



**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**FACTOR SOCIOECONÓMICO Y EDUCATIVO EN EL
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS
MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE
SALUD COLONCHE 2011 – 2012**

TRABAJO DE TITULACIÓN
Previo la obtención del título de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**AUTORAS: ADRIANA JAZMÍN ECHÁIZ DEL PEZO
LUCY VIVIANA BORBOR TUMBACO**

TUTORA: LCDA. VILMA ARCE CASTILLO

**LA LIBERTAD – ECUADOR
2012**

**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**FACTOR SOCIOECONÓMICO Y EDUCATIVO EN EL
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS
MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE
SALUD COLONCHE 2011 – 2012**

TRABAJO DE TITULACIÓN
Previo la obtención del título de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**AUTORAS: ADRIANA JAZMÍN ECHÁIZ DEL PEZO
LUCY VIVIANA BORBOR TUMBACO**

TUTORA: LCDA. VILMA ARCE CASTILLO

**LA LIBERTAD – ECUADOR
2012**

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del trabajo de investigación: “FACTOR SOCIOECONÓMICO Y EDUCATIVO EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD COLONCHE 2011-2012”, elaborado por las Srtas. Lucy Borbor Tumbaco y Adriana Echáiz Del Pezo, egresadas de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de Licenciada, me permito declarar que luego de haber orientado, y revisado, la apruebo en todas sus partes.

Atentamente

.....
Lcda. Vilma Arce Castillo

TUTORA

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme y darme la fuerza necesaria para continuar día a día. A mi familia, por el apoyo incondicional, mis padres, por el amor, comprensión, aliento y los recursos necesarios para cumplir un objetivo más en mi vida; mis hermanos, por estar siempre presentes con su ternura y motivarme a luchar cada día más, a mi novio por demostrarme que en los días más difíciles con él puedo contar.

Adriana

A nuestro Creador, Dios por darme las fuerzas para continuar, a pesar de los obstáculos presentes y por haber puesto en mi largo caminar a personas gratas, de corazones nobles, quienes me infunden confianza e incentivan al éxito.

Lucy

AGRADECIMIENTO

A Dios, por la sabiduría concedida durante toda la vida hasta dar este fruto.

A nuestros padres a quienes les debemos la vida y por depositar la confianza en nosotras.

A nuestros hermanos por ese inmenso cariño y ser la motivación para seguir en el camino.

A todos aquellos compañeros, amigos que durante el proceso profesional y más aún en este año nos han ofrecido su apoyo desinteresado; a ellos infinitas gracias.

A nuestros docentes quienes con sus enseñanzas nos han podido guiar y formar en el proceso académico.

ADRIANA Y LUCY

TRIBUNAL DE GRADO

Abg. Carlos San Andrés Restrepo
**DECANO DE LA FACULTAD
C.C. SOCIALES Y DE LA SALUD**

Dr. Juan Monserrate Cervantes, MSc.
**DIRECTOR DE LA ESCUELA
DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Lcda. Martha Morocho Mazón, MSc.
PROFESOR DEL ÁREA

Lcda. Vilma Arce Castillo
TUTORA

Abg. Milton Zambrano Coronado MSc.
SECRETARIO GENERAL – PROCURADOR

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**FACTOR SOCIOECONÓMICO Y EDUCATIVO EN EL
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS
MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO
DE SALUD COLONCHE 2011-2012**

**AUTORAS: LUCY BORBOR & ADRIANA ECHÁIZ
TUTORA: VILMA ARCE CASTILLO**

Colonche es una parroquia rural del Cantón Santa Elena provincia de Santa Elena perteneciente a la República del Ecuador; por su situación geográfica ha tenido un abandono de parte de Gobiernos Provinciales, debido a esto sus habitantes tienen que salir de la población en busca de recursos económicos para el sustento familiar, por ende como los ingresos son bajos repercute en la educación, la mayoría de ellos sólo poseen instrucción primaria. Al encontrar esta problemática, en la que se encuentra inmersa la población, perteneciendo a un nivel socioeconómico escaso, se encuentra que el índice de natalidad va en aumento, por el desconocimiento o poca importancia que se da a la planificación familiar y empleo de métodos anticonceptivos; como el tema en cuestión corresponde a afectación de salud nos propusimos investigar si los factores influyen en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres del sector, por medio de la observación directa y aplicación de una encuesta a usuarios del Subcentro de Colonche, considerado importante para prevenir la multiparidad a causa de diferentes problemas que se presentan debido a condiciones o características que la comunidad tiene, tanto en el ámbito económico, cultural y religioso. Es por eso que en la redacción del tema se alude a la fisiología del aparato reproductor hombre-mujer, clasificación de métodos anticonceptivos, factores mencionados anteriormente y espaciamiento de embarazos recomendados. Como conclusión del trabajo de investigación se obtuvo que el bajo nivel educativo es el indicador que sobresale en la problemática de salud mencionada, obteniendo de las 90 mujeres encuestadas un 61% no utiliza un método anticonceptivo con el fin de planificar su familia y reducir el índice de multiparidad y natalidad.

PALABRAS CLAVES: Factor Socioeconómico, Educación, Planificación Familiar, Métodos Anticonceptivos.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA	
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
REVISIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
TRIBUNAL DE GRADO	vi
RESUMEN	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE CUADROS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
ÍNDICE DE ANEXOS	xiii
PROPUESTA	xiv
INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema	3
Enunciado del problema	4
Justificación	5
Objetivos Generales	6
Objetivos Específicos	6
Hipótesis	6
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	
1.1. Marco Científico	
1.1.1. Morfo-fisiología del aparato reproductor femenino	7
1.1.1.1. Órganos Genitales Internos	7
1.1.1.2. Órganos Genitales Externos	12

1.1.1.3	Glándulas Anexas	14
1.1.1.4	Ciclo Menstrual	16
1.1.2	Morfo-fisiología del aparato reproductor masculino	18
1.1.2.1	Órganos Genitales Internos	18
1.1.2.2	Órganos Genitales Externos	22
1.1.3	Planificación Familiar	26
1.1.3.1	Importancia de la planificación familiar	26
1.1.3.2	Planificación familiar y los derechos humanos	29
1.1.3.3	Paternidad responsable	30
1.1.4	Métodos Anticonceptivos	31
1.1.4.1	Sexualidad y Reproducción	32
1.1.4.2	Clasificación de los métodos anticonceptivos	32
1.1.4.2.1	Métodos Naturales	32
1.1.4.2.2	Métodos de Barrera	37
1.1.4.2.3	Anticonceptivos Hormonales	38
1.1.4.2.4	Anticonceptivos de Contenido Químico	39
1.1.4.2.5	Anticoncepción Permanente	41
1.1.5	Embarazo	42
1.1.5.1	Espaciamiento recomendado entre embarazo	42
1.1.5.2	Problemas al no existir un espaciamiento entre embarazos (UNICEF)	43
1.1.6	Determinantes en el uso de métodos anticonceptivo	47
1.1.6.1	Factor Socioeconómico	47
1.1.6.2	Factor Religioso	48
1.1.6.3	Factor Cultural	48
1.1.6.4	Factor Educativo	50
1.1.7	Teorías de Enfermería	50
1.1.7.1	Modelos de suplencia o ayuda	50
1.1.7.2	Modelos de Interrelación	50

