



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**INFLUENCIA SOCIOCULTURAL EN EL ACCESO Y USO DE  
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE EDAD  
FÉRTIL DE LA COMUNIDAD DE HUERTAS, SANTA ISABEL 2015**

Tesis previa a la obtención del  
Título de Licenciada en Enfermería

**AUTORAS:**

NANCY ADRIANA BERMEO VILLA  
ROSA ELENA CAZHO MOROCHO

**DIRECTOR:**

DR. JAIME PATRICIO IDROVO URIGUEN

**ASESORA:**

LCDA. NUBE JHANETH CLAVIJO MOROCHO

**CUENCA – ECUADOR**

**2016**

## RESUMEN

La planificación familiar responde al derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos, y a la información y acceso a los medios necesarios.

**Antecedentes:** En las comunidades rurales existen factores socioculturales que influyen en la decisión de escoger un método de planificación familiar.

**Objetivo General:** Caracterizar la influencia sociocultural en el acceso y uso de métodos de planificación familiar por mujeres de edad fértil.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo con 168 mujeres de la comunidad Huertas, parroquia Shaglli, cantón Santa Isabel, en el año 2015, que dieron su consentimiento. Los datos fueron recolectados en entrevistas, con una guía estructurada previamente, según las variables en estudio, y tabulados y analizados con el programa SPSS 19 y Microsoft Excel 2010.

**Resultados:** El grupo etario mayoritario está formado por jóvenes 15-24 años (47%), de procedencia rural, instrucción secundaria y nivel medio de ingresos económicos, ya con 1-2 hijos; predominantemente católicas, que han recibido información sobre los métodos de planificación familiar a través del Centro de Salud, aunque el 39,3% confiesa no realizar ninguna práctica anticonceptiva pues teme la posible esterilidad. Sin embargo, el 41,7% declara la utilidad del anticonceptivo que usa, en tanto que el 11,3% señala el dolor de cabeza como complicación surgida durante su uso. El 20,2% declara no usar ningún método, aunque el 62,5% expresa que es la pareja la que asume la planificación familiar.

Palabras clave: EMBARAZO, PLANIFICACION FAMILIAR, INFERTILIDAD, EFECTO SECUNDARIO, METODO ANTICONCEPTIVO

## ABSTRACT

**SUMMARY:** Family planning responds to the right of individuals to decide the number of children they want and timing of pregnancies, and information and access to the necessary means.

**Background:** In rural communities there sociocultural factors that influence the decision to choose a family planning method.

**General Objective:** To characterize the sociocultural influence on access to and use of family planning methods by women of childbearing age.

**Methodology:** a descriptive study with 168 women from Huertas community, parish Shaglli of the Santa Isabel Region, in 2015, who consented were performed. Data were collected by interview with a guide previously structured, according to the study variables, and tabulated and analyzed using SPSS 19 and Microsoft Excel 2010 program.

**Results:** The largest age group, young people aged 15-24 (47%), of rural origin, secondary education and average level of income, and with 1-2 children; predominantly Catholic, they have received information on family planning methods through the Health Center, while 39.3% admit not take any contraceptive practice fearing the possible infertility. However, 41.7% said the use of contraceptive use, while 11.3% said the headache as complication arising during use. 20.2% reported not using any method, although 62.5% say it is the couple that assumes family planning.

**Keywords:** PREGNANCY, FAMILY PLANNING, INFERTILITY, SIDE EFFECT, CONTRACEPTION.

## INDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>DERECHO DE AUTOR.....</b>	<b>7</b>
<b>RESPONSABILIDAD.....</b>	<b>10</b>
<i>Dedicatoria.....</i>	<b>11</b>
<i>Agradecimientos:.....</i>	<b>13</b>
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>16</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>18</b>
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>20</b>
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2 MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>24</b>
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	26
MÉTODOS NATURALES (10): .....	27
MÉTODOS HORMONALES (1) (26) : .....	28
MÉTODOS DE BARRERA (1): .....	29
MÉTODOS INTRAUTERINOS (1) (26):.....	30
MÉTODOS QUIRÚRGICOS (27) .....	30
ANTICONCEPTIVO IDEAL (29) .....	30
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL USO O NO DE LOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	31
<b>BENEFICIOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....</b>	<b>34</b>
2.3 MARCO INSTITUCIONAL .....	37
UBICACIÓN. ....	37
DATOS HISTÓRICOS.....	37



ACTIVIDAD ECONÓMICA.....	38
INFRAESTRUCTURA.....	38
ASPECTOS CULTURALES (40) .....	39
ATRATIVOS DE LA COMUNIDAD (40).....	41
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>42</b>
DISEÑO METODOLÓGICO .....	42
<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>42</b>
OBJETIVO GENERAL.....	42
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	42
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>43</b>
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	43
4.2 ÁREA DE ESTUDIO .....	43
4.3 UNIVERSO.....	43
<b>4.4. MUESTRA.....</b>	<b>43</b>
4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN: .....	44
4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	44
4.7 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN .....	45
4.8 VARIABLES .....	46
4.9 PROCEDIMIENTO.....	46
Tabla 1 .....	46
Tabla 2 .....	47
Tabla 3 .....	48
Tabla 4 .....	49
Tabla 5 .....	50
Tabla 6 .....	51
Tabla 7 .....	52
Tabla 8 .....	53
Tabla 9 .....	54
Tabla 10 .....	55



Grafico 11 .....	56
Grafico 12 .....	57
Tabla 13 .....	58
Tabla 13 .....	59
Tabla 13; 1 c.....	60
Tabla 13; d .....	61
Tabla 13; e .....	62
Grafico 14 .....	63
Tabla 15.....	64
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>65</b>
RESULTADOS.....	65
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>67</b>
DISCUSIÓN .....	67
<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>71</b>
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	71
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES:.....	71
<b>CAPÍTULO VIII.....</b>	<b>72</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	72
<b>CAPITULO IX.....</b>	<b>77</b>
ANEXOS.....	77
ANEXO 1 .....	77
ANEXO 2.....	80
ANEXO 3.....	84
ANEXO 4.....	84
ANEXO 5.....	85

## DERECHO DE AUTOR

Yo, Nancy Adriana Bermeo Villa autora de la tesis “INFLUENCIA SOCIOCULTURAL EN EL ACCESO Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DE LA COMUNIDAD DE HUERTAS, SANTA ISABEL 2015” reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 24 de Febrero del 2016



.....  
NANCY ADRIANA BERMEO VILLA

C.I: 0104822408

## DERECHO DE AUTOR

Yo Rosa Elena Cazho Morocho autora de la tesis “INFLUENCIA SOCIOCULTURAL EN EL ACCESO Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DE LA COMUNIDAD DE HUERTAS, SANTA ISABEL 2015” reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 24 de Febrero del 2016



---

**ROSA ELENA CAZHO MOROCHO**  
C.I: 0302154604



## RESPONSABILIDAD

Yo, Nancy Adriana Bermeo Villa, autora de la tesis “INFLUENCIA SOCIOCULTURAL EN EL ACCESO Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DE LA COMUNIDAD DE HUERTAS, SANTA ISABEL 2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Cuenca, 24 de Febrero del 2016




.....  
**NANCY ADRIANA BERMEO VILLA**

**C.I: 0104822408**

## RESPONSABILIDAD

Yo, Rosa Elena Cazho Morocho, autora de la tesis “INFLUENCIA SOCIOCULTURAL EN EL ACCESO Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DE LA COMUNIDAD DE HUERTAS, SANTA ISABEL 2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Cuenca, 24 de Febrero del 2016



---

**ROSA ELENA CAZHO MOROCHO**  
C.I: 0302154604

## ***Dedicatoria***

Dedico esta tesis a mis padres,  
quienes me dieron la vida, educación,  
el apoyo necesario y los consejos  
pertinentes para seguir el camino correcto.

Por ser ese pilar fundamental para  
concluir mi carrera universitaria.

Con todo mi cariño y mi amor para  
esas dos personas que hicieron todo  
en la vida para que yo pudiera alcanzar  
mis sueños.

Adriana Bermeo V.

## ***Dedicatoria***

Lo dedico este presente tesis a dios y a mis padres .A Dios por guiarme por el buen camino , cuidarme ,darme las fuerzas y el valor para seguir hacia mi meta propuesta .A mis padres por su gran apoyo moral e incondicional y económico a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento ya sea en las buenas y en las malas .Gracias a ustedes y a mi dios soy quien soy de ahora hacia adelante una profesional ya que ustedes han depositado la confianza en mí sin dudar de mi inteligencia.

En especial para mis padres JOSE Y TRANSITO y mi abuelita MARIA son ustedes quien me han brindado su buen consejo, apoyo, educación, valores, principios y economía gracias a ustedes he podido culminar con mis estudios y alcanzar mis sueños.

Esto lo dedico a mis amigos, familia, parientes, hermanos y vecinos quien me han apoyado moralmente cuando he necesitado ese aliento de poder y fuerza y valentía para seguir hacia adelante en mis estudios.

Rosa Cazho M.

## ***Agradecimientos:***

La finalización de este trabajo de tesis ha sido el resultado de un trabajo en conjunto y continuo.

Es por eso que agradezco a mi familia,  
por haber estado ahí siempre,  
tanto moral como económicamente.

Por haber creído y depositado su confianza en mí,  
por haber velado, día tras día mi vida como estudiante.

Mi agradecimiento infinito a ellos, porque gracias a eso,  
hoy soy ya una profesional.

Adriana Bermeo V.

## ***Agradecimientos***

Primeramente quiero agradecer a DIOS y luego a mis padres por ser ellos el pilar fundamental. A dios por el estar siempre a mi lado quien me ha guiado con su luz del día por el buen camino y me ha dado la fortaleza y las fuerzas para seguir hacia adelante con mi estudio y este trabajo que me servirá de provecho para mi futuro , en si lo doy las gracias a mis padres JOSE JULIAN CAZHO y MARIA TRANSITO MOROCHO G y Abuelita TRANSITO GUAMAN quienes me han brindado una buena educación siendo la misma una mejor herencia que he recibido y a mis hermanos quienes han tenido la paciencia y el apoyo incondicional que he recibido de ustedes JUAN y ANGELICA CAZHO M .

Gracias a ustedes padres queridos ahora hoy en día soy una profesional ya que ustedes han sembrado en mí y lo lograron cosechar a lo largo de un tiempo que no fue perdido más bien que siempre me servirá de provecho para mí, y para ustedes mis padres queridos.

Me expreso mi más sincero y profundo agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización de la presente tesis en especial al Dr. Jaime Idrovo, director de la presente investigación por la orientación seguimiento y

orientación y la supervisión continua de la misma pero sobre todo por la motivación y el apoyo dada dentro de la ejecución de este trabajo.

Especial reconocimiento por el interés mostrado por nuestro trabajo y sugerencias recibidas de la profesora y amiga Lcda. Janneth Clavijo.

Mi sincero agradecimiento a ti Manuel S. quien me ha estado apoyándome moralmente desde el inicio hasta el final de mis estudios.

Rosa Cazho M.

## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

"La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social con relación a los procesos reproductivos, y no solo de ausencia de enfermedades o desórdenes, implica además que la persona tiene la capacidad de reproducirse, regular su fecundidad y disfrutar una relación sexual integral" (1)

La planificación familiar es considerada como un componente esencial en el cuidado de la salud primaria y reproductiva, desempeña una función principal en la morbilidad y mortalidad materna y del recién nacido, y en la transmisión de enfermedades sexuales, al propio tiempo que trae beneficios para la salud de las mujeres, de los niños, de la familia y de la comunidad en general (1)

Dentro del amplio contexto de salud reproductiva, la planificación familiar debe responder a las necesidades de cada persona y pareja, promoviendo la participación activa del varón y considerando las actitudes hacia la anticoncepción, así como de la diversidad cultural de las poblaciones (2)

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de procrear o no, garantizando una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre la planificación de su familia; así como el acceso a métodos seguros, eficaces y asequibles, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (3)



Dentro de la historia de la anticoncepción, el control voluntario de la fecundidad es más importante aún en la sociedad moderna (4). Las necesidades de ésta práctica de anticoncepción varían desde la adolescencia a la menopausia, en función de las modificaciones en el grado de actividad sexual, el riesgo de enfermedad y/o la intención de procrear. Así pues, el método que resulte apropiado y aceptable para una mujer puede dejar de ser la solución ideal para esa misma mujer al cabo de unos años. La decisión que adopten o no por un método anticonceptivo incumbe a la pareja, con el apoyo y la información que le suministre el personal de salud (5)

La elección de métodos anticonceptivos depende de muchos factores, entre ellos la edad y la salud de la mujer, el deseo de su pareja de participar en la planificación familiar, el comportamiento sexual de la pareja y un examen cuidadoso de los riesgos y beneficios que implica el uso de cada método disponible (6)

Diversas investigaciones han identificado factores que influyen en la adopción de las prácticas anticonceptivas. Por lo general, los niveles de educación formal, el lugar de residencia y el nivel socioeconómico han sido factores empleados para identificar las poblaciones menos proclives al uso de los métodos anticonceptivos (2). Algunas investigaciones exploran el efecto de otras variables sobre la práctica de la anticoncepción (6)

