demográfica y de Salud Materno e Infantil 2004. <http://www.cepar.org.ec>.
- Gervilla Castillo, E. (2000), Un modelo axiológico de educación integral, en Revista Española de Pedagogía, n-215,58, pp. 39–57.
- Guía de métodos anticonceptivos. Organon. España, S.A. ctra. Hospitalet 147-149. Cityparc - Edificio Amsterdam • 08940 Cornellá de Llobregat (Barcelona) España.
- Manual sobre Salud Sexual y Reproductiva, 2008 CEASPA – UNFPA – MINGOB. Panamá
- Ministerio de Salud Pública, Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA), Ecuador.

- Naciones Unidas (2004a), *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Nota del Secretario General (A/59/422)*, Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud, (2005), *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, 3era edición, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud, (2007), *Planificación familiar; una piedra angular de planificación familiar de la OMS, orientación basada en la evidencia*, Estados Unidos.
- Population Reference Bureau (PRB), *Planificación Familiar: Programas Eficaces para el Desarrollo*, Washington 1994.
- UNFPA Ecuador, *Planificación Familiar*. 16 de septiembre del 2012, <http://www.unfpa.org.ec>
- UNFPA: *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo 1994.
- Uriza Gutiérrez Germán, (2007), *Planificación familiar*, editorial Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

# ANEXOS

**ENCUESTA A MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ASISTEN AL SUBCENTRO DE SALUD VENUS DEL RÍO, DE LA CIUDAD DE QUEVEDO**

1.- Edad:.....

2.- Número de partos que ha tenido usted.

- a) 0 (cero) partos.
- b) 1 a 2 partos.
- c) 3 a 4 partos.
- d) 5 y más partos.

3.- Ha tenido usted algún tipo de aborto.

Si. No.

4.- Ha padecido usted de algún tipo de enfermedad de transmisión sexual.

Si. No.

5.- Tiene usted alguno de estos hábitos.

- a) Alcoholismo.
- b) Drogadicción.
- c) fumadora.

6.- ¿Consulta a su médico/a por métodos anticonceptivos?

Si. No

¿Por qué? .....

7.- ¿Qué métodos anticonceptivos usa?

- Píldora para control de natalidad
- Inyecciones Diafragma
- Espuma o jalea
- Espiral o Dispositivo Intrauterino o D.I.U.
- Implante

- Preservativo
- Ligar las trompas
- Vasectomía
- Método del ritmo o calendario
- Coito interrumpido o retirarse
- Ninguno.
- Otros.....

8.- ¿Quién le provee los anticonceptivos?

- El hospital o subcentro.
- Los compra.
- Te los regalan otras personas.

9.- Su primera experiencia sexual fue.

- Premarital
- Marital.

10.- Usó método anticonceptivo en su primera relación sexual

Si. No

Cuál.....

11.- A qué edad tuvo su primer hijo.

.....

12.- Conoce usted lo que es la prueba del Papanicolaou

Si. No. Algo

13.- Se ha realizado alguna vez la prueba del Papanicolaou

Si. No.

Hace que tiempo.....



14.- Considera usted que las asesorías del personal de salud le han ayudado a tomar decisiones informadas y voluntarias de fecundidad.

Si.

No.

No opina.

15.- Cómo califica usted la calidad de atención que ofrece el personal de salud.

- Optima.
- Satisfactoria.
- Poco satisfactorio.

16.- Asiste a controles periódicamente en la consulta ginecológica.

Si.

No.

17.- Ha tenido usted asistencia profesional preconcepcional.

Si.

No.

18.- Cuáles son las conductas de salud sexual y reproductiva que UD. práctica o usa:

- Usa algún método anticonceptivo antes de la relación sexual.
- Planificas tu embarazo
- Controla sus embarazos

19.- La información sobre temas sexuales la ha adquirido por medio de:

- las amigas
- la TV/ videos/ cine/ diarios/ revistas/ libros.
- Mamá solamente
- Mis padres
- Los docentes
- Experiencias personales
- Médico/a
- Enfermera/o
- Talleres
- Conferencias
- Otros.....

20.- Le gustaría asistir a un evento de capacitación de planificación familiar.

Si.

No.

**ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD DEL SUBCENTRO DE SALUD VENUS DEL RÍO, DE LA CIUDAD DE QUEVEDO**

1.- Cree usted que la cantidad de anticonceptivos es suficiente para la demanda de usuarias.

Si. No.

2.- En qué porcentaje presenta las pacientes embarazadas alguna de estas enfermedades:

- Enfermedad hipertensiva
- Asma bronquial
- Malnutrición.
- Epilepsia.
- ITS.
- Otras.

3.- Ha planificado usted eventos educativos dirigidos a la población estudiantil.

Si. No.

4.- Considera usted que la **ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR** está cumpliendo con su objetivo que es garantizar el acceso efectivo a información, orientación, servicios de salud sexual y reproductiva y métodos de anticoncepción basados en las normas constitucionales.

Si. No. No opina.

5.- Considera usted que las mujeres en edad fértil están bien informadas en métodos anticonceptivos.

Si. No. Algo.

6.- ¿Cuál de los métodos anticonceptivos es el usado por las mujeres en edad fértil?

- Píldora para control de natalidad
- Inyecciones Diafragma

- Espuma o jalea
- Espiral o Dispositivo Intrauterino o D.I.U.
- Implante
- Preservativo
- Ligar las trompas
- Vasectomía
- Método del ritmo o calendario
- Coito interrumpido o retirarse
- Otros.....

7.- Considera usted de acuerdo que la población femenina en edad fértil está ejerciendo el uso de su sexualidad de manera saludable.

Si.

No.

8.- Cuál cree usted es la causa para que las mujeres no ejerzan una sexualidad saludable.

9.- Está usted capacitada en el programa de planificación familiar.

Si.

No.

10.- Ha participado usted en la evaluación del programa de planificación familiar.

Si.

No.



Edificio del Subcentro de salud Venus del Ríos de la ciudad de Quevedo.



Equipo que labora en el Subcentro de Salud Venus del Ríos de la ciudad de Quevedo.



Momentos en que se realiza la búsqueda de las historias clínicas de las mujeres en edad fértil, en el Subcentro de Salud de la ciudad Quevedo.



Momentos en que se realiza la búsqueda de las historias clínicas de las mujeres en edad fértil, en el Subcentro de Salud de la ciudad Quevedo.





Realizando la encuesta a una usuaria en edad fértil en el Subcentro de Salud de la ciudad Quevedo



Realizando la encuesta a una usuaria en edad fértil en el Subcentro de Salud de la ciudad Quevedo