1.1.7.3	Valoración por patrones funcionales de Marjorie Gordon	51
1.1.8	Rol de la enfermera en la educación de la mujer en el uso de métodos anticonceptivos	53
1.1.9	Diagnósticos de enfermería	54
1.2.	Marco Legal	55
1.2.1	Constitución República del Ecuador, arts. Relacionados con la mujer embarazada, educación y salud. Régimen del buen vivir	55
1.2.2	Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar – ENIPLA	56
1.3	Marco Conceptual	58
1.3.1	Métodos Anticonceptivos	58
1.3.2	Planificación Familiar	58
1.3.3	Paternidad Responsable	58
1.3.4	Maternidad	58
1.3.5	Embarazo	58
1.3.6	Natalidad	59
1.3.7	Multíparas	59
1.3.8	Bajos Recursos	59
1.3.9	Socioeconómico	59
1.3.10	Educación	59
1.3.11	Religión	60
1.3.12	Cultura	60

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA		Pág.
2.1	Tipo de Estudio	61
2.2	Población y Muestra	62
2.3	VARIABLES A INVESTIGAR	63
2.3.1.	Sistemas de variables	63
2.3.1.1.	Variable Independiente	63
2.3.1.2.	Variable Dependiente	63
2.4	Operacionalización de las variables	63
2.5	Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	66
2.6	Prueba Piloto	66
2.7	Procedimiento para obtención de datos	66
2.7.1	Consideraciones Éticas	66
2.8	Procesamiento y presentación de datos	67
2.9	Talento Humano	67

CAPÍTULO III

3.1	Análisis e Interpretación de Resultados	68
-----	---	----

CONCLUSIONES	73
---------------------	-----------

RECOMENDACIONES	74
------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA	75
---------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
-----------------------------------	-----------

ANEXOS	
---------------	--

GLOSARIO	
-----------------	--

ÍNDICE DE CUADROS

		Pág.
Cuadro 1	Rango de edades	62
Cuadro 2	VARIABLES A INVESTIGAR	63
Cuadro 3	Variable independiente	63
Cuadro 4	Variable dependiente	65
Cuadro 5	Preferencia de sus gastos	88
Cuadro 6	Infraestructura de su vivienda	88
Cuadro 7	Aporte económico del hogar	89
Cuadro 8	Hábitos para no quedar embarazada	89
Cuadro 9	Tradiciones	90
Cuadro 10	Nivel de educación	90
Cuadro 11	Clasificación de los anticonceptivos	92

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1	Niveles de ingresos	68
Gráfico 2	Religión que predica	69
Gráfico 3	Cultura de la anticoncepción	69
Gráfico 4	Educación en la Planificación Familiar	70
Gráfico 5	Uso de métodos anticonceptivos	71
Gráfico 6	Preferencia de gastos	88
Gráfico 7	Infraestructura de viviendas	88
Gráfico 8	Aporte económico en el hogar	89
Gráfico 9	Hábitos para no quedar embarazada	89
Gráfico 10	Tradiciones	90
Gráfico 11	Nivel de educación	90
Gráfico 12	Tipos de Anticonceptivos	91

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Permisos para obtener datos	80
Anexo 2: Consentimiento informado	81
Anexo 3: Instrumento de obtención de datos	82
Anexo 4: Cronograma	86
Anexo 5: Presupuesto	87
Anexo 6: Cuadros y gráficos estadísticos	88
Anexo 7: Evidencias fotográficas	93

PROPUESTA	Pág.
PORTADA	
CONTENIDOS	98
ANTECEDENTES	99
MARCO INSTITUCIONAL	100
OBJETIVO GENERAL	101
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	101
BENEFICIARIOS	102
METODOLOGÍA	102
UNIVERSO DEL TRABAJO	103
META	103
SOSTENIBILIDAD	103
FUENTES DE FINANCIAMIENTO	103
ACTIVIDADES	104
PRESUPUESTO	107
CRONOGRAMA	108
EVALUACIÓN	109
BIBLIOGRAFÍA	111

INTRODUCCIÓN

Según la Constitución Política de la República del Ecuador, la Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otras equidades, entre ellas el privilegio del agua, alimentación, educación, cultura física, trabajo, seguridad, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

En esta sociedad aún inciden situaciones que requieren ser cambiadas e investigadas como; determinar si los factores socioeconómicos y educativos son los que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres, ya que según los últimos estudios realizados en el Ecuador, se encuentra que existe un promedio de paridad de 5 a 6 hijos, es decir que a pesar de que la atención en salud tiene prioridad en el Ecuador y se elaboran programas enfocados a la prevención y promoción, entre ellos la Ley de Maternidad Gratuita, la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA) que se relaciona con el tema en mención, además se cuenta con la entrega de anticonceptivos gratuitos, continúa persistiendo la multiparidad en las mujeres de bajos recursos y nivel educativo.

A los hospitales públicos acuden, por el área de emergencia embarazadas en trabajo de parto y por referencias verbales de las mismas o familiares, muchas de ellas multíparas sin controles prenatales previos, lo que es indicativo de: complicaciones en el embarazo, antecedentes de partos riesgosos, amenazas de partos pre-términos, patologías al recién nacido u óbitos fetales.

En el contexto social se observa a madres gestantes con un niño en brazos y otro de la mano, con un espacio intergenésico no mayor a un año y por su apariencia refleja que pertenece a un nivel socioeconómico bajo, motivo que impulsó a conocer aquellos factores que conllevan a la multiparidad.

Para la elaboración de la investigación, se consideró primero: elegir el área de estudio, visitando diferentes comunidades y analizando en cuál de ellas existe la problemática, Colonche fue seleccionado por ubicación geográfica y cultura de la población; para esto se empleó el método aleatorio simple aplicando la técnica de encuesta a través de su instrumento el cuestionario, se aplicó exclusivamente a las mujeres que reúnen los criterios de inclusión, luego se analizarán los datos obtenidos para así llegar a una conclusión.

El profesional de enfermería por el contacto directo hacia los pacientes desarrolla habilidades como: interacción y comunicación, es por tal motivo que como internas de enfermería se llegó a esta comunidad con el objetivo de obtener aceptación, ganar la confianza y credibilidad de sus pobladores, para no encontrar barreras que limiten ejecutar el trabajo.

En el capítulo I se detalla la Morfofisiología del aparato reproductor tanto femenino como masculino, la importancia de la planificación familiar y la clasificación de los métodos anticonceptivos así mismo las teorías de enfermería relacionados a estos temas; artículos referentes al marco legal especialmente el ENIPLA. En el capítulo II hacemos referencia a la metodología que se empleó al realizar la investigación, incluidas las variables y su Operacionalización. En el tercer capítulo se encontrará los resultados con sus respectivos análisis e interpretación de datos.