La comunidad, la cultura y las costumbres influyen además en la actitud de una persona hacia la planificación familiar, las preferencias sobre el tamaño de la familia, las presiones familiares para tener hijos y si la planificación familiar está o no de acuerdo con las costumbres y creencias religiosas (7)

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En toda América Latina están presentes altos índices de fecundidad y embarazos en grupos de riesgo, elevados niveles de morbilidad y mortalidad materno-infantil y otros factores socio-económicos relevantes como el hacinamiento, la pobreza y pobreza extrema, y la falta de acceso a la educación (8)

Según un estudio de la OMS, las muertes materno-infantiles anuales se podrían reducir a menos de la mitad, si las mujeres que alguna vez expresaron su deseo de no tener más hijos utilizaran algún método anticonceptivo (9)

El porcentaje de mujeres casadas o en unión consensual que usan anticonceptivos modernos, varía grandemente entre los países de las diferentes regiones. Por ejemplo, en América del Sur, Centroamérica y el Caribe, mientras el 70% de las brasileñas, el 68% de las cubanas y el 65% de las costarricenses los usan, solo lo hacen el 27% de las guatemaltecas, el 18% de las bolivianas y el 14% de las haitianas (10)

Los métodos anticonceptivos sean naturales o químicos, sobre todo estos últimos desde su aparición a principios de los años 60 han revolucionado la planificación familiar, de manera absoluta. En Ecuador se empezó a ser de uso público los métodos anticonceptivos en el año 1988 fecha en la que el gobierno ecuatoriano adopta por primera vez una política que específicamente respaldaba la planificación familiar (11)

Por aquel entonces se creó el Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF), una organización ecuatoriana de planificación familiar con carácter privado. Este comenzó un ejercicio de planeación estratégica, ya que se anticipaba un incremento en la participación del sector público en la planificación familiar (11)

El Ecuador es un país en vías de desarrollo y como tal todavía tiene que llenar espacios en diferentes áreas: carencia educacional, la falta de trabajo, la salud precaria entre otros factores que hacen que sus habitantes no puedan tener el mejor acceso a una calidad de vida y bienestar óptima. Este último factor tiene que ver entre otros con la planificación familiar, método importante para el control de la natalidad y evitar el contagio de las enfermedades de transmisión sexual (11)

En Ecuador, según la coordinación intercultural, la prevalencia de uso de métodos de planificación familiar alcanzó el 72.7%, sin embargo se detectan grandes brechas, pues solo el 47,2% de las mujeres indígenas hacen uso de algún método anticonceptivo, preferentemente los naturales. Además, según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), el 58,7% emplea métodos considerados modernos y el 14% prefiere los métodos tradicionales, tales como el conocido “ritmo” (12)

Se estima también que en Ecuador se gasten casi 1,3 millones de dólares mensuales en la compra de anticonceptivos, estando Galápagos con mayor gasto mensual (10,9\$), Loja (8,9\$); Bolívar (8,6\$); Azuay (8,5\$); y Carchi (7,7\$) <sup>(13)</sup>. Las mujeres las de mayor gastos, con respecto a los hombres. Siendo el preservativo el de mayor uso anticonceptivo como método de planificación familiar. Yendo en segunda líneas las píldoras (207,839); anticonceptivos inyectables (86,422); implantes subdérmicos (39,586); entre otros (13).

Aun cuando a escala regional la proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo se ha estabilizado entre 2008 y 2014 (9), a nivel local, en el Centro de Salud de Shaglli existen coberturas bajas en planificación familiar, correspondientes a los habitantes de la comunidad de Huertas. De ahí que surgiera el principal cuestionamiento:

¿Cuáles son los principales factores socioculturales que influyen en el acceso y uso de métodos de planificación familiar, por mujeres en edad fértil de la comunidad de Huertas?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

La comunidad y la cultura influyen en la actitud de una persona hacia la planificación familiar, si está o no de acuerdo con las costumbres y creencias religiosas, las preferencias sobre el tamaño de la familia, las presiones familiares para tener hijos (7). En algunas culturas, por ejemplo, son numerosas las mujeres que rechazan la anticoncepción porque el tener hijos y criarlos las hacen merecedoras del respeto de la sociedad. En otros países, la mayoría de las mujeres practica la anticoncepción porque la norma es tener familias pequeñas. *“La gente no suele darse cuenta de que las normas sociales influyen en sus decisiones”* (12)

Por otra parte, las dificultades para el acceso a los servicios, ya sea por la distancia geográfica o por factores económicos, la falta de información acerca de los métodos disponibles y de cómo surten efecto, y los temores relativos a los efectos secundarios pueden desanimar a los hombres y a las mujeres para el uso de anticonceptivos (14)

Por lo mismo este estudio tuvo en cuenta las diferencias socio-culturales que se reflejan en la adopción y uso continuo de métodos anticonceptivos modernos de planificación familiar entre las mujeres en edad fértil con distintas características, especialmente socioculturales (15). Así surgió la iniciativa de analizar la influencia de las costumbres en el uso satisfactorio de los métodos anticonceptivos modernos, ya que, aun siendo gratuita la distribución, sólo la mitad de la población de mujeres en edad fértil acceden a planificar sus familias y evitar un embarazo no deseado (15)

El empleo de una metodología descriptiva de corte transversal, en este estudio, ha permitido acercarnos a la manera en que las personas interpretan su experiencia y cómo usan esas interpretaciones para guiarse en la forma de vivir y de tomar decisiones. De suerte que, hemos podido entender su comportamiento, lo que ha ayudado a enriquecer el significado de las cifras producidas por la investigación cuantitativa, permitiendo analizar información a escala individual o grupal y explicando mejor muchos de los fenómenos que ocurren dentro de la familia y la sociedad (15).

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, para apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. Algunos métodos de planificación familiar ayudan también a prevenir la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (16)

Así, esta investigación ha estado dirigida a establecer una línea base de información, así como también la generación de un conocimiento diagnóstico útil, para una futura puesta en marcha de un programa estratégico de planificación familiar que mejore la oferta y distribución de métodos anticonceptivos modernos de planificación familiar.

## CAPITULO II

### 2.1 MARCO REFERENCIAL

Los estudios que conciernen a la planificación familiar son diversos, por lo general actuales y sus cifras pueden tender a la confusión. Algunos estudios revisados sostienen que actualmente el Ecuador tiene una de las tasas más altas de embarazo en adolescentes en América Latina, de acuerdo al Plan Nacional de Prevención del Embarazo en adolescentes; más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas. Con incremento del 15% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los seis meses iniciales de las primeras relaciones sexuales. Se plantea también que hoy en día los jóvenes comienzan más temprano su vida sexual (la edad 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 18 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia) (17).

Otros estudios más optimistas sostienen que La implementación de la educación sexual se ha visto fortalecida en Ecuador, dentro de escuelas y colegios, existen campañas, e incluso se ha creado espacios para los adolescentes dentro de la salud pública, y el libre acceso al uso de métodos anticonceptivos, no se ha logrado disminuir estos embarazos. Este estudio se realizó en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel y refleja resultados interesantes (18):

1. Del análisis de los resultados se concluye; que el grupo de edad en donde la multiparidad es más frecuente es de 18 a 19 años con un 82% de los casos
2. De acuerdo a la relación de la multiparidad con el estado civil, 65 pacientes, 93% corresponde a Unión estable. El 64% corresponde a instrucción secundaria.
3. En cuanto a los antecedentes obstétricos; historia de embarazos o gestaciones, 57 pacientes, han tenido dos gestaciones (74%). Uno de cada cinco partos de

adolescentes es un embarazo repetido y la tasa de reincidencia es 1,5 veces más alta entre las hispanas, señala un estudio realizado en el 2010, en los Estados Unidos.

4. En el número de partos, 94% se encontró que han tenido al menos 2 partos

Otros especialistas en el tema sostienen que el Gobierno de Ecuador defiende su planificación familiar, que incluye programas sobre métodos de anticoncepción, ante el aumento de los embarazos de adolescentes, que crecieron un 78 % entre 2000 y 2010, según cifras oficiales. Señalan que el 88 por ciento de la población ecuatoriana está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos para planificar cuántos hijos tener. Las tasas de embarazo en las mujeres que no tienen ninguna instrucción, son prácticamente el doble de las mujeres que sí tienen instrucción (19)

Un estudio realizado en Esmeraldas ilustró también resultados interesantes (20) en las zonas rurales el uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil casadas o unidas es de un 67.1% en las zonas urbanas de un 76.6 %. En la provincia de Esmeraldas se estima el uso de anticonceptivos en un 67.2% siendo una de las provincias con el porcentaje más bajo en el país, junto con Bolívar 65.2%, Chimborazo 60.3%, Azuay 59.3% y Cañar 50.4%<sup>18</sup>. Estos valores pueden ser los indicadores de que los servicios de planificación familiar en centros de atención primaria y secundaria de salud en la provincia 16 de Esmeraldas no sean los adecuados, por lo que un análisis situacional que evalúe estos centros puede ser beneficioso para mejorar el sistema de servicio de planificación familiar y la potencial extensión de estos resultados a otros centros a nivel nacional (20). Agrega además que en el Ecuador el 25% de mujeres entre los 19 a 25 años son víctimas del maltrato físico. En el Ecuador el porcentaje de embarazos no deseados es de 36.4%; la prevalencia regional es la siguiente: Amazonía (43.3%), Costa (35%), Sierra (36.9%), Insular (26.4%). En la provincia de Esmeraldas la prevalencia de embarazos no deseados es de 35.7%. Por otro lado, los nacimientos

no deseados en el Ecuador, en el quintil más pobre es de 1.3% y en el quintil más rico es de 0.3%.

## 2.2 MARCO TEÓRICO

La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas (10)

La planificación familiar, como un derecho humano, fue reconocida por primera vez en 1968, en la llamada **Proclamación de Teherán** (21), que estableció, en el Párrafo 16, que “Los padres tienen el derecho humano básico de determinar libre y responsablemente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”, principio que se ha ampliado desde la segunda mitad del pasado siglo.

En su Párrafo 13, la Proclamación llama la atención sobre la indivisibilidad e interdependencia entre los derechos civiles y políticos y los económicos, sociales y culturales: “Como los derechos humanos y las libertades fundamentales son indivisibles, la realización de los derechos civiles y políticos sin el goce de los derechos económicos, sociales y culturales resulta imposible. La consecución de un progreso duradero en la aplicación de los derechos humanos depende de unas buenas y eficaces políticas nacionales e internacionales de desarrollo económico y social” (21)

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Hecho que se logra mediante la aplicación de métodos



anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se trata solo la anticoncepción) (9)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se define a la Planificación Familiar como un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana en el nivel familiar de acuerdo con las necesidades de salud y bienestar de la familia (22)

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades (14)

Actualmente la disponibilidad de métodos contraceptivos altamente eficaces les han posibilitado, a hombres y mujeres, planificar su familia, permitiendo un mayor desarrollo personal y una relación sexual más plena. Sin embargo, no todos los hombres y mujeres en edad fértil hacen uso de estos métodos, pues no todos tienen el suficiente nivel de conocimientos acerca de ellos, ni tampoco todos tienen fácil acceso a los mismos (5)

En algunos casos, la decisión de optar por algunos de estos métodos está relacionada con factores demográficos y familiares, con el miedo a las enfermedades de transmisión sexual, el progresivo retraso de la edad de la maternidad, las recomendaciones en relación con los límites de edad para los contraceptivos orales e incluso el nivel de satisfacción en relación con las visitas a los profesionales que dan seguimiento al control de estos métodos (23)

En otros casos, las parejas asumen los mitos y creencias que rodean el tema de la planificación familiar (temor a la pérdida de potencia, reducción del placer sexual) o se sienten preocupados por el temor a ser condenados por la iglesia, o cuestionados

por la familia y los amigos. En no pocos casos, la posición de subordinación de la mujer, vista siempre con el prisma de que su deber es aportar hijos a la familia, hacen que sea el hombre quien asuma la función de decisor (12)

En algunos países –no solo árabes o donde predomina la religión islámica- se exige que las mujeres obtengan la autorización del esposo o de uno de los padres para recibir anticonceptivos. Por ejemplo en Chad, a las mujeres casadas solo se les da una receta para adquirir un método de planificación familiar reversible, si tienen la autorización del esposo. Estos métodos, aún reversibles sólo se venden con receta médica. Todavía en algunos países de las Américas también se exige. En Chile, las mujeres deben tener el consentimiento de sus esposos para ser esterilizadas en los servicios públicos de salud y en Nicaragua, aunque no se exige la autorización de terceros para que a la usuaria se le practique la esterilización quirúrgica, la decisión está influenciada por su marido, quien, la mayoría de las veces se opone (24)

Según datos de la OPS (9), en 1965 solamente un país ofrecía servicios de planificación familiar dentro de sus programas de salud, en tanto que en 1975 ya eran 17 los países de América Latina que brindaban este servicio por medio de los centros de salud estatales. En un estudio realizado sobre planificación familiar en Nicaragua, en abril de 1991 se encontró que el 48% de mujeres de 15 a 49 años usaba métodos anticonceptivos (25). Recordemos que para Ecuador, la cifra de Prevalencia de uso de métodos de planificación familiar alcanzó el 72,7%, cifra debatible pues los marcadores para las diferentes regiones del Ecuador eran bastante divergentes.