De esta manera está elaborado el siguiente trabajo de investigación, con la finalidad de que sea gratificante y útil para los lectores en general.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada mujer tiene un promedio de 2,69 hijos que se aproximan a 3 hijos, pero con una diferencia que una mujer con estudios superiores tienen un promedio de 2 hijos, mientras la mujer de bajos recursos y con educación básica que está entre 4 y 5 hijos. En América latina se está incrementando el uso de métodos anticonceptivos debido al apoyo que están recibiendo por organizaciones internacionales y nacionales que buscan reducir el índice de natalidad que influyen de manera socioeconómica de tal forma que el 62% de las mujeres entre 15 a 49 años actualmente utilizan métodos anticonceptivos independientemente de su estado civil. O.M.S. (2006)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) menciona que el índice de hijos por mujer es de 3 y las de escasos recursos de 5 o 6 hijos aproximadamente, por ello ésta institución impulsa la campaña de planificación familiar. En el informe también se señala que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas alcanza el 72.7%. El Ministerio, a través de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, ha invertido en planificación familiar 7,4 millones, en el 2008, y 8 millones en el 2009. ANDES/OM. (2011).

La provincia de Santa Elena está conformada por tres cantones con sus parroquias urbanas y ocho parroquias rurales. En el Cantón Santa Elena se desarrollan actividades industriales, agropecuarias, pesqueras, artesanales, turísticas y mineras, entre las principales; a pesar de ello un 72 % de la población de la zona rural de Santa Elena muestra un nivel de miseria, una tasa alta de pobreza por necesidades básicas insatisfechas del 82,7 % promedio lo que ocasiona el siguiente porcentaje de hacinamiento del 37,4 %.

Esto indica que existe un déficit de vivienda tanto en el área urbana como rural. El analfabetismo funcional en la provincia bordea el 22 %. Significa que de cada 100 personas de más de quince años, solamente 88 de ellas saben leer y comprender adecuadamente lo que están leyendo, la población apenas ha logrado tener 6,4% de escolaridad y solamente un 9,6 % ha logrado el nivel de educación universitaria. (Según el censo 2001). Diario la Primera. (2011)

La parroquia Colonche posiblemente por su situación geográfica -totalmente alejada de los principales centros poblacionales y comerciales, no ha logrado desarrollarse adecuadamente y permanece en una situación de casi abandono por parte de las autoridades competentes. Avilés, P. E. (2006).

Cuenta con un Subcentro de salud que pertenece al área 2 del hospital de Manglaralto del Ministerio de Salud Pública; está conformado por un doctor, un obstetra, una enfermera rural y una auxiliar en enfermería pero su estadía no es permanente lo que hace que la gran afluencia de pacientes no sean atendidos a cabalidad.

De acuerdo a este análisis los factores socioeconómicos bajos, el poco acceso a la educación, los altos niveles de creencias culturales y religiosas influyen en sus habitantes, esta hace que tanto hombres como mujeres le den poca importancia a la planificación familiar, lo que revela que esta es una zona con un alto porcentaje de embarazos en mujeres multíparas independientemente de su estado civil, siendo ésta una problemática correspondiente al área de salud que no es tomada en cuenta por parte de las personas encargadas de este sector.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles de estos factores socioeconómicos y educativos, influyen en el no uso de métodos anticonceptivos? Esta es la interrogante que se desea resolver.

JUSTIFICACIÓN

Los métodos anticonceptivos son importantes en la planificación familiar para evitar embarazos no deseados por lo que es necesario conocer acerca de ellos; tanto hombres como mujeres independientemente de su edad, deben instruirse con respecto a éste tema, y más en edad reproductiva para evitar consecuencias a futuro de un acto no planificado, conociendo las ventajas y desventajas de estos métodos además de ser una decisión de pareja ya que concebir hijos es responsabilidad de ambos.

Este motivo impulsó a escoger este tema debido al gran dilema de parejas que tienen muchos hijos irresponsablemente y la gran parte de estas no cuentan con los recursos económicos para el sustento de ellos; lo que conlleva a la pobreza, enfermedades como la desnutrición, falta de educación e incluso hacinamiento, entre otros factores. Por eso se trabajó para identificar la influencia de situación socioeconómica en la que incluye la religión, cultura y lo educativo en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres; siendo un tema de gran importancia se escogió desarrollar la investigación en un área rural de la provincia de Santa Elena donde existe una mayor incidencia de estos casos e identificar el motivo que sobresale en la población para así beneficiar a la comunidad y a la provincia en general, buscando las diferentes alternativas que darán solución a esta incógnita: mediante la promoción de la planificación familiar, paternidad responsable e incluyendo en la educación a los habitantes de la población que acude al Subcentro de salud Colonche.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la influencia de los factores socioeconómicos y educativos en el uso de métodos anticonceptivos para reducir la multiparidad en las mujeres que acuden al Subcentro de Salud Colonche durante el año lectivo 2011-2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Determinar la situación socioeconómica de las mujeres y la preferencia de gastos de acuerdo a sus necesidades.
- ◆ Identificar la religión predominante en el sector y la influencia de ésta en las decisiones de la maternidad en las mujeres.
- ◆ Determinar si la cultura interviene en el momento de decidir que método anticonceptivo utilizar.
- ◆ Explicar el nivel de conocimiento que tienen las usuarias que acuden al Subcentro de Salud Colonche acerca de los métodos anticonceptivos.
- ◆ Indagar a que método anticonceptivo tienen preferencia las usuarias.
- ◆ Diseñar e implementar un proyecto educativo sobre el uso de los métodos anticonceptivos según los resultados obtenidos.

HIPÓTESIS

Son los factores socioeconómicos y educativos los que influyen en el uso de anticonceptivos en las mujeres que acuden al Subcentro de salud Colonche.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 MARCO CIENTÍFICO

1.1.1 MORFOFISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato genital femenino es un tubo que presenta la particularidad anatómica de poner en comunicación una cavidad serosa con el exterior. Se lo divide en órganos genitales internos y externos.

1.1.1.1. Órganos genitales internos:

Los órganos genitales internos se encuentran en la cavidad abdominal, en el interior de la mujer.

Son fundamentalmente los siguientes: ovarios, trompas de Falopio y útero. El primero es responsable, entre otras cosas, de producir óvulos, mientras que la misión de los demás órganos es de principalmente la de protegerle, así como la de crear un lugar favorable en el caso de producirse la fecundación.

Ovarios

También llamadas gónadas o glándulas sexuales femeninas. Son dos órganos compactos de forma ovalada, del tamaño de una almendra grande. Miden aproximadamente 25 milímetros de largo y 15 milímetros de ancho, con una altura de 10 milímetros.

Se hallan fijos, mediante ligamentos, en la parte más baja de la cavidad abdominal, entre las caderas. Está situado uno a cada lado de la línea media del cuerpo, en la región de la pelvis. Se encuentra a ambos lados del cuerpo.

Los ovarios comienzan a formarse en las primeras semanas de desarrollo embrionario, a partir del mismo material que se desarrollan los testículos o gónadas masculinas.

El ovario es una glándula que efectúa dos tipos de secreciones. Por un lado, son los encargados de formar los **óvulos o células reproductoras femeninas**, tales como el estrógeno y la progesterona. Cada ovario puede tener, en el momento de nacimiento, hasta 400.000 folículos. Hasta la llegada de la pubertad, los folículos son muy pequeños y contienen en su interior una célula reproductora femenina u óvulo.

A partir de esta, los ovarios fabrican un óvulo cada mes, expulsándolo en la trompa de Falopio. Periódicamente, un folículo primario inicia su crecimiento hasta alcanzar su madurez, momento en que su tamaño es grande y se encuentra lleno de líquido folicular que contiene las hormonas femeninas. Alcanzada su madurez, el folículo se rompe expulsando el óvulo que hay en el interior. La cavidad del folículo se rellena de una sustancia, el cuerpo amarillo, que acaba degenerando. Zimmermann, M. (2006).

Un óvulo, en su fase de maduración, es una célula redondeada cubierta por una capa llamada zona pelúcida y rodeada por células foliculares que constituyen una estructura en forma de saco llamada folículo. Valdivia, B. U., Granillo, P., & Villarreal, D. M. (2006)

La progesterona se encarga de preparar y mantener el recubrimiento del útero para la implantación del óvulo. Esta hormona también está implicada en el desarrollo de las mamas. Feher de la Torre, G. (2006)

Trompas de Falopio

Las trompas son dos conductos del tamaño de un lapicero que van desde el ovario hasta el útero. En la mujer adulta la longitud de las trompas es de, aproximadamente, 10 a 12 centímetros.

Son las encargadas de llevar al óvulo del ovario al útero gracias a la acción peristáltica o contracción continua de los cilios, proyecciones similares a vellos que recubren sus paredes. En los extremos de las trompas de Falopio se encuentran unas pequeñas proyecciones, semejantes a los dedos de las manos, denominadas fimbrias, cuyo movimiento atrae al óvulo hacia la trompa para que luego viaje al útero o matriz. Este recorrido de 10 cm tarda cerca de 5 días. La fecundación del óvulo por el espermatozoide generalmente se realiza en el tercio externo de la trompa. Feher de la Torre, G. (2006)

En raras ocasiones el huevo anida en la trompa. Es el llamado embarazo ectópico (extrauterino). Zimmermann, M. (2006).

Las trompas se dividen en cuatro segmentos, que son:

-Parte Intramural O Intrauterina: se encuentra en el espesor de la pared uterina. El orificio de salida del útero es muy pequeño.

-Parte Ístmica: adopta la forma de un tubo recto.

-Parte Ampular: es la porción más larga de la trompa. Es flexible, de grosor irregular y paredes muy delgadas.

-Parte Infundibular: tiene forma de embudo ancho de contornos irregulares. Termina con numerosos y pequeños rebordes llamados fimbrias.

La superficie interna de las trompas es muy irregular, ya que en su mucosa existen numerosas prolongaciones cuya función es la regular la marcha, tanto del óvulo como del espermatozoide, para así facilitar la fecundación.

Útero

Esta situado en la parte media e inferior del abdomen, entre la vejiga, que está situada por delante, y el recto, por detrás; sostenido por dos pares importantes de ligamentos, los redondos y los anchos, estos ligamentos se estiran durante el embarazo y con frecuencia provocan dolor lumbar. El útero es un órgano cóncavo, de paredes muy gruesas y contráctiles formadas por tejido muscular. Es un musculo rojizo, hueco, central.

En cuanto a su forma se puede decir que es piriforme por lo que se ha comparado con una pera invertida. En una mujer no embarazada, tiene 2.5 cm de espesor, 5 cm de ancho y 7.5 cm de largo aproximadamente. Debido a su capacidad muscular y a su elasticidad en el embarazo aumenta de tamaño.

Por otro lado, soporta las contracciones necesarias para expulsar al feto en el parto. El útero de una mujer, por término medio, pesa alrededor de 100 gramos. Este órgano puede sufrir desplazamientos. Su función principal es la de anidar al óvulo fecundado y albergar, nutrir y proteger al embrión durante todo su desarrollo hasta el momento del parto. Además, recibe los óvulos, muertos o vivos, de una u otra trompa.

Interiormente, el útero está formado por:

- ✓ Fondo.- porción superior más redonda, se encuentra por arriba de la zona de implantación de las trompas.
- ✓ Cuerpo.-parte central o principal del útero; cavidad amplia, que es donde se hallan los orificios de la desembocadura de las trompas. El cuerpo tiene una extremidad superior llamada fondo del útero y otra inferior que se prolonga con el cuello o cérvix.
- ✓ Cuello uterino.- porción inferior constituida por una estructura tubular que se proyecta hacia la vagina. El orificio que posee el cuello es el que permite tanto la salida de la sangre menstrual como del feto en el momento del parto.

En el interior del útero existen las siguientes capas:

1. **-Endometrio** (la interna): es una capa membranosa y mucosa que posee muchos vasos sanguíneos. Ésta se transforma todos los meses, a partir de la pubertad y hasta la menopausia, para que el huevo anide si se realiza la fecundación, si ésta no ocurre, se descama y sale al exterior, dando lugar a la menstruación.

Posee unas glándulas que segregan una sustancia cristalina, como el agua, que es el moco cervical.

2. **-Miométrio**.-este contiene fibras musculares colocadas en dirección longitudinal, transversa y oblicua, de manera que forma una malla que proporciona mucha fuerza a este órgano, es susceptible de adelgazarse, halar y abrir el cuello de la matriz, de modo que el feto pueda salir del útero. Cuando se contrae en el momento del parto, el feto pasa del útero a la vagina y de ésta al exterior.
3. **-Perimetrio** (la más externa). Capa serosa recubre todo el útero menos la zona del cuello.

Vagina

Su base inferior se encuentra en la base de la pelvis menor. Por delante coincide con la uretra y la vejiga y por detrás, con el ano y con el intestino delgado. Es un ancho tubo musculoso-membranoso que comunica el cuello uterino con los órganos genitales externos. Su color es rosa pálido.

Está formada por músculo y tejido conectivo, y recubierta por una membrana mucosa que contiene pliegues denominados rugosidades. Feher de la Torre, G. (2006)

La parte más baja de la vagina esta inervada por el nervio pudendo, que provoca la contracción rápida de los genitales cuando se alcanza el clímax sexual. Sus paredes son suaves y elásticas. Mide aproximadamente unos 8 centímetros. Pueden existir mujeres cuya vagina mida unos 11 o 12 centímetros, así como otras vaginas sean cortas (4 centímetros más o menos).