## **MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**

Son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de una persona o de una pareja, en forma temporal o permanente.

En el caso de las mujeres, la capacidad reproductiva está asociada a la *edad fértil*, es decir, a la etapa durante la cual posee la capacidad biológica de la reproducción. Es el período de vida comprendido entre los 15 y 49 años de edad.

La Atención Primaria de Salud y El Centro Latinoamericano de Salud y Mujer (CELSAM) clasifica a estos métodos en definitivos y temporales (25)

1. **Métodos definitivos:** son quirúrgicos e irreversibles
  - a) Salpingoclasia: ligadura de las trompas de Falopio en forma bilateral
  - b) Vasectomía: sección y ligadura de los conductos deferentes.
2. **Métodos temporales:** son reversibles y se subdividen en naturales, hormonales, de barrera e intrauterinos.

### **MÉTODOS NATURALES (10):**

**Métodos de ritmo:** El método del calendario tiene una alta tasa de fracasos y solo puede tener mejor aceptación en mujeres con ciclos regulares (los últimos 6 ciclos) en los que se precisa el momento aproximado de la ovulación. Al ciclo más corto se le resta 10 días y al ciclo más largo igual, mientras el rango que se obtiene es el período de los días del ciclo que son fértiles

**Temperatura basal:** Es el grado de calor del cuerpo después de 8 horas de reposo. Durante el ciclo menstrual hay cambios en la temperatura, los cuales están relacionados con la acción de las hormonas provenientes del ovario.

**Método de Billings o moco cervical:** En este método se determina la fase fértil e infértil del ciclo menstrual, con base en los cambios que ocurren en el moco cervical en cuanto a cantidad, apariencia y viscosidad durante el ciclo.

**El coito interrumpido:** Consiste en extraer el pene de la vagina cuando el varón sienta que la eyaculación es inminente. Tal como se utiliza comúnmente, se producen en el primer año unos 27 embarazos por cada 100 mujeres, cuya pareja utiliza el retiro. Esto significa que 73 de cada 100 mujeres cuya pareja utiliza el retiro no quedarán embarazadas.

**Lactancia materna (MELA):** Hay un apoyo generalizado en cuanto al uso de DMPA (Es una forma sintética de la hormona femenina progesterona, que evita el embarazo al suprimir la ovulación) durante la lactancia, cuando se inicia después de las 6 semanas posparto. La prolactina tiene una acción inhibitoria de las gonadotropinas FSH (Hormona folículo estimulante) y LH (Hormona luteinizante) y esto ocasiona la anovulación.

## **MÉTODOS HORMONALES (1) (26) :**

**Hormonas esteroideas:** Los esteroides sexuales se caracterizan por su afinidad como receptores específicos de estrógenos, progesterona o andrógenos, y por sus efectos biológicos en los diferentes sistemas. Los esteroides se absorben con rapidez en el intestino, pero van directamente al hígado, a través de la circulación portal, donde son velozmente metabolizados e inactivados.

**Progestágenos:** Son compuestos sintéticos que simulan entre ellos por su afinidad con los receptores de estrógenos, de andrógenos y de progesterona; por su capacidad para inhibir la ovulación y por su habilidad para sustituir a la progesterona y antagonizar a los estrógenos.

**Anticonceptivos Orales Combinados (AOCs):** Son los más utilizados actualmente, compuestos por combinaciones de estrógenos y progesteronas, tomadas durante 20, 21 ó 22 días, seguidos de un intervalo donde no se toman tabletas o se toma un placebo con hierro y vitaminas, que dura 7 días, cuando debe producirse el sangrado.

**Píldoras de Progestágenos Solo (PPS):** Son píldoras con micro dosis de progestágenos, (del grupo de noretisterona o levonorgestrel), que logran una eficacia anticonceptiva, sin inhibir la ovulación de la mayoría de las usuarias.

**Inyectables combinados:** son compuestos de estrógenos y progesteronas que poseen anticoncepción eficaz, con pocos trastornos menstruales.

**Implantes de Norplant:** Los implantes liberan levonorgestrel; hay cierta maduración folicular y producción de estrógeno, pero las concentraciones máximas de LH son bajas y la ovulación se impide con frecuencia. Los implantes de etonogestrel, un progestágeno más potente, son incluso más efectivos para inhibir la ovulación.

**Anticoncepción de Emergencia (AE):** Es un compuesto de dietil-etil-bestrol, estrógeno sintético usado como agente poscoitales, previene el embarazo, impidiendo o retrasando la ovulación. También puede impedir la fertilización de un óvulo por su efecto sobre el moco cervical o la capacidad del espermatozoide de unirse al óvulo.

#### **MÉTODOS DE BARRERA (1):**

**Preservativos o condones:** Impiden el paso de los espermatozoides al canal cervical y de ahí al tracto genital superior, por el bloqueo que establece la barrera mecánica o espermicida, que contiene un agente iónico que actúa sobre la superficie de los espermatozoides y rompe sus membranas.

**Diafragma:** El uso del diafragma, especialmente el uso prolongado durante múltiples coitos, parece incrementar el riesgo de infecciones urinarias. El riesgo de cistitis aumenta con el número de días que se utiliza el diafragma durante la semana.

### **MÉTODOS INTRAUTERINOS (1) (26):**

Los dispositivos intra-uterinos (DIU) provocan la formación de una "espuma biológica" dentro de la cavidad uterina, que contiene hebras de fibrina, células fagocíticas y enzimas proteolíticas. Todos los DIU estimulan la formación de prostaglandinas dentro del útero, que provocan la contracción del músculo liso y la inflamación. Los DIU de cobre liberan, de manera continua, una pequeña cantidad del metal, produciendo una respuesta inflamatoria aún mayor.

**MÉTODOS QUIRÚRGICOS** (27): Son métodos que se utilizan para lograr anticoncepción definitiva.

***Ligadura y cauterización de trompas de Falopio:*** Consiste en que el óvulo expulsado por el ovario, cada mes, no puede circular a través de las trompas y es absorbido por el organismo, con lo cual los espermatozoides no pueden alcanzar al óvulo.

***Vasectomía:*** Evita el paso de los espermatozoides hacia el líquido seminal y posteriormente de la uretra hacia el exterior. No disminuye el deseo sexual, ni afecta la erección ni la eyaculación (28)

**ANTICONCEPTIVO IDEAL (29)** Las condiciones que debe reunir un anticonceptivo para ser ideal, son las siguientes:

***Eficacia:*** Impedir en el 100 % de los casos la aparición del embarazo no deseado.

***Aceptación:*** Su utilización no debe crear conflictos matrimoniales.

***Tolerable:*** No debe tener efectos secundarios indeseables.

***Práctico:*** Debe ser fácil de usar.

***Costo:*** Debe ser el mínimo posible.

**Accesibilidad:** La realidad actual indica que aún para millones de seres humanos, la salud reproductiva es algo muy difícil de obtener. Por lo menos 350 millones de personas que desean evitar un embarazo carecen de acceso a métodos de planificación familiar y 120 millones de mujeres carecen de servicios de salud reproductiva accesibles y aceptables. Un buen método debe estar fácilmente disponible en el momento y por el tiempo que se le requiera, para asegurar la continuidad de su uso. Esta condición puede verse limitada para las mujeres y parejas de las comunidades rurales, debido a la larga distancia y dificultad o el alto costo que implica llegar hasta el centro de salud (30)

## **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL USO O NO DE LOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.**

**Factores individuales:** Criterios de la mujer acerca de que su principal deber es darle hijos al hombre; temor a los posibles efectos adversos del método empleado; desconfianza de la eficacia de los métodos anticonceptivos y temor a los efectos secundarios. En el caso del hombre, temor a la reducción del placer sexual y a la pérdida de la potencia. En ambos, temor a los posibles criterios de la familia y la condena de la iglesia (31)

**Factores familiares:** La influencia del esposo sobre las decisiones de la mujer; criterios negativos de la familia acerca del uso de métodos contraceptivos, que se transmiten de generación en generación (32)

**Factores económicos:** Los bajos ingresos familiares provocan limitaciones en el desplazamiento hacia los centros de salud, en el caso de los pobladores de áreas rurales, debido al costo del transporte (32)

**Factores sociales:** El bajo nivel de instrucción, ocupaciones laborales pobremente retribuidas, poca información por los medios masivos de comunicación, pobre educación sanitaria relacionada con la salud sexual y reproductiva que propicia el mantenimiento de mitos y creencias que condenan el uso de los métodos anticonceptivos y que se transmiten de una generación a otra (33)

**Factores culturales:** Diferentes variables se han estudiado para comprender el bajo uso de las mujeres y parejas de los métodos contraceptivos, tales como la edad y ciclo vital, el nivel educativo, las condiciones socioeconómicas, las regiones de origen, estrategias educativas, acceso y calidad de los servicios de planificación familiar, entre otras. Sin embargo, existe una que no ha sido analizada suficientemente desde la investigación científica: la influencia de la cultura como determinante en el uso o no de los métodos de planificación familiar. En el marco de una sociedad como la latinoamericana, donde se entremezcla una envidiable diversidad cultural, de grupos étnicos, valores éticos, morales y creencias religiosas, se genera un universo de factores que intervienen en la toma de decisiones frente a la salud sexual y reproductiva. *La cultura* se puede pensar, teniendo en cuenta las diferentes definiciones de este concepto, como los valores, normas y estilos de vida aprendidos y compartidos por un grupo particular para guiar su pensamiento, decisiones y acciones. La sexualidad y la reproducción son eventos fuertemente marcados por los acervos culturales, a la vez que las prácticas de planificación familiar pueden ser culturalmente diversas y universales (34)

Las normas sociales y culturales, la función asignada por razón de género, las redes sociales, la religión y las creencias locales influyen en la elección de las personas (35)

Las mujeres, socializadas en una cultura en la que uno de los articulantes de la femineidad y la sexualidad es la maternidad, requieren probar la capacidad de reproducirse como vía para reafirmarse como mujeres (36). De forma contradictoria,



los hombres han depositado en las mujeres el control de la natalidad y la planificación familiar, por lo que las hacen responsables de la anticoncepción.

La influencia que tienen *las creencias y mitos* sobre el uso de los métodos de planificación familiar es muy dominante dentro de las comunidades, debido a que no se ha brindado suficiente información sobre planificación familiar. Una de las razones más influyentes en las tomas de decisiones y en el uso de los métodos de planificación familiar es el temor a los efectos secundarios al hacer uso de algunos métodos de anticoncepción. En estas comunidades es muy común que se crean las opiniones y experiencias negativas. Estos rumores afectan de tal modo las decisiones de las usuarias de métodos anticonceptivos, que abandonan su uso por temor a que les afecte su salud.

**La religión:** Es uno de los componentes de mayor peso en las culturas americanas, en las que el catolicismo tiene un fuerte arraigo. La iglesia católica, por ejemplo, considera que los hijos son un don de Dios y que, a nivel humano, lo más grande que podemos hacer es transmitir la vida, por lo que, en la misión de transmitir la vida, los esposos no quedan libres para proceder arbitrariamente, como si ellos pudiesen determinar de manera completamente autónoma los caminos lícitos a seguir, sino que deben conformar su conducta a la intención creadora de Dios, manifestada en la misma naturaleza del matrimonio y de sus actos, y constantemente enseñada por la Iglesia, la que solo admite como válidos los métodos naturales, que se limitan a elegir los días infecundos, en lo cual no hay nada inmoral. «Por este motivo todo método natural es llamado también "método de abstención periódica".» Como tal, todo método natural es considerado "no-conceptivo" en lugar de "anti-conceptivo", porque no supone ningún acto positivo que tenga por objeto destruir las posibilidades naturales de una concepción» (23).

## BENEFICIOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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

Según Profamilia (35) se puede reducir la mortalidad materna mediante la disminución del número total de embarazos de cada mujer, de nacimientos de alta paridad, de partos de las mujeres jóvenes y las de edad mayor; el uso del aborto para la terminación de embarazos no deseados y las gestaciones de mujeres con problemas importantes de salud.

Por su parte, Palacios (37) señala que la falta de acceso a los métodos de planificación familiar expone a las mujeres a gestaciones no deseadas en edades extremas, abortos inducidos y complicados; a un mayor número de embarazos con los riesgos que impone cada gestación a mayor pobreza.