La pared superior de la vagina posee una gran elasticidad y extensibilidad, es decir, puede aumentar de dimensiones de forma considerable, lo cual resulta muy importante:

- En el momento del parto, ya que ayuda a la expulsión del feto.

- En las exploraciones ginecológicas, en las cuales, en numerosas ocasiones, se debe introducir determinados instrumentos.
- En las relaciones sexuales, sobre todo en la fase de excitación porque permite el acceso del pene.
- Pasaje del útero a través del cual salen las secreciones uterinas y el flujo menstrual.

El **himen** es una especie de membrana que posee un pequeño orificio de forma, flexibilidad y dimensiones variadas que recubre la entrada en la vagina. Tiene una pequeña abertura (a veces más), a través de la cual sale la sangre menstrual al exterior.

La ruptura del himen, generalmente en la primera relación, se conoce con el nombre de desfloración. Después del parto quedan solo algunos residuos del himen. Esta membrana solo existe en la especie humana. Varían tanto el grosor, como la flexibilidad, como su elasticidad. Zimmermann, M. (2006)

1.1.1.2 Órganos Genitales Externos

Los genitales femeninos externos reciben el nombre de **vulva**. Están dispuestos alrededor de la cavidad vaginal y situados delante del ano en la parte inferior del pubis, entre los muslos.

La piel y las glándulas situadas en su interior segregan unas sustancias llamadas feromonas, las cuales tienen un olor característico y que no debe confundirse con la falta de higiene. Está constituido por las partes siguientes:

Monte de Venus

En el margen superior está constituido por la sínfisis púbica. Tiene la forma de un triángulo invertido y se encuentra sobre los dos huesos púbicos de la pelvis. Esta estructura tiene tejido adiposo bajo la piel y a partir de la pubertad se recubre de vello. Feher de la Torre, G. (2006)

Labios mayores

Son dos repliegues cutáneos por fuera y mucosos por dentro. Son los pliegues más externos. Recubren a los labios menores. Están rodeados de vello y se unen en la parte alta, terminando en la base del monte de Venus.

Se dirigen hacia abajo describiendo un semicírculo y reuniéndose después. Están formados por piel pigmentada sobre la que implantan vellos. En el interior de estos labios se encuentran glándulas **sebáceas y sudoríparas**, así como otras que segregan sustancias lubricantes en el momento de la excitación sexual.

Labios menores

Son dos repliegues cutáneos muy finos y suaves, más pequeños que los de los labios mayores, que se encuentran situados en el mismo lugar que estos y rodean de derecha a izquierda el vestíbulo vaginal y al meato urinario.

Tienen una longitud de 30 a 35 milímetros y una anchura de aproximadamente 10 a 15 milímetros. Al contrario que los labios mayores, estos están desprovistos de vello. Están compuestos de tejido conectivo flojo y eréctil, vasos sanguíneos y músculos involuntarios.

El espacio que limitan se llama **vestíbulo vaginal**. En él se encuentran los orificios de la uretra y de la vagina. Poseen numerosas glándulas sudoríparas y sebáceas que producen una sustancia de color blanco denominado esmegma clitorídeo, la cual protege la entrada de la vagina y del meato urinario.

En la cara interna se encuentra el conducto excretor de las glándulas de Bartolino y, en el vértice superior, se encuentra el clítoris.

Clítoris

Es el órgano eréctil de la mujer. Equivale al pene masculino. Está situado entre los labios mayores y menores, en la parte superior de la vagina. Está formado por el glande, prepucio y frenillo. Su tamaño varía en las diferentes mujeres.

Está dotado de gran sensibilidad. Posee numerosas terminaciones nerviosas de carácter sensitivo, cuya excitación provoca la sensación de orgasmo en la mujer. Su función es básicamente sexual, placentera. Zimmermann, M. (2006).

Vestíbulo vaginal

Es un espacio triangular, delimitado a los lados por los labios menores y delante del clítoris.

Contiene la apertura de la vagina o introito, que se encuentra entre los genitales internos y externos.

Meato urinario o uretral

Es un orificio por el que sale la orina hacia el exterior, desde la vejiga y a través de la uretra.

A diferencia de la uretra masculina, la femenina tiene como única misión evacuar la orina desde la vejiga. No interviene para nada en el fenómeno de la reproducción. Se encuentra debajo del clítoris y encima de la entrada vaginal. Esta situado 2 o 3 centímetros por debajo del clítoris.

1.1.1.3 Glándulas anexas al aparato reproductor femenino

Glándulas de Bartholin.

Son dos grandes glándulas que se encuentran situadas lateralmente al orificio inferior de la vagina. Su forma es ovoide. Mide aproximadamente un centímetro de anchura y dos centímetros de longitud. Aumentan de tamaño en la pubertad y disminuyen en la vejez. Segregan un líquido viscoso que actúa como lubricante en el coito. Zimmermann, M. (2006).

Glándula de Skene.-

También llamadas parauretrales que lubrican y median en la excitación sexual, se ubican justo dentro de la uretra y son parte del vestíbulo.

Glándulas Mamarias

Los pechos, también llamadas mamas, no son propiamente órganos sexuales ni forman parte del aparato reproductor; sin embargo siempre se han tratado como si lo fueran debidos a la doble función que cumplen:

1. Por una parte, son extremadamente sensibles a la estimulación, especialmente los pezones.
2. El pecho es capaz de tomar sustancias nutritivas de la sangre y elaborar leche a partir de estas.

Las mamas están formadas por tejido glandular, grasa abundante y tejido conjuntivo. Las glándulas o tubérculos de Montegomery son glándulas sebáceas pequeñas localizadas en la areola que segrega una sustancia que lubrica y protege las mamas durante la lactancia.

En la pubertad, que es cuando el ovario empieza a funcionar comienza el desarrollo de las glándulas mamarias debido a la producción, por parte del ovario, de la hormona llamada estrógeno.

A partir del pezón, se ramifican de 10 a 20 estructuras llamadas lóbulos separados unos de otros por tejidos conjuntivos, adiposos y fibrosos. De cada lóbulo salen de 20 a 40 lobulillos los que a su vez se dividen en 20 a 80 estructuras similares a bolsas llamadas alveolos, que están recubiertas de minúsculas células secretoras llamadas ácidos, los cuales segregan los diversos componentes de la leche. Alrededor de las alveolares se hallan unas células contráctiles llamadas células mioepiteliales, que contraen los alveolos y expulsan leche o un componente de la leche hacia los depósitos denominados galactóforos. Feher de la Torre, G. (2006)

Tanto el pezón como lo que le rodea, llamado areola, posee una pigmentación más oscura que el resto del cuerpo; esta coloración se hace más intensa durante el embarazo y la lactancia.

1.1.1.4 CICLO MENSTRUAL

El ciclo menstrual es un acontecimiento predecible que normalmente se presenta cada mes. El ciclo menstrual mensual típico es influido por la maduración del folículo, la ovulación y la formación del cuerpo amarillo, y finaliza con el sangrado menstrual.

La duración del ciclo, que se calcula desde el primer día de aparición de la regla hasta el primer día de la siguiente, dura por término medio veintiocho días. Sin embargo, cada mujer tiene un ciclo propio, cuya duración suele ser mayor o menor de veintiocho días, dependiendo de cada caso.

En cuanto a los numerosos folículos primarios que no evolucionaron, disminuyen de volumen y desaparecen. Al contrario de lo que sucede al hombre adulto, que durante toda su vida fabrican espermatozoides, la mujer adulta no fabrica nuevos folículos; los que serán utilizados durante su vida están presentes, desde la pubertad, en sus ovarios, aunque en diversos estadios de evolución. Una vez agotado es cuando sobrevive la menopausia.

A continuación, se analizará la relación entre el proceso de ovulación y el ciclo menstrual. Se considerará para su estudio, un ciclo de 28 días, aunque puede variar de 21 a 35 días, aproximadamente, dividido en las siguientes cuatro fases:

1. Menstruación
2. Folicular
3. Ovulación
4. Luteínica

Fase 1. Menstruación.- Se considera el primer día de la menstruación como el número uno del ciclo. La menstruación consiste en la expulsión, por la vagina, del tejido epitelial y vasos sanguíneos de la pared del útero (endometrio), los cuales se desprenden debido a la disminución del nivel de hormonas. La menstruación o sangrado vaginal tiene una duración aproximada de 3 a 8 días.

En la vida de la mujer, se presenta por primera vez al inicio de la pubertad (menarquía) y continúa cíclicamente hasta la menopausia, que suele ocurrir entre los 45 a 50 años, cuando cesa el proceso de maduración de los óvulos y, como consecuencia, la menstruación.

Fase 2. Folicular.- Una vez terminada la menstruación, la hormona folículoestimulante (HFE) promueve la maduración del folículo, estructura formada por las células foliculares que rodean al óvulo en su fase de maduración.

A medida que el folículo madura, secreta la hormona llamada estrógeno, que provoca el crecimiento del endometrio, preparándolo para una posible implantación de un óvulo fecundado. La fase folicular tiene una duración cercana a los 9 días.

Fase 3. Ovulación.- Se presenta alrededor del decimocuarto día del ciclo. Aumenta de manera repentina la cantidad de HL, la cual lleva a término la maduración del óvulo hasta que el folículo se revienta y lo libera; el óvulo es expulsado del ovario y es recogido por los brazos del oviducto o trompas de Falopio que lo transportan al útero. El tiempo que permanecen en el oviducto es conocido como el período fértil del ciclo de la mujer ya que es cuando puede ocurrir la fecundación. Esta fase tiene una duración de alrededor de 2 días

Fase 4. Lutéica.- Las hormonas HL y HFE convierten el folículo vacío en una nueva estructura, el cuerpo lúteo o cuerpo amarillo, llamado así por el color de sus células. Éste secreta la hormona progesterona, que estimula el endometrio a seguir creciendo para que se encuentre en condiciones de recibir y nutrir un posible óvulo fecundado.

Si no se lleva a cabo la fecundación, el óvulo pasa del oviducto al útero donde es reabsorbido; además, disminuye los niveles de la hormona y en consecuencia el endometrio degenera. Aproximadamente en el día 28 del ciclo, el endometrio se desprende del útero y se elimina como flujo menstrual, por lo que se inicia un nuevo ciclo. Valdivia, B. U., Granillo, P., & Villarreal, D. M. (2006)

1.1.2 APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

Anatomía del aparato genital masculino

El aparato genital masculino está formado por aquellos órganos que intervienen tanto en la formación como en la expulsión de las células reproductoras masculinas, también llamadas espermatozoides.

Al igual que en el femenino, el aparato masculino consta de órganos externos e internos. Los primeros, a los que también se les conoce con el nombre de genitales, se pueden ver, tener sensaciones de ellos, etc. Por el contrario, de los internos se sabe que existen porque se habla de ellos.

Estos últimos son los encargados de permitir la formación, crecimiento y expulsión de las células masculinas; son los testículos, epidídimo, conductos deferentes, conductos eyaculadores, próstata, vesículas seminales y glándulas bulbouretrales o de Cowper. El aparato genital externo, se compone del pene y del escroto o bolsa escrotal, que contiene los testículos.

1.1.2.1 Órganos genitales internos.-

Los testículos

Los testículos, también llamadas *gónadas masculinas o glándulas sexuales masculinas* son, en los varones, el equivalente a los ovarios en la mujer.

Son dos cuerpos de color blanco azulado en forma ovoide que tienen el tamaño de una almendra, tienen 4 cm de longitud y 2.5 cm de ancho. Su volumen aumenta con la pubertad hasta adquirir, en el adulto, un peso de 20 gramos cada uno.

Los testículos inician su desarrollo en la cavidad abdominal del embrión y, en las últimas etapas de la vida fetal, descienden al escroto, una bolsa de piel que los contiene y mantiene fuera del cuerpo. De esta manera se encuentra aproximadamente a una temperatura de 3° centígrados menor que la del interior del cuerpo.

Generalmente el testículo izquierdo es más voluminoso que el derecho, estos se encuentran en la parte inferior del pubis, entre los muslos y debajo del pene. Constituyen la parte principal del *aparato reproductor masculino*, pues en ellos es donde se forman, los espermatozoides (células reproductoras).

Además, producen hormonas sexuales masculinas encargadas del desarrollo de los órganos genitales y de los caracteres sexuales secundarios al llegar a la pubertad (barba, cambio de la voz, etc.). Comienzan a funcionar en la pubertad hasta la vejez del sujeto.

Su funcionamiento depende del estímulo de las hormonas producidas por la hipófisis (FSH, provoca la génesis de los espermatozoides, y LH, produce la secreción de los andrógenos – hormonas sexuales masculinas). Al contrario que ocurre en la mujer, no existe ninguna variación de manera cíclica, es decir, no se puede hablar de ciclo masculino.

La albugínea es la membrana que envuelve y delimita a cada testículo. Está constituida por tejido conjuntivo fibroso y muscular liso.

De esta membrana parten tabiques o septos que dividen al testículo en lóbulos. Cada testículo está formado por unos *250 lóbulos testiculares*, aproximadamente dentro de cada uno se distingue dos estructuras fundamentales:

- ***Tubos seminíferos.***- en ellos se produce la formación de los espermatozoides (proceso llamado espermatogénesis).
- ***Espacio intersticial.***- es el espacio que separa los tubos seminíferos. En este espacio se encuentran las *células de Leyding*, que producen las hormonas sexuales masculinas.