***Prevención de riesgos para la salud relacionados con el embarazo.*** Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores y con ello también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura pueden posponerlos, lo cual disminuye la mortalidad materna **(38)**

**Reducción de la mortalidad infantil.** La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo. Las criaturas cuyas madres mueren a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar **(33)**

**Prevención de la infección por el VIH o SIDA.** La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: evitan el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH **(33)**

**Poder de decisión y una mejor educación.** La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos **(30)**

**Disminución del embarazo de adolescentes.** Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades al dar a luz un niño de pre-término o con bajo peso al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la educación básica, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad **(7)**

**Menor crecimiento de la población.** La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento incontrolado e insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo. Según información ofrecida por la OMS **(39)**, el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2014. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2014. En África pasó de 23.6% a 27.64%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60.9% a un 61%, y en América Latina y el Caribe pasó de 66.7% a 67.0%. Sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña y se limitan al condón y la esterilización (vasectomía) **(37) (29)**. Se calcula que en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación; pero no utilizan ningún método anticonceptivo por la poca variedad de los métodos, el acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros; temor a los efectos colaterales que a veces han sufrido con anterioridad; oposición familiar por razones culturales o religiosas y por servicios de mala calidad.

## 2.3 MARCO INSTITUCIONAL

### HUERTAS, SHAGLLI, SANTA ISABEL

#### UBICACIÓN.

Huertas es una comunidad que pertenece a la parroquia Shaglli, jurisdicción del cantón Sta. Isabel en la provincia del Azuay. Se sitúa en el ángulo superior izquierdo de la Hoya del Jubones, o como hoy se designa “La cuenca del Jubones” y más concretamente en la micro-cuenca del San Francisco, entre 2.600 y 3.350 msnm, como cotas aproximadas. Ocupa un área también aproximada de 800 Hectáreas (8 km<sup>2</sup>) (40)

#### DATOS HISTÓRICOS.

Hasta el año 1950 Huertas formaba parte de la hacienda Hornillos, propiedad de la familia Montesinos – González, residente en la ciudad de Cuenca, la cual fue fraccionada a raíz del fallecimiento del jefe del hogar, el Dr. Gustavo Montesinos Chica, en 1949 (40)

Huertas le perteneció a la Sra. Esther Montesinos González, quien, por residir en Cuenca le fue muy difícil atender su herencia, además, la idiosincrasia de aquellos tiempos no veía con buenos ojos que una mujer de sociedad citadina se dedique a administrar una propiedad rural; su esposo, tampoco estaba interesado en atender la propiedad, razón por la que deciden venderla (40)

Los compradores, trabajadores de la misma hacienda fueron: Don Manuel González Guamán y sus hijos Alejandro y Arsenio González Maxi, a quienes se sumó Don Manuel Vishco Huayllas, originario de Baños (parroquia rural cercana a la ciudad de Cuenca). Una vez adquirida la propiedad, los hermanos González Maxi pasan inmediatamente a residir en el lugar, con hacha y machete en mano comenzaron a desbrozar la vegetación y como resultado de ello pudieron cultivar maíz, habas papas,

arveja, cebada, algunas hortalizas e iniciar la tenencia de animales que eran necesarios en aquellos tiempos: acémilas y reses. Las acémilas eran indispensables para el transporte de víveres y personas y las reses para arar la tierra y la producción de leche (40)

Otro animal que nunca faltaba en un hogar establecido era el cuy (conejillo de indias), además de las gallinas y por lo menos un chancho (en el peor de los casos) (40)

### **ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Familias sin calzado o con no más de tres mudadas de ropa y una cuarta destinada a las salidas, a las ferias o actos de importancia social, eran las características de la comunidad en sus primeros años. Una vez pasado el tiempo y ya recuperándose poco a poco, después de haber invertido todo el dinero en la compra de propiedades. Hoy en día la comunidad trabaja en (40):

**Agricultura.-** El clima frío-húmedo en esta área permite cultivar hortalizas, cereales, leguminosas, tubérculos, habas, maíz y papas, posteriormente se fueron agregando mellocos, cebada, arveja, fréjol, col, lechuga, zanahoria, coliflor, etc.

**Ganadería.-** Desde la década del 60, se comienza con la producción de queso y ganado en pie y conforme iba aumentando el área de pastos, también la producción de bovinos.

### **INFRAESTRUCTURA**

**VÍAS DE COMUNICACIÓN.-** Inicialmente consistían en senderos por donde ni los caballos podían pasar. Con tiempo, trabajo y esfuerzo, en el año 1978 se inaugura la vía que une la cabecera cantonal de Sta. Isabel con el centro parroquial de Shaglli, ello hace que se acorten las distancias y consecuentemente se mejore la economía de las familias. Hacia mediados de la década de los 90, se inaugura la vía que llega hasta el centro comunitario de Huertas. Hoy en día, Huertas puede comunicarse

mediante transporte motorizado, con todas las comunidades vecinas dentro de la parroquia Shaglli y además con los cantones Pucará y San. Fernando (40)

**SERVICIOS.-** La electrificación se dio en los primeros años de la década de los 90 y el agua tratada desde inicios del presente siglo. Desde el 2014 la escuela Benjamín Carrión de esta comunidad cuenta con servicio de internet, con lo que Huertas puede comunicarse con cualquier sitio del planeta (40)

**EDUCACIÓN.-** Desde 1974 Huertas cuenta con la escuela fiscal que desde 1980 se llama Benjamín Carrión, ofrece educación básica, desde educación inicial hasta décimo año. En diciembre de 2015 fue inaugurado en el centro comunitario de Huertas; el, hasta hoy, único centro de eventos deportivos y culturales de la parroquia Shaglli, al que lo denominamos el “chozón cultural” (40)

#### **ASPECTOS CULTURALES (40)**

**VESTIMENTA.-** Debido al frío del ambiente, además del pantalón, camisas y chompas, los varones usaban un poncho (ruana) de lana, confeccionada por tejedores especializados de alguna comunidad vecina y quien se ocupaba del asunto era la esposa, pues ella hilaba la lana, lo hacía para su esposo y también para sus hijos. Además del poncho también mandaban a confeccionar alforjas, bayeta para las polleras, cobijas y mantas. Siempre llevaban un sombrero de paja toquilla, tanto hombres como mujeres.

Las mujeres usaban la pollera, herencia de la campesina española, con la diferencia de que era de lana muy tosca, blusa y chompa de lana. Únicamente para actos especiales usaban la de bayetilla (la llamaban bayeta de castilla) o el bolsicón. El calzado era muy raro, algunos nunca lo usaban y otros sólo en eventos de importancia, como una fiesta, la misa dominguera, la salida a una feria. Apareció el calzado de caucho de llanta, confeccionado artesanalmente, casi al término de la década de los 50, lo que permitió que una buena parte de la población empezara a usarlo, por su

bajo costo. Posteriormente, ya en la década de los 60, la industria produjo el “7 vidas”, calzado de caucho, pero de mejor estética, ello hizo que de poco a poco todos y todas usaran calzado.

**RELIGIOSIDAD.-** La Religión Católica, Apostólica y Romana la profesaba toda la comunidad de huertas. En los primeros tiempos de existencia de Huertas como una comunidad independiente de Hornillos, aún no se había realizado el Concilio Ecuménico (Vaticano II) promovido por Juan XXIII, por consiguiente la religiosidad de la gente se basaba en el “temor a Dios” y los sacerdotes recalcaban en sus sermones que los pecadores éramos seguros candidatos a las llamas del infierno. En relación a ello la población tenía una práctica irreflexiva de la religión, simplemente cumplía los ritos que ordenaban sus superiores jerárquicos con una actitud que rayaba en el fanatismo. Con el transcurso del tiempo hasta la actualidad, esta religión ha predominado. Los habitantes de la comunidad en la segunda semana de septiembre da cada año rinden homenaje a la “Virgen del Perpetuo Socorro”, al “Señor de los Milagros” y la “Virgen de la Nube”.

**GASTRONOMÍA.-** Dentro de las festividades se preparaba lo mejor que había, de acuerdo a la costumbre familiar o sectorial. Lo típico era la pampa-mesa, el plato de caldo (de borrego o res) arroz, acompañado de carne o a veces pescado (pescado salado y seco, pues era imposible conseguirlo fresco) el tercer plato era el más importante porque consistía en el infaltable cuy asado con papas, el postre consistía en una taza de café negro o agua aromática, endulzados generalmente con panela. Con el transcurso del tiempo esto ha ido cambiando. Hoy, generalmente se sirve un plato de arroz acompañado de carne de pollo o res, una presa de cuy, algunas papas, una ensalada y agua aromática, endulzada con azúcar.



## **ATRATIVOS DE LA COMUNIDAD (40)**

**AMBIENTE FÍSICO.-** Muchos de quienes han visitado Huertas se han manifestado complacidos por el espacio físico, que consiste en un mini-valle rodeado de dos ríos: el San Francisco y su afluente, el Huándug. La mayor parte del año se lo mira verde, pues estamos en la zona más húmeda del cantón. Además podemos encontrar palmas de cera que en tiempos pasados ocupaba toda la parte inferior de la parroquia Shaglli a 3000 msnm, pero hoy quedan muy pocas, y estas se encuentran en Huertas, Santa. Teresa y Tuntún, de manera que constituyen un atractivo muy importante.

**MIRADORES.-** Existen dos miradores, sobre los 3000 msnm: Cóndor-samana y El Guavisay, desde donde podemos observar el ambiente de la comunidad y algunas comunidades vecinas (40)

**LA RUTA DE LOS PUENTES.-** Desde el puente sobre el Río San Francisco hasta el puente peatonal del Río Huándug, en el paso a Sucu-yacu, con una distancia de 1,5 km. Tenemos diseñado en sendero, el cual necesita financiamiento para que sea realidad. Durante el trayecto, además de la corriente de los ríos se puede observar: restos de vegetación primaria, orquídeas, bromelias, a veces aves (40)

**TERRAZAS PRECOLOMBINAS.-** Los vestigios arqueológicos están representados por terrazas de cultivo en las zonas laderasas y camellones en las zonas planas (aunque éstos han sido destruidos); son muestras tangibles de la existencia de una cultura agrícola en lo que hoy es nuestra comunidad (40)

**CEMENTERIO PRECOLOMBINO.-** Hubo un sitio, ubicado en la parte norte de Huertas en donde se encontraron muchas tumbas y muestras de cerámica usada por la cultura a la que hacemos referencia, algunas piezas reposan en residencias particulares, mientras que otras deben estar en algún sitio en la ciudad de Cuenca (40)

### **CAPÍTULO III**

#### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la influencia sociocultural en el acceso y uso de métodos de planificación familiar en mujeres de edad fértil de la Comunidad de Huertas, Parroquia Shagly, Cantón Santa Isabel, 2015.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar socio-demográficamente a la población participante en el estudio.
2. Identificar cuáles son los factores socioeconómicos y culturales que afectan el acceso y uso de métodos de planificación familiar por las mujeres de la Comunidad de Huertas.
3. Determinar el grado de influencia de las variables en la población de la Comunidad de Huertas.

## CAPITULO IV

### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal.

### 4.2 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación fue realizada en la casa comunal de la comunidad de Huertas de la parroquia Shaglli, Cantón Santa Isabel

### 4.3 UNIVERSO

El universo estuvo formado por 300 mujeres de 15 a 49 años que habitan en la comunidad de Huertas parroquia Shaglli, cantón Santa Isabel.

### 4.4. MUESTRA

Para determinar la muestra poblacional se aplicó la fórmula estadística tamaño de muestra para población finita, considerando para el estudio a 168 mujeres, entre las edades de 15 a 49 años.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times P (1 - P)}{E^2(N-1) + Z^2 P (1-P)}$$

Dónde:

N= Tamaño de la población

P= proporción poblacional =0.5

Q: (1-P) = 0.5

E= error muestral =0.1

Z= intervalo de confianza =1.96 (95% de confianza)

n= muestra poblacional.

Procedimiento:

$$n = \frac{500 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1)^2 (600 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{300 \times (3.8416) \times 0.5 \times 0.5}{1.01 (299) + (3.8416) \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{288.12}{1.7079}$$

$$n = 168$$

#### 4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Mujeres en edad fértil, comprendidas entre 15 y 49 años de edad, que desearon participar en la presente investigación, voluntariamente y firmaron su consentimiento, una vez que fueron informadas en qué consiste la investigación, para qué y por qué se hacía y que ello no implicaba riesgo alguno para ellas, sus familias ni la comunidad a la que pertenecen.

#### 4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres de 15 a 49 años con alguna incapacidad física o mental que les impedía contestar la entrevista o que no desearon participar en la investigación. Y mujeres menores de 15 años y mayores de 49 años.

**Plan de procesamiento y análisis de datos:** Los datos fueron recolectados directamente de la información aportada en las encuestas. Se utilizó programas informáticos que ayudaron en la transcripción y cálculo, con sus respectivas diferencias, para interpretar los datos tabulados, que fueron reflejados en las tablas de contingencia: **(Anexo N° 3)**

\* SPSS 19.0

\* Microsoft Office Word.

\* Microsoft Office Excel.