Vías genitales o sistemas de conducción espermática

El espermatozoide debe recorrer un camino desde su formación en los túbulos seminíferos de los testículos hasta su expulsión por la uretra. En su trayecto, el espermatozoide se encuentra con los siguientes órganos:

Epidídimo

El epidídimo es un conducto de tamaño reducido que bordea al testículo por su parte postero-superior. Este conducto une los finos conductillos que existen dentro del testículo con el canal deferente. Se puede comparar su forma con la parte superior de un casco; su parte más gruesa cubre la parte superior del testículo. Su cuerpo se extiende a lo largo del borde posterior hasta la parte inferior, donde la cola del epidídimo se fusiona con el canal deferente.

La importancia del epidídimo radica en su aporte de sustancias nutritivas, así como que, a veces, sirve de reservorio de esperma.

Conducto deferente

El conducto deferente es *continuación del epidídimo*. Sale de los testículos, llega al abdomen, pasa por detrás de la vejiga urinaria y penetra en la próstata, donde se reúne con las vesículas seminales para formar el conducto eyaculador.

En cuanto a sus características, se puede decir que poseen un color blanco azulado. Sus paredes tienen un espesor de un milímetro; su diámetro oscila alrededor de los 2,5 milímetros, y su longitud entre 40 y 50 centímetros cada uno. A través de los tubos del conducto deferente pasa el semen.

Conducto eyaculador

Este atraviesa el cuerpo de la glándula de la próstata y se dirige hacia la uretra interna, justo debajo de la vejiga. Allí es donde desembocan los sucesivos segmentos que terminan formando un conducto único y bilateral que va desde cada testículo a la uretra.

Este conducto se forma, por tanto, por la unión de los conductos deferentes y de las vesículas seminales.

Glándulas anejas o accesorias

Estas se encargan de segregar sustancias de naturaleza proteínica que se agregan al producto de los testículos para constituir el esperma. Están constituidas por las vesículas seminales, próstata y glándulas bulbouretrales de Cowper.

Vesículas seminales

(Glándula vesiculosa)

Estas vesículas son bolsas alargadas en forma de saco, que miden entre 6 y 8 centímetros. Se encuentran colocadas detrás de la pared posterior de la vejiga y delante del recto, entre el intestino grueso y la vejiga urinaria. Desembocan en los conductos deferentes.

Son importantes, ya que segregan un líquido que posee un alto contenido de fructuosa, que es un glúcido imprescindible para una buena movilidad espermática. En ellas también se almacena esperma.

En la eyaculación se vacían las vesículas y su contenido se mezcla con el de los espermatozoides, los cuales se aprovechan de la fructuosa que poseen para alimentarse. Su secreción alcalina representa del 60 por 100 al 70 por 100 del volumen de una eyaculación. Zimmermann, M. (2006).

Espermatozoides: el espermatozoide mide 50-60 micras y en él se distingue una cabeza, un cuerpo y una cola. Es muy móvil y presenta en la cabeza un engrosamiento que se denomina perforatorium. Biosca, A., & Sort, R. (2006).

Próstata

Es una sola glándula muy voluminosa, que mide 30 milímetros de alto por 40 de ancho. En los jóvenes su altura es de 25 milímetros, pues a medida que avanza la edad aumenta de dimensiones. Esta glándula está situada debajo de la vejiga y atravesada por la uretra. Esta última es rodeada en su porción inicial.

Los elementos glandulares que la componen desembocan directamente en la uretra por medio de pequeños canales, muy numerosos.

Aporta del 25 por 100 al 30 por 100 del volumen total de la eyaculación. Contiene entre otras sustancias, las siguientes: ácido cítrico, fosfatasas, espermina, etc. La espermina es la que da al semen el olor característico.

La próstata se encarga de descargar la secreción alcalina que estimula la movilidad de los espermatozoides. Además, los protege en la vagina, porque el medio de esta es ácido. La protección dura solamente 24 horas aproximadamente, después las secreciones vaginales vuelven a restablecer el medio ácido.

Esta glándula está constituida por dos tejidos:

1. Glandular.- sus conductos se abren en la uretra.
2. Muscular liso.- tiene como misión provocar el vaciamiento de los conductos.

Glándulas bulbouretrales o de Cowper

Son dos. Tienen el tamaño de un guisante y desembocan en la uretra. Su función es la de lubricar la uretra en el momento de la eyaculación. Añaden al semen una sustancia alcalina que mediatiza la acidez de la uretra.

1.1.2.2 ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS

Órgano copulador. El pene

Este órgano copulador masculino, es decir, el órgano que interviene a la hora de realizar el coito o cópula. En la mujer, el órgano copulador es la vagina.

El pene está situado en la parte baja del abdomen, delante del pubis. Cuando se encuentra en estado de flacidez o reposo cuelga ante el escroto, teniendo por regla general la misma longitud de las bolsas escrotales.

El pene cumple las siguientes funciones:

- **Reproductora.-** permite la introducción de los espermatozoides en la vagina cuando se vuelve erecto y duro, posibilitando, por tanto, la fertilización de los óvulos.
- **Sexual.-** es un importante órgano, tanto erótico como de placer (aunque no es el único).
- **Sirve también para eliminar la orina cuando esta flácido.** Mediante un dispositivo que posee, se consigue regular el que los espermatozoides y la orina no salgan al mismo tiempo. Esta válvula cierra los tubos que vienen de los testículos cuando se va a usar el que proviene de la vejiga. Lo mismo ocurre cuando los espermatozoides vienen de los testículos.

En el pene se pueden distinguir tres partes:

1. Cuerpo.- está formado por tres cilindros de tejido erétil:

- Un *cuerpo esponjoso* que rodea a la uretra y que termina en un abultamiento en el extremo final, denominado glande. Ocupa la parte delantera del pene. Empieza uno o dos centímetros por debajo de la próstata, con una parte un poco más gruesa llamada la bulba de la uretra. Es una estructura blanda.
- Dos cuerpos cavernosos, formaciones ricas en vasos y cavidades, generalmente vacías que, cuando se llenan de semen en la fase de excitación y al llegar a la sangre, facilitan el aumento de tamaño del pene (erección).

Ambos cuerpos están revestidos por una envoltura resistente (albugínea), de cuya parte interna se desprenden numerosos tabiques que se entrecruzan y originan pequeñas celdas llamadas aréolas.

2. **Glande.-** Es el extremo final del pene. Está recubierto por el prepucio.

En el centro existe una abertura que corresponde al *meato urinario* o parte final de la uretra. Se encuentra más desarrollado en la parte anterior. Por esta razón, el orificio o meato uretral se encuentra un poco hacia atrás. Este separado del resto del pene por un pequeño canal.

Es una de las partes más sensibles de los genitales masculinos debido a la gran cantidad de nervios sensores que posee, los cuales hacen que sea muy receptivo a la estimulación.

3. **Prepucio.-** es un repliegue de la piel que rodea el glande. Cuando el pene se encuentra en estado de flacidez (reposo) recubre todo el glande. Este queda al descubierto si se retira de la piel del pene hacia atrás.