### **Procedimiento para garantizar aspectos éticos:**

Para cumplir con los principios éticos para toda investigación biomédica en la que participan sujetos humanos: respeto a la dignidad de la persona, expresado en el respeto a su autonomía; beneficencia/no maleficencia y justicia, se les explicó a todas las mujeres posibles participantes las características de la investigación, para qué y por qué se quería realizar y cómo sería su participación, aclarándoles que la decisión de participar o no era absolutamente voluntaria y que no tenían que dar explicaciones si la decisión era negativa, la cual no tendría ninguna consecuencia en la atención de salud que normalmente reciben. Se les garantizó la confidencialidad de la información, toda vez que los datos personales recolectados serían utilizados exclusivamente para el presente estudio por las investigadoras. Se les informó también que cada participante podría acceder a conocer los resultados de la investigación, si así lo solicitara. Se diseñó un formulario de Consentimiento Informado, que se ofreció a la firma de quienes decidieron participar. (Anexo N° 1)

### **4.7 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

Se hizo uso de la metodología cuantitativa al aplicar el método descriptivo y la metodología cualitativa para la técnica de la encuesta, utilizando una guía de preguntas diseñada especialmente al efecto (Anexo N° 2), en consideración a las variables en estudio.

#### 4.8 VARIABLES

**Factores demográficos:** Características de edad, estado civil, procedencia geográfica y nivel de instrucción.

**Factores socioeconómicos:** Características dadas por el nivel de los ingresos económicos y la ocupación desempeñada para el sustento personal y de la familia.

**Factores socioculturales:** Características de la cultura dentro de una sociedad particular, en un período de tiempo determinado.

**Características Salud sexual y Reproductiva:** Estado de bienestar físico, mental y social relacionado con las relaciones sexuales y el sistema reproductivo.

(Para mayor información sobre el tema ver cuadros elaborados sobre variables en anexo 5)

#### 4.9 PROCEDIMIENTO

##### TABLAS DE DISTRIBUCION DE FACTORES SOCIOCULTURALES Y USO MAC.

El presente trabajo después de elaboradas las variables y realizado el estudio de campo muestra los siguientes resultados:

Tabla 1 Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Edad

1.1. Edad				Total
15-24	25-34	35-44	45 y más	
79	35	39	15	168
47%	21 %	23%	9%	100,0%

Fuente: Formulario de encuestas  
Autores: Adriana Bermeo y Rosa Cázho

La tabla 1 muestra los porcentajes más altos para las edades de 15-24 años con un 47%; las edades de 35-44 en un 23% y las edades comprendidas entre 35-44 y 45 en adelante muestran un 21% y un 9%.

Tabla 2 Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Procedencia.

	Edad				Total
	15-24	25-34	35-44	45 y más	
1.2. <b>Rural</b>	78	35	39	15	<b>168</b>
Procedencia	<b>98,7%</b>	100,0%	100,0%	100,0%	<b>99,4%</b>
Urbana	1	0	0	0	<b>168</b>
	1,3%	,0%	,0%	,0%	<b>,6%</b>
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>15</b>	<b>168</b>
	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Formulario de encuestas

Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

La tabla 2 muestra los valores más altos para los grupos etarios entre las edades 15-24, con un porcentaje de 98,7% siendo rurales y con un 0,6% urbana .de 35 – 45 años de edad.

Tabla 3 Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Estado Civil

	Edad				Total
	15-24	25-34	35-44	45 y más	
1.3. Estado Civil					
Casada	10 12,7%	22 62,9%	21 53,8%	13 86,7%	66 39,3%
Unión estable	5 6,3%	7 20,0%	6 15,4%	0 ,0%	18 10,7%
<b>Soltera</b>	63 <b>79,7%</b>	3 8,6%	3 7,7%	0 ,0%	69 <b>41,1%</b>
Divorciada	0 ,0%	3 8,6%	5 12,8%	1 6,7%	9 5,4%
Viuda	1 1,3%	0 ,0%	4 10,3%	1 6,7%	6 3,6%
<b>Total</b>	<b>79</b> <b>100,0%</b>	<b>35</b> <b>100,0%</b>	<b>39</b> <b>100,0%</b>	<b>15</b> <b>100,0%</b>	<b>168</b> <b>100,0%</b>

Fuente: Formulario de encuestas  
Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

La tabla 3 indica la mayoría de mujeres solteras son las que habitan en esta comunidad con un porcentaje de 79,7%, siendo la mujer divorciada la de menor porcentaje en un 0%.



Tabla 4 Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Ingresos económicos.

		Edad				Total
		15-24	25-34	35-44	45 y más	
2.2. Ingresos económicos	Bajos	29 36,7%	14 40,0%	15 38,5%	14 93,3%	72 42,9%
	<b>Medios</b>	<b>48</b> 60,8%	21 60,0%	19 48,7%	1 6,7%	<b>89</b> <b>53,0%</b>
	Altos	2 2,5%	0 ,0%	5 12,8%	0 ,0%	7 4,2%
<b>Total</b>		<b>79</b> <b>100,0</b> <b>%</b>	<b>35</b> <b>100,0</b> <b>%</b>	<b>39</b> <b>100,0</b> <b>%</b>	<b>15</b> <b>100,0%</b>	<b>168</b> <b>100,0</b> <b>%</b>

Fuente: Formulario de encuestas

Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

En los aspectos de los ingresos económicos los más altos fueron para la edades comprendidas entre 15-24, quienes argumentaron salarios medios de hasta un 60,8%.

Tabla 5 Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Ocupación.

		Edad				Total
		15-24	25-34	35-44	45 y más	
2.1. Ocupación	Estudiante	45	2	0	0	47
		57,0%	5,7%	,0%	,0%	28,0%
	<b>Agricultor</b>	14	13	<b>20</b>	11	<b>58</b>
		17,7%	37,1%	51,3%	73,3%	<b>34,5%</b>
	Comerciante	7	8	7	2	24
		8,9%	22,9%	17,9%	13,3%	14,3%
	Ama de casa	10	9	12	2	33
	12,7%	25,7%	30,8%	13,3%	19,6%	
Otros	1	2	0	0	3	
	1,3%	5,7%	,0%	,0%	1,8%	
Estudiante- Agricultor	2	1	0	0	3	
	2,5%	2,9%	,0%	,0%	1,8%	
<b>Total</b>		<b>79</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>15</b>	<b>168</b>
		<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Formulario de encuestas

Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

La tabla 5 que corresponde al nivel ocupacional mostró al agricultor (34%) como su máxima expresión y el estudiante-agricultor junto a los “otros” como la menor expresión porcentual, ambos con el 3%.

Tabla 6 Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Religión

	Edad				Total
	15-24	25-34	35-44	45 y más	
3.1. <b>Católica</b>	<b>65</b>	31	30	15	<b>141</b>
Religión	82,3%	88,6%	76,9%	100,0%	<b>83,9%</b>
Cristiana	7	3	4	0	<b>14</b>
	8,9%	8,6%	10,3%	,0%	<b>8,3%</b>
Evangélica	3	1	5	0	<b>9</b>
	3,8%	2,9%	12,8%	,0%	<b>5,4%</b>
Otra	4	0	0	0	<b>4</b>
	5,1%	,0%	,0%	,0%	<b>2,4%</b>
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>15</b>	<b>168</b>
	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Formulario de encuestas

Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

La tabla 6 de Religión mostró al Catolicismo como su mayor incidencia con 83,9 % quedando los definidos como cristianos (8,3%), evangelistas (5,4%), y "Otras" en un 2,4%.

Tabla 7 Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Nivel de instrucción.

	Edad				
	15-24	25-34	35-44	45 y más	
1.4.. Nivel de Alfabetizada	3 3,8%	1 2,9%	14 35,9%	5 33,3%	23 13,7%
Primaria	23 29,1%	18 51,4%	16 41,0%	3 20,0%	60 35,7%
<b>Secundaria</b>	52 <b>65,8%</b>	13 37,1%	5 12,8%	1 6,7%	71 <b>42,3%</b>
Superior	1 1,3%	2 5,7%	0 0,0%	0 0,0%	3 1,8%
Ninguna	0 0,0%	1 2,9%	4 10,3%	6 40,0%	11 6,5%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>15</b>	<b>168</b>
	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Formulario de encuestas  
Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

La tabla no. 7 que muestra el nivel de instrucción muestra el nivel más alto para secundaria 65,8% para las edades de 15-24, los encuestados entre los 25-34 tienen su nivel más alto (51,40) para secundaria; el nivel más alto para el siguiente grupo etario (35-44) es 41% nivel primaria, y para terminar el grupo etario mayores de 45 tienen el nivel más alto de analfabetismo.

Tabla 8 Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Fuentes de la información sobre métodos anticonceptivos.

	Edad			
	15-24	25-34	35-44	45 y más
5.2. Fuentes de la información sobre métodos anticonceptivos	15 19,0%	5 14,3%	18 46,2%	8 53,3%
Unidad Educativa	19 24,1%	5 14,3%	1 2,6%	0 ,0%
<b>Centro de Salud</b>	<b>30</b> 38,0%	19 54,3%	11 28,2%	3 20,0%
Farmacia	0 ,0%	0 ,0%	3 7,7%	1 6,7%
Radio y TV	0 ,0%	1 2,9%	1 2,6%	1 6,7%
Vecinos	0 ,0%	1 2,9%	0 ,0%	0 ,0%
Parteras	0 ,0%	0 ,0%	3 7,7%	0 ,0%
Varias fuentes	15 19,0%	4 11,4%	2 5,1%	2 13,3%
<b>Total</b>	<b>79</b> <b>100,0%</b>	<b>35</b> <b>100,0%</b>	<b>39</b> <b>100,0%</b>	<b>15</b> <b>100,0%</b>

Fuente: Formulario de encuestas  
Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

La tabla 8 mostró resultados parejos pero fueron los centros de salud los que conformaron la mayor fuente de información con un 37,5% y las Parteras las de mejor cuantía con un mero 1,8%.

Tabla 9 Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Creencias sobre el uso de métodos anticonceptivos

	Edad				Total
	15-24	25-34	35-44	45 y más	
3.2. Creencias sobre el uso de métodos anticonceptivos.	9	6	6	1	22
	11,4%	17,1%	15,4%	6,7%	13,1%
Dolor	13	4	2	0	19
	16,5%	11,4%	5,1%	,0%	11,3%
<b>Esterilidad</b>	<b>27</b>	5	11	1	44
	34,2%	14,3%	28,2%	6,7%	<b>26,2%</b>
Hemorragia	8	4	4	1	17
	10,1%	11,4%	10,3%	6,7%	10,1%
Aumento de peso	9	6	6	0	21
	11,4%	17,1%	15,4%	,0%	12,5%
Baja de peso	4	0	3	1	8
	5,1%	,0%	7,7%	6,7%	4,8%
<b>Varios síntomas</b>	9	10	7	<b>11</b>	37
	11,4%	28,6%	17,9%	<b>73,3%</b>	<b>22,0%</b>
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>15</b>	<b>168</b>
	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Formulario de encuestas

Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

Respecto a la creencia sobre el uso de métodos anticonceptivos el mayor porcentaje (26,2%) lo reflejó la Esterilidad, siendo la baja de peso el de menor porcentaje: 4,8%

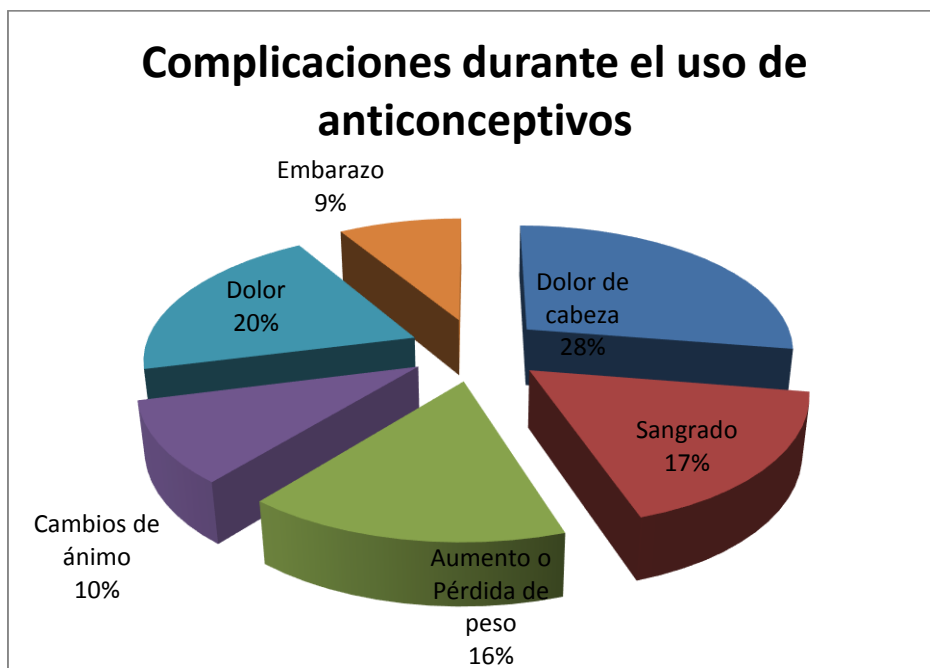
Tabla 10 Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Métodos anticonceptivos más usados.

	Edad				Total
	15-24	25-34	35-44	45 y más	
6.2. Métodos anticonceptivos más usados	26 32,9%	3 8,6%	8 20,5%	6 40,0%	43 25,6%
T de Cobre	4 5,1%	7 20,0%	8 20,5%	6 40,0%	25 14,9%
Pastillas del día después	1 1,3%	1 2,9%	0 ,0%	0 ,0%	2 1,2%
Hormonal pastillas	4 5,1%	11 31,4%	4 10,3%	0 ,0%	19 11,3%
Hormonal inyecciones	3 3,8%	0 ,0%	1 2,6%	0 ,0%	4 2,4%
Preservativo	15 19,0%	3 8,6%	2 5,1%	0 ,0%	20 11,9%
Implante	9 11,4%	4 11,4%	3 7,7%	1 6,7%	17 10,1%
<b>Ninguno</b>	<b>16</b> 20,3%	4 11,4%	12 30,8%	2 13,3%	<b>34</b> <b>20,2%</b>
Abstinencia	0 ,0%	1 2,9%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,6%
Natural	0 ,0%	1 2,9%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,6%
Interrupción del coito	1 1,3%	0 ,0%	1 2,6%	0 ,0%	2 1,2%
<b>Total</b>	<b>79</b> <b>100,0%</b>	<b>35</b> <b>100,0%</b>	<b>39</b> <b>100,0%</b>	<b>15</b> <b>100,0%</b>	<b>168</b> <b>100,0%</b>

Fuente: Formulario de encuestas  
Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

En la tabla no. 10 Ningún método anticonceptivo fue el más nombrado con un 20,2% mientras que el preservativo que es usado con 20,3% que utilizan las mujeres en edad fértil entre las edades e 15-24 años.

Grafico 11 Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Complicaciones durante el uso de anticonceptivos

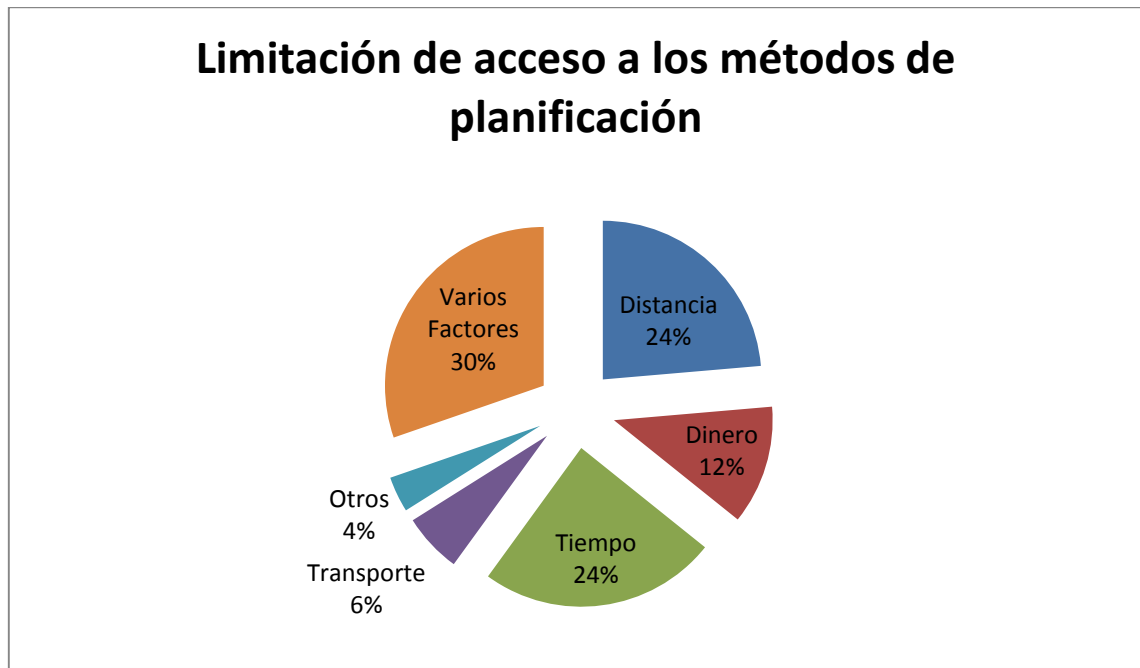


Fuente: Formulario de encuestas  
Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

En este gráfico, fue el dolor de cabeza la opción más alta porcentualmente con 28% y con menor porcentaje de 9% con embarazo.



Grafico 12 Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Limitación de acceso a los métodos de planificación



Fuente: Formulario de encuestas  
Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

El grafico 12 refleja que con un porcentaje de 30% siendo de otros factores y, 24% que esta entre la distancia y el tiempo respectivamente, siendo las dificultades más comunes en las mujeres que habitan en esta comunidad.

Tabla 13; 1a Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Edad de la primera relación sexual

	Edad				Total
	15-24	25-34	35-44	45 y más	
4.1 edad de la primera relación sexual	24	3	2	0	29
	30,4%	8,6%	5,1%	,0%	17,3%
0	13	0	0	0	13
	16,5%	,0%	,0%	,0%	7,7%
menos de 15	5	0	1	1	7
	6,3%	,0%	2,6%	6,7%	4,2%
15-18	26	17	14	2	59
	32,9%	48,6%	35,9%	13,3%	35,1%
más de 18	11	15	22	12	60
	13,9%	42,9%	56,4%	80,0%	35,7%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>15</b>	<b>168</b>
	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>

Fuente: Formulario de encuestas

Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

La tabla de las primeras relaciones mostró sus mayores porcentajes en las edades de +18 con un 35,7%. Quedando en segunda opción los comprendidos entre 15-18 y los últimos los de menos de 15 con un 4,2%.

Tabla 13: 1b Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Edad del primer embarazo

	Edad				Total
	15-24	25-34	35-44	45 y más	
4.2 Edad del primer embarazo	25	3	2	0	30
	31,6%	8,6%	5,1%	,0%	17,9%
0	26	2	0	0	28
	32,9%	5,7%	,0%	,0%	16,7%
menos de 15	0	0	0	1	1
	,0%	,0%	,0%	6,7%	,6%
15-18	13	9	11	2	35
	16,5%	25,7%	28,2%	13,3%	20,8%
19-25	15	19	25	11	70
	19,0%	54,3%	64,1%	73,3%	41,7%
más de 25	0	2	1	1	4
	,0%	5,7%	2,6%	6,7%	2,4%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>15</b>	<b>168</b>
	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Formulario de encuestas  
Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

Las edades de los 19-25 fueron las que más porcentaje reflejaron con un 41,70% siendo la menor de los 15 años, la de menor porcentaje 0.6%

Tabla 13; 1 c Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Edad del último embarazo

	Edad				Total
	15-24	25-34	35-44	45 y más	
4.3 Edad del último embarazo	27	6	2	0	35
	34,2%	17,1%	5,1%	,0%	20,8%
0	26	2	0	0	28
	32,9%	5,7%	,0%	,0%	16,7%
menos de 18	5	0	0	0	5
	6,3%	,0%	,0%	,0%	3,0%
18-25	20	9	2	0	31
	25,3%	25,7%	5,1%	,0%	18,5%
26-35	1	18	18	2	39
	1,3%	51,4%	46,2%	13,3%	23,2%
más de 35	0	0	17	13	30
	,0%	,0%	43,6%	86,7%	17,9%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>15</b>	<b>168</b>
	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>		

Fuente: Formulario de encuestas  
 Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

Las edades del último embarazo reflejaron el sector etario 25-34 como el de mayor concurrencia con un 23,2% siendo el menor para las menores de 18 años.

Tabla 13; d Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según No. De Hijos

	Edad				Total
	15-24	25-34	35-44	45 y más	
4.4 no. De hijos	8	1	0	0	9
	10,1%	2,9%	,0%	,0%	5,4%
0	41	2	0	0	43
	51,9%	5,7%	,0%	,0%	25,6%
1-2	28	23	8	0	59
	35,4%	65,7%	20,5%	,0%	35,1%
3-5	1	6	26	2	35
	1,3%	17,1%	66,7%	13,3%	20,8%
más de 5	1	3	5	13	22
	1,3%	8,6%	12,8%	86,7%	13,1%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>15</b>	<b>168</b>
	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Formulario de encuestas  
Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

La cantidad de hijos reflejó el grupo de los 1-2 con un 35,1% como mayor expresión siendo los menores de 5 el de menor porcentaje con 13,1%.

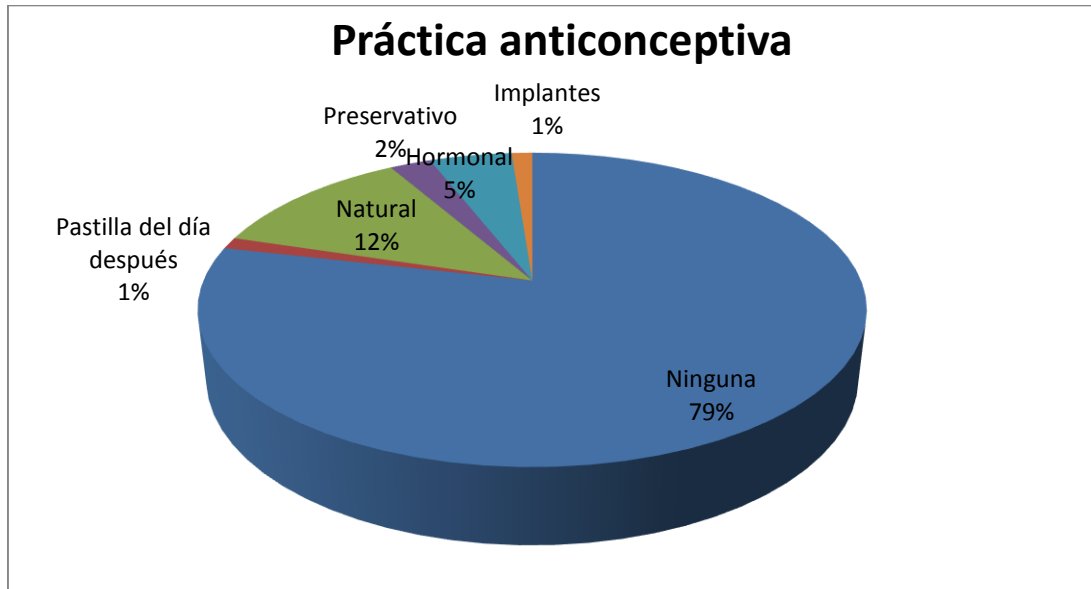
Tabla 13; e Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 ¿le ha resultado eficaz el método que utiliza?

	Edad				Total
	15-24	25-34	35-44	45 y más	
5.1. Información sobre métodos anticonceptivos	1 1,3%	1 2,9%	1 2,6%	0 ,0%	3 1,8%
<b>Si</b>	<b>58</b> 73,4%	29 82,9%	20 51,3%	7 46,7%	<b>114</b> <b>67,9%</b>
No	20 25,3%	5 14,3%	18 46,2%	8 53,3%	51 30,4%
<b>Total</b>	<b>79</b> <b>100,0%</b>	<b>35</b> <b>100,0%</b>	<b>39</b> <b>100,0%</b>	<b>15</b> <b>100,0%</b>	<b>168</b> <b>100,0%</b>

Fuente: Formulario de encuestas  
Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

Respecto a la tabla 13 un 67,90% han tenido conocimiento sobre métodos anticonceptivos, mientras que se puede observar en un 30,4% no tienen conocimiento alguno.

Grafico 14 Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 según Práctica anticonceptiva



Fuente: Formulario de encuestas  
Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

La práctica anticonceptiva mostró a la opción Ninguna como la mayor en porcentaje con un 39,3%. Siendo la T de cobre con 0,6%, junto con Lavarse Después y los implantes.

Tabla 15. Distribución de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad Huertas Santa Isabel, 2015 ¿Quién debe decidir el uso de planificación familiar?

	Edad				Total
	15-24	25-34	35-44	45 y más	
6.5. Uso de la planificación familiar	4 5,1%	0 ,0%	3 7,7%	0 ,0%	7 4,2%
<b>La pareja</b>	<b>58</b> 73,4%	25 71,4%	18 46,2%	4 26,7%	<b>105</b> <b>62,5%</b>
El marido	7 8,9%	6 17,1%	8 20,5%	3 20,0%	24 14,3%
La mujer	8 10,1%	3 8,6%	10 25,6%	8 53,3%	29 17,3%
El sacerdote	2 2,5%	1 2,9%	0 ,0%	0 ,0%	3 1,8%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>15</b>	<b>168</b>

Fuente: Formulario de encuestas  
Autores: Adriana Bermeo y Rosa Elena Cazho

En esta tabla, se puede observar poca paridad, y con un 62,5% la opción de La pareja fue la de mayor concurrencia. Siendo el Sacerdote la de menor cuantía.



## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

Las características sociodemográficas (**Anexo 2**) están dadas por la edad (1.1) predominante de mujeres de 15-24 años (47%), de ellas, el 98,7% de procedencia rural (1.2), de estado civil (1.3) mayoritariamente soltera (41,1%), con nivel de instrucción (1.4) de secundaria (42,3%).

Las características socioeconómicas (**Anexo 2**) evidencian que el 34,5% de las mujeres integrantes de la muestra son agricultoras (2.1) de las cuales, son mayoritarias las mujeres entre 35-44 años. El nivel de ingresos económicos (2.2) promedio es el medio (53%), siendo mayoritario, en este último caso, el grupo etario de 15-24 años de edad.

Las principales características socioculturales (**Anexo 2**) están representadas por una población que tiene un alto grado de religiosidad (3.1), con el 83,9% de mujeres católicas, fundamentalmente jóvenes entre 15-24 años. Entre las mujeres existen creencias, mitos y temores con respecto al uso de los métodos anticonceptivos (3.2) destacándose el temor a la esterilidad (26,2%) mayoritariamente entre las jóvenes de 15-24 años y el temor a la posible aparición de varios síntomas (22%) especialmente entre el grupo de 45 años y más.

Con respecto a la salud sexual y reproductiva (**Anexo 2**) el 35,7% refiere sus primeras relaciones sexuales (4.1) después de los 18 años, resultando en este caso el grupo mayoritario el de 35-44 años. En cuanto a la edad del primer embarazo (4.2) el 41,7% refiere que fue entre 19-25 años, resultando el grupo mayoritario que hace esta declaración el de 35-44 años. Con respecto al último embarazo (4.3) el 23,2% expresa que ello ocurrió entre los 26-35 años, resultando los grupos mayoritarios en este caso,

los de 25-34 y 35-44 años. Sobre el número de hijos (4.4) el 35,1% declara entre 1-2 hijos, resultando en este caso el grupo mayoritario el de 15-24 años.

En relación con la información, fuentes y limitaciones de acceso a los métodos de planificación familiar (**Anexo 2**) el 67,9% confiesa haber recibido información (5.1) y sobre las fuentes (5.2) el 37,5% declara que fue a través del Centro de Salud. Al referirse a las limitaciones de acceso a los métodos de planificación familiar (5.3) el 29,8% plantea que existen varios factores que provocan esas limitaciones. En todos estos casos, el grupo etario de 15-24 años es el mayoritario.

Sobre el uso de métodos anticonceptivos (**Anexo 2**) al referirse a la práctica anticonceptiva (6.1) el 39,3% confiesa que no realiza ninguna práctica anticonceptiva y con respecto a los métodos más usados (6.2) el 20,2% declara no usar ninguno; sin embargo, paradójicamente, el 41,7% declara la utilidad del anticonceptivo que usa (6.3) y, en cuanto a las complicaciones surgidas durante el uso de anticonceptivos (6.4) el 11,3% señala el dolor de cabeza. Y con respecto a los ejecutores del uso de la planificación familiar (6.5) el 62,5% declara que es la pareja. En todos los casos, el grupo etario predominante es el de las jóvenes entre 15-24 años de edad.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

El embarazo no planeado es un problema importante de salud pública, tanto en los países en desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños. Entre dichas consecuencias se incluye la mayor probabilidad de que la mujer recurra a un aborto inseguro, de que se inicie la atención prenatal tarde, o reciba poco cuidado prenatal, y que el niño nazca con bajo peso.

El nivel de embarazos no planeados también puede servir como indicador del estado de la salud reproductiva de la mujer, y del grado de autonomía que tiene para decidir si tiene o no un hijo y en qué momento. Es importante, pues, identificar los factores relacionados con el acceso a la información acerca de la planificación familiar y a los métodos anticonceptivos y su uso, especialmente por la población joven.

Aun cuando ha habido avances en la salud sexual y reproductiva en América Latina, desde la Conferencia de El Cairo, en 1994, tal y como señalan Rodríguez y Perpetuo (41) evidentemente aún existen brechas en el conocimiento y percepción de los adolescentes sobre la importancia de los servicios de planificación familiar, tal y como reflejan Parra Villarroel, J y otros, (42) al señalar que el 22% de las jóvenes entrevistadas en su investigación, confesaron haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años, lo que se evidencia en las estadísticas chilenas, donde aparece que, del total de n. v. en el año 2008, un 15,2% correspondió a hijos de madres entre 15 y 19 años de edad, y un 0,4% a menores de 15 años, situación similar a la encontrada en esta investigación, en la que el 47% de la muestra está representada por jóvenes entre 15-24 años y el 35,1% declara tener entre 1-2 hijos.

Toda vez que la actividad sexual en edad precoz (antes de los 16 años) se ha relacionado con conductas de riesgo que pueden comportar embarazos no deseados, interrupciones voluntarias del embarazo e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, resulta preocupante que, a pesar de la información disponible sobre la anticoncepción, aproximadamente un 12% de la población adolescente no usa ningún método de protección en sus primeras relaciones sexuales.

En un estudio realizado por Soriano Fernández, H. y otros (43) acerca de los Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos, encontró que el uso de anticonceptivos en España se extiende hasta un 78.8% de la población femenina, habiendo aumentado el número que los utiliza hasta en un 30% desde la primera encuesta que se realizó en 1997. No obstante, los autores llaman la atención sobre un 18% de las mujeres en edad fértil que no utiliza ningún método para planificar sus embarazos, pese a la oferta de métodos seguros y eficaces. Situación similar a la encontrada en este estudio, en el cual 39,3% de las jóvenes integrantes de la muestra confiesa que no realiza ninguna práctica anticonceptiva y el 20,2% declara no usar ningún método.

En cuanto a los factores sociales que influyen en el embarazo y en el uso de anticonceptivos por adolescentes, Odean, I., (44) quien realizó un estudio en Mendoza, Argentina, señala que, en contextos de pobreza, el embarazo adolescente es un fenómeno muy común, causado por una multiplicidad de factores sociales y culturales y está directamente vinculado con la falta de educación y en especial con la falta de uso de anticonceptivos.

Otro tanto ocurre con la expectativa de las mujeres adolescentes para ser madres, la ideología y creencias en contra del uso de anticonceptivos en la comunidad, mitos sobre anticonceptivos y la falta de educación sexual integrada, fomentan el embarazo adolescente. Las causas para la prevalencia de embarazos adolescentes están, de

este modo, muy relacionadas con la cultura y la situación socioeconómica de esta comunidad. Sin embargo, esto no es lo que aparece en la muestra estudiada en la comunidad de Huertas, pues acá el grupo etario mayoritario es de jóvenes entre 15-24 años; pero aunque su procedencia es rural, tienen instrucción secundaria y nivel medio de ingresos económicos.

Por su parte, Moral de la Rubia, psicóloga colombiana (45) trata el tema de la religión y su influencia en la sexualidad y esto pudiera estar relacionado con el hecho de que el grupo etario mayoritario de este estudio es el de las jóvenes entre 15-24 años, que constituyen a su vez, un grupo mayoritariamente católico en donde el 20,2% declara no usar ningún método de planificación familiar, a pesar de que han recibido información sobre planificación familiar a través del Centro de Salud.

El pasado año 2014, el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador (46) presentaron los resultados de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, que se hizo a 20 mil viviendas y 92.500 personas de cero a menos de 60 años a escala nacional, para estudiar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas más prevalentes. Adicionalmente, se estudió la situación de la salud sexual y reproductiva de la población ecuatoriana de mujeres desde 15 hasta 49 años y de los hombres en el mismo rango de edad.

Según esta encuesta existe un descenso paulatino de la fecundidad, 5,4 hijos en el período 1975-1979, reducido a 3 hijos en el período 2007- 2012, tanto a nivel urbano como rural. En el caso de la fecundidad adolescente (15 a 19 años) se registró un aumento de 11% entre el periodo 1999- 2004 y el 2007-2012.

En cuanto a salud sexual y reproductiva, los datos de la encuesta, cuya cobertura abarca a las 24 provincias del país, indican un mayor uso de métodos anticonceptivos

por parte de las mujeres con respecto a los hombres. La esterilización femenina es el método más utilizado para evitar tener hijos. Este tipo de práctica se incrementó en alrededor de 8 puntos porcentuales entre el 2004 (24,2%) y el 2012 (32,3%). Sin embargo, esto no coincide con los resultados de este estudio, en los cuales se evidencia que el 39,3% de casos estudiados no realizar ninguna práctica anticonceptiva, precisamente porque teme la posible esterilidad.

## CAPÍTULO VII

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES

En relación con la *influencia sociocultural en el acceso y uso de métodos de planificación familiar*, destaca el hecho de que el grupo etario mayoritario de la muestra es el de las mujeres jóvenes entre 15-24 años, de procedencia rural, con instrucción secundaria y nivel medio de ingresos económicos, ya con 1-2 hijos; predominantemente católicas (83,9%); con ingresos económicos medios en un 53%; mayoritariamente del sector agricultor (34,5%); que han tenido su primer embarazo entre los 19-25 en un 41,7%; que han recibido información sobre los métodos de planificación familiar a través del Centro de Salud (67,9%), aunque el 39,3% confiesa no realizar ninguna práctica anticonceptiva pues teme la posible esterilidad. Sin embargo, el 41,7% declara la utilidad del anticonceptivo que usa, en tanto el 11,3% señala el dolor de cabeza como complicación surgida durante su uso. El 20,2% declara no usar ningún método de planificación familiar, aunque el 62,5% expresa que es la pareja la que asume la planificación familiar.

#### RECOMENDACIONES:

1º Fortalecer la educación sexual y reproductiva con hombres y mujeres en edad fértil; pero muy especialmente, con adolescentes y jóvenes entre 15-24 años de edad para que conozcan los métodos de planificación familiar y puedan elegir el que más acorde esté con sus convicciones y aspiraciones.

2º Incrementar la divulgación acerca de los métodos de anticoncepción de los que se dispone en Ecuador y las formas de acceso de quienes los deseen.

## CAPÍTULO VIII

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Berek , Novak. Ginecología. 14th ed. Buenos Aires; 2010.
2. Prosalud. <http://www.prosaludchile.org/>. [Online].; 2011 [cited 2015 Enero 19. Available from:  
<http://www.prosaludchile.org/dv/M%E9todos%20de%20Barrera%20VSF%202007.pdf>.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. 1995..
4. Díaz Alonso G. Historia de la anticoncepción. Revista Cubana de Medicina General Integral. 1995.
5. Johns Hopkins University. La toma de las decisiones en la Planificación Familiar. Center for Communication Programs. Programas de Planificación Familiar. ; XXIX(1).
6. <http://apps.who.int/>. [Online].; 2011 [cited 2015 enero 15. Available from:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf?ua=1)
7. León Palacios SS. Costumbres que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar del C. S. 2011..
8. Sánchez Pérez M, Gálvez Ibáñez M, Martín Robles M, García Mirón ,C, García Fernández ,E. Influencia del nivel socioeconómico y cultural en el uso de métodos anticonceptivos: Aten Primaria.
9. Organización Mundial de la Salud. [www.who.int](http://www.who.int). [Online].; 2013 [cited 2015 Septiembre 12. Available from: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/).
10. Gutiérrez M. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013; 30(3): p. 465-470.



11. INEC. [www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios\\_Socio-demograficos/Metodos\\_anticonceptivos.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Metodos_anticonceptivos.pdf). [Online].
12. Coordinación de salud intercultural y el área de salud de adolescentes. 2013. [www.unfpa.org.ec/sitio/repositorios/unfpa/puestos\\_nuevos/TOR\\_MUJERES\\_INDIGENAS.pdf](http://www.unfpa.org.ec/sitio/repositorios/unfpa/puestos_nuevos/TOR_MUJERES_INDIGENAS.pdf).
13. INEC. [www.ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec). [Online]. [cited 2015 Febrero 13. Available from: <http://www.eluniverso.com/noticias/2015/02/13/nota/4553201/mezcla-sexo-estadisticas-presento-inec>.
14. Humberto S, Rodenas L, Moreno D. Médico de la familia. 2015.
15. Maroto de Agustín A, Moreno Bueno A, Moren R. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. *Revista Española Salud Pública.* ;(6): p. 547-557.
16. Ministerio de Salud Perú. [www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/planfam/metodos.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/planfam/metodos.asp). [Online].; 2012. [cited 2015 Junio 22. Available from: [www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/planfam/metodos.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/planfam/metodos.asp).
17. Tigre Cáceres RM, Tigre Ocaña JM. Estudio de factibilidad para la creación de un centro de orientación sexual y planificación familiar en el Cantón Naranjito. 2012. <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/983/3/Estudio%20de%20factibilidad%20para%20la%20creaci%C3%B3n%20de%20un%20centro%20de%20orientaci%C3%B3n%20sexual%20y%20planificaci%C3%B3n%20familiar%20en%20el%20cant%C3%B3n%20Naranjito.pdf>.
18. Caño Moscol DA. Factores que influyen en la multiparidad en adolescentes de 14 a 19 años atendidas en la consulta externa del Hospital Materno. 2013. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1819/1/UNIVERSIDAD%20DE%20GUAYAQUIL%20completo.pdf>.
19. Ecuador defiende programas anticoncepción ante aumento embarazo adolescente. *El Comercio.* 2013 Mayo 16.

20. Silva Soria TM, Espinel M. Análisis situacional de los servicios de planificación familiar en centros de atención primaria y secundaria de salud en la Provincia de Esmeraldas. 2013 Octubre.  
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3001/1/110117.pdf>.
21. ONU. Conferencia Mundial de Derechos Humanos o Conferencia Internacional de Derechos Humanos. In Conferencia de Teheran; 1968; Teherán.
22. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 2009..
23. Maiztegui LC. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del Hospital Materno Provincial de Córdoba. 2008..
24. Fredman R. La Prevalencia y uso de los métodos anticonceptivos en algunos países de las Américas..
25. CELSAM. Situación de la Planificación Familiar en América Latina. , Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; 2004.
26. Princeton University. El DIU T de Cobre como Anticonceptivo de Emergencia. 2014.
27. Vásquez ML, Granada ,MV. La mujer y el proceso reproductivo Washington; 2009.
28. Loring J. Planificación familiar. 2015.
29. Creel L, Sass J, Yinger N. Nuevas perspectivas sobre la calidad de la atención. Population Reference Bureau. 2002 .
30. Gran Álvarez M. La salud sexual y reproductiva. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(1).
31. John Hopkins University. Valores individuales y características personales. Programas de Planificación Familiar. 2009; XXIX(50).
32. INEI. [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe). [Online].; 2009. Available from: [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe).

33. Flores E, Federico A. Salud de las mujeres y vulnerabilidad: vida reproductiva y prácticas preventivas. Estudios sociológicos. Centro de Investigación y Desarrollo. ; 21(62): p. 331-362.
34. Laza Vásquez C. Cultura y planificación familiar: un debate aún en construcción. Revista Teoría y Praxis Investigativa, Centro de Investigación y Desarrollo. ; 3(2).
35. Ruiz Salguero M. Anticoncepción y salud reproductiva en España: crónica de una revolución. Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. 2009;: p. 259-260.
36. De la Cruz Peñarán D. Conocimiento y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la selva del Perú. Revista Salud Pública de México. 2003; 45: p. 461-471.
37. Meléndez SK. Mitos y verdades sobre métodos anticonceptivos. El Heraldo. 2015 Abril.
38. Profamilia. Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva. 2005.
39. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Revista Salud Pública México. 2002.
40. Bermeo A, Cazho RE. 2015. Entrevista realizada para informar sobre las características de la zona.
41. Rodríguez L, Perpétuo I. La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina: 15 años después de El Cairo-1994. 2011..
42. Parra Villarroel I, Domínguez Placencia J, Maturana Rosales J, Pérez Villegas R. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre los servicios de planificación familiar en Chile. Salud Colectiva. 2013; 9(3).
43. Soriano Fernández H, Rodenas García L. Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos. Rev Clin Med Fam. 2010; 3(3).



44. Odean I. Los Factores Sociales que Influyen en el embarazo y en el uso de anticonceptivos por adolescentes en el Barrio 25 de Mayo. Independent Study Project (ISP) Collection. 2012.
45. Moral de la Rubia M. Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial. Revista Colombiana de Psicología. 2010; 19(1): p. 45-59.
46. Instituto Nacional Estadísticas y Censo. Ministerio de Salud Pública (MSP) e Instituto Nacional Estadísticas y Censo (INEC) presentan resultados de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva. 2014..

## CAPITULO IX

### ANEXOS

- 1.- Formulario Consentimiento Informado.
- 2.- Guía de Preguntas para la Entrevista.
- 3.- Tablas de contingencia.

### ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
Clasificación PRU

**Comité de Bioética, Universidad de Cuenca**  
**El Comité de Revisión Institucional de la Universidad de**

**Cuenca**

#### Formulario Consentimiento Informado

**Título de la investigación o protocolo de tesis:** *INFLUENCIA SOCIOCULTURAL EN EL ACCESO Y USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR POR LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE LA COMUNIDAD DE HUERTAS, PARROQUIA SHAGLLY, CANTON SANTA ISABEL 2015.*

**Organización del investigador:** *UNIVERSIDAD DE CUENCA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, ESCUELA DE ENFERMERIA*

**Nombre del investigador principal o estudiante/s:** *Nancy Adriana Bermeo Villa y Rosa Elena Cazho Morocho*

**Datos de localización del investigador principal o estudiante/s:** *Nancy Adriana Bermeo Villa (email: adrybervill@hotmail.com telf.: 0986860722) y Rosa Elena Cazho Morocho (rosaelena19912010@hotmail.com telf.: 0979157889)*

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

##### Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para decidir si desea o no participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos.

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre planificación familiar (PF) que contribuye a salvar vidas de mujeres y niños y mejora la calidad de vida de todos; siendo una



de las mejores inversiones posibles para mantener la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y las comunidades. Usted es considerada importante para nuestro estudio pues corresponde al grupo de mujeres en edad fértil.

**Propósito del estudio**

Nuestro estudio tiene como fin identificar los factores socioculturales en el acceso y uso de métodos de planificación familiar, para esto contaremos con la participación de 168 mujeres en edad fértil de la comunidad de Huertas.

**Descripción de los procedimientos**

Para realizar esta investigación se ha realizado un previo estudio y elaboración de una guía de preguntas para una entrevista en la que usted participará, si finalmente así lo decide. Esta entrevista le tomará un tiempo aproximado de 20 minutos, durante la cual puede recibir la ayuda que requiera o solicite.

**Riesgos y beneficios**

Usted podrá acceder a los resultados finales de esta investigación, en caso de que lo requiera, a partir de 6 meses después de haber participado en la entrevista. Los resultados estarán disponibles por parte de las autoras, presidente y representante de la junta de mujeres de la comunidad; además se publicarán los resultados globales del estudio, para beneficio colectivo.

**Confidencialidad de los datos**

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales.

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que remplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo las investigadoras tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos solo en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

**Derechos y opciones del participante**

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

**Información de contacto**

**Consentimiento informado**

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar, en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio, por favor llame a los siguientes teléfonos (Adriana Bermeo 0986860722 o a Rosa Cazho 0979157889) o envíe un correo electrónico a [adrybervill@hotmail.com](mailto:adrybervill@hotmail.com) o [rosaelena19912010@hotmail.com](mailto:rosaelena19912010@hotmail.com)

## ANEXO 2

**GUÍA DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA SOBRE INFLUENCIA SOCIOCULTURAL EN EL ACCESO Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**1) Edad:**

15-24 años	
25-34 años	
35-44 años	
45 o más	

**2) Procedencia**

Urbana	
Rural	

**3) Estado civil:**

Casada	
Soltera	
Divorciada	
Viuda	
Unión estable	

**4) Ingresos económicos**

Bajos	
Medios	
Altos	

**5) Ocupación :**

Agricultura	
Comerciante	
Estudiante	
Ama de casa	
Otros	



**6) Religión :**

Católica	
Evangélica	
Cristiana	
Mormones	
Ateos	
Otros	

**7) Nivel de Instrucción:**

Ninguna	
Alfabetizada	
Primaria	
Secundaria	
Superior	

**8) ¿Ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos?**

Sí  No

Si responde Sí:

¿De dónde obtiene información?

Centro de salud	
Unidad educativa	
Farmacia	
Parteras	
Radio y TV	
Vecinos	
Otros	



**9) Creencias sobre el uso de métodos anticonceptivos**

Esterilidad	
Hemorragia	
Dolor	
Aumento de peso	
Baja de peso	
T de cobre puede causar cáncer	

**10) De los métodos anticonceptivos que conoce, ¿cuál de ellos utiliza con más frecuencia?**

-----  
 -----.

**11) Durante el uso de métodos anticonceptivo, ¿ha tenido complicaciones?:**

Dolor	
Sangrado	
Dolor de cabeza	
Aumento o pérdida de peso	
Náuseas y vomito	
Cambios en el estado de animo	
Embarazo	
Otros	

**12) ¿Considera usted que el acceso a métodos de planificación familiar es limitado por...**

Tiempo	
Distancia	
Dinero	
Transporte	
Otros	



**13) Antecedentes Ginecoobstétricos:**

- Número de Embarazos: 0 \_\_\_\_\_, 1 \_\_\_\_\_, 2 \_\_\_\_\_,+3 \_\_\_\_\_

Edad de la primera relación sexual	
¿A qué edad fue su primer embarazo?	
¿A qué edad fue su último embarazo?	

**Número de hijos:**

1-2 hijos	
3-4 hijos	
4-5 hijos	
Más de 5 hijos	

**¿Le ha resultado eficaz el método que utiliza?**

Sí  No

**14) ¿Realiza o ha realizado alguna práctica anticonceptiva tradicional que le hayan comentado?**

-----  
 -----

**15) De acuerdo a su criterio, ¿quién debe decidir el uso de planificación familiar?**

Pareja	
El marido	
La mujer	
El pastor o sacerdote	
Otros	

**ANEXO 3**

**Recursos materiales:**

Rubro	Valor unitario	Valor total
Impresiones	0.10	\$200.00
Copias de encuesta a 2 lados	0.03	\$50.00
Copias consentimiento informado a los 2 lados	0.03	\$50.00
Empastado	7.00	\$15.00
Anillados de informe final	5.00	\$10.00
Carpetas	0.25	\$30.00
Esferos	0.40	\$10.00
Llamadas	0.10 x min.	\$10.00
Internet	1.00 x hora	\$40.00
Transporte		\$60.00
Alimentación	2.00	\$150.00
Gastos Varios		\$70.00
	<b>Total</b>	<b>\$695 dólares</b>

**ANEXO 4**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Actividades	Tiempo en meses							Responsables
	1	2	3	4	5	6	7	
Presentación y aprobación del protocolo	x							Las autoras: Nancy Adriana Bermeo Villa y Rosa Elena Cazho Morocho
Elaboración del marco teórico		x						
Revisión de los instrumentos de recolección de datos			x					
Plan piloto			x					
Recolección de datos			x	x				
Análisis e interpretación de los datos				x	x			
Elaboración y presentación de la información						x		
Conclusiones y recomendaciones							x	
Elaboración del informe							x	

**ANEXO 5**

**Operacionalización de las variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Factores demográficos	Características de edad, estado civil, procedencia geográfica y nivel de instrucción.	Repercusión de la edad, estado civil, procedencia urbana o rural y el nivel de instrucción en el conocimiento de los métodos contraceptivos	Edad	15-24 años 25-34 años 35-44 años 45 o más
			Estado civil	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión estable
			Procedencia geográfica	Urbana Rural
			Nivel de instrucción	Ninguna Alfabetizada Primaria Secundaria Superior
Factores socioeconómicos	Características dadas por el nivel de los ingresos económicos y la ocupación desempeñada para el sustento personal y de la familia.	Repercusión de la ocupación e ingresos económicos en el nivel de acceso a los contraceptivos	Ingresos económicos	Bajos Medios Altos
			Ocupación	Agricultura Comercio Estudiante Ama de casa Otra
Factores socioculturales	Características de la cultura dentro de una sociedad particular, en un período de tiempo determinado.	Creencias, mitos y temores sobre el uso de los métodos de planificación familiar.	Religión	Católica Evangélica Cristianos Mormones Espiritistas Agnósticos Ateos Otra

			Mitos	Esterilidad La T de cobre causa cáncer Después de su uso, los niños nacen con malformaciones Aumento o pérdida de peso
			Temores	Hemorragia Mareos Dolor de cabeza Náuseas, vómitos Otros

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	
Características Salud sexual y Reproductiva	Estado de bienestar físico, mental y social relacionado con las relaciones sexuales y el sistema reproductivo.	Antecedentes gineco-obstétricos	Historia de las relaciones sexuales y embarazos.	Edad primera experiencia sexual. Edad primer embarazo. Edad último embarazo.	
			Número de hijos	1-2 hijos 3-4 hijos 4-5 hijos Más de 5	
		Sitio o lugar de acceso a la atención de la salud reproductiva, donde la mujer recibe información completa y clara sobre métodos de planificación familiar.	Centro Salud Unidad Educa Hospital Farmacia Parteras Radio o TV Amistades Otros	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No ¿Cuáles?	
			Métodos de planificación familiar.	Métodos naturales	Ritmo Moco cervical Temperatura basal.
				Métodos de barrera	Preservativo Diafragma Espermicidas
		Métodos hormonales	Orales combinados Orales solo progestágenos Inyecciones Implantes		

				Parches
			Métodos quirúrgicos	Ligadura o cauterización de las trompas de Falopio
			Otros métodos	Coito interrumpido Lactancia materna



VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
		Factores que influyen en el uso de los métodos contraceptivos	Fuentes de información	Amistades Anuncios radiales y TV Internet Profesionales de salud
			Complicaciones	Posibles reacciones adversas a los métodos hormonales.  Posible aborto y embarazo ectópico, en algunos casos de uso de DIU
			Eficacia	Control de la natalidad por el tiempo acordado por la pareja.