Durante la erección el prepucio se retrae. En algunas ocasiones dificulta la salida del glande y, a veces, la micción. Este problema, conocido con el nombre de *fimosis* , debe ser tratado mediante una sencilla operación quirúrgica. Se reconoce porque el prepucio se infla al orinar, mientras que el chorro que sale tiene escasa fuerza. El prepucio está unido a la parte posterior del glande por medio de un repliegue corto llamado *frenillo del glande*.

Escroto o bolsa escrotal

El escroto está considerado también como una parte de los genitales masculinos, esta es una bolsa o saco de piel arrugada, que se encuentra debajo del pene y en cuyo interior se encuentran los testículos.

Estas bolsas están formadas por un tejido cutáneo, una capa fibrosa y unos diminutos elementos musculares, que reciben el nombre de *músculo cremáster*. La piel del escroto es muy fina. Su coloración es más o menos oscura.

Las bolsas escrotales se modifican según la temperatura que poseen los testículos. De esta forma se favorece la supervivencia de los espermatozoides, ya que su vida se ve muy afectada por la temperatura, pues si esta es elevada hace que disminuya su tasa de supervivencia. El músculo cremáster se encarga de elevar a los testículos, dada la sensibilidad que estos poseen hacia los cambios de temperatura.

Si la temperatura ambiental disminuye, el músculo se contrae elevando las bolsas escrotales y los testículos aproximándolos al cuerpo, cuya temperatura es más alta. De esta manera quedan protegidos contra el frío. Por el contrario, si la temperatura aumenta, los músculos se relajan y los testículos descienden, apartándose así del calor del cuerpo.

La uretra

Al hablar del aparato genital masculino es necesario mencionar la uretra, ya que se encarga tanto de la eliminación de la orina como del espermatozoide. La uretra es la última porción de la vía urinaria. Atraviesa la próstata y los cuerpos cavernosos del pene

A través de sus conductos, cuya longitud es de 16 a 18 centímetros, lleva la orina desde la vejiga hasta el meato urinario y el semen desde los conductos eyaculadores hasta el exterior.

Posee un pequeño músculo que actúa como válvula, el cual abre o cierra la uretra para evitar que el semen y la orina se mezclen.

Existen dos esfínteres: uno es interno e involuntario por estar formado por el tejido muscular liso (se encuentra en la zona donde la uretra sale por la vejiga urinaria); el otro extremo es voluntario, ya que está formado por el tejido muscular estriado. Zimmermann, M. (2006).

1.1.3 PLANIFICACION FAMILIAR

Planificación familiar es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción empleando métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

El control o planificación familiar puede tener como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso, decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias sociales, económicas y personales en las que se desea tenerlos.

También se incluye dentro de la planificación familiar la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la fecundación, durante el embarazo y el parto, así como el tratamiento de la infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido recomendaciones en relación a los criterios médicos para elegir el uso de uno u otro método anticonceptivo. Los criterios han sido desarrollados por la OMS junto con grupos, organizaciones e individuos de todos los continentes del mundo. Estos criterios pretenden garantizar que las mujeres y los hombres de todo el mundo tengan acceso a servicios de planificación familiar seguros y de alta calidad.

El aborto inducido (interrupción del embarazo en casos seleccionados) puede utilizarse cuando falla la anticoncepción. La decisión de la pareja de iniciar, evitar o interrumpir el embarazo, puede estar influenciado el diagnóstico prenatal o el consejo genético (Mark H.Beers,M.D., y Berkow,M.D.(2006).

1.1.3.1 La importancia de la planificación familiar

Como señala Unicef, la planificación familiar constituye uno de los medios más eficaces para mejorar el estado de salud de las mujeres y de los niños, una planificación que por desgracia no está al alcance de todos.

Más de 100 millones de mujeres en los países en desarrollo que están casadas o viven con un hombre informan que no disponen de acceso a métodos anticonceptivos.

El acceso de todos, incluidos los adolescentes, a los servicios de planificación de la familia, especialmente en los países donde las personas contraen matrimonio a una edad temprana, sumado al acceso universal a la educación, pueden prevenir muchas muertes y discapacidades entre las madres y sus hijos.

Si bien muchas parejas en todo el mundo coinciden en que lo mejor es tener hijos por elección, no por designio del azar, la mayor parte de las parejas que realizan el acto sexual no han recibido información sobre los métodos anticonceptivos o no disponen de los medios para practicarlos. Se estima que en los países subdesarrollados 54% de las mujeres casadas carecen de medios para limitar el tamaño de la familia. Algunos estudios indican que muchas de estas mujeres recurrirían a métodos modernos de control de natalidad si estuvieran al alcance y si alguien las mostrara cómo usarlos. Pearl, S. E., Berg, L. & Martin, D. (2006).

Ventajas de la planificación familiar

Desde un punto de vista general, las ventajas de la planificación familiar son las siguientes:

1. Deslizar dos hechos que no tienen porque ir forzosamente unidos (relación sexual y reproducción), permite conseguir una sexualidad libre y positiva, no coaccionada o condicionada.
2. Permite, igualmente, escoger libre y responsablemente el número de hijos que se desean, así como el momento que se crea oportuno para tenerlos.
3. Ayuda, asimismo, a aquellos que desean tener hijos y no consiguen su propósito.
4. Hace posible el conocimiento del propio cuerpo, hasta ahora ignorado.

5. Ofrece la posibilidad de obtener una correcta información y orientación sexual, así como la posibilidad de conseguir una amplia información sobre métodos anticonceptivos para poder seleccionar el método que se crea más conveniente.

6. Como medicina preventiva:

Facilita tener un hijo en las mejores condiciones posibles. Los “hijos deseados” encuentran una situación o ambiente físico, mental y moral mucho mejor, lo que les beneficia en todos los aspectos.

El embarazo puede acarrear complicaciones más o menos graves tanto para la madre como para el hijo. Cuantos más embarazos, mayores son las posibilidades de que aparezcan complicaciones o se agraven las ya existentes.

Ofrece la posibilidad de obtener la orientación respecto a problemas hereditarios o genéticos.

Ofrece la posibilidad de estudiar los problemas de la actividad sexual (eyaculación precoz, frigidez, etc.)

Permite prevenir y controlar las enfermedades venéreas.

Posibilita la prevención del cáncer ginecológico.

Facilita la prevención de determinadas enfermedades generales que pueden ponerse de manifiesto gracias a las revisiones ginecológicas (diabetes, hipertensión).

Posibles inconvenientes de la planificación familiar

Entre los posibles inconvenientes de la planificación familiar se pueden destacar:

1. La creencia, muy extendida pero absolutamente errónea, de que la planificación familiar consiste en tomar píldoras.
2. La manipulación que puede ejercerse con presiones ideológicas de diversos tipos: religioso, moral, político, social, con fines demográficos, etc., en lugar de respetar la libre elección individual.

Estos inconvenientes pueden eliminarse a través de los centros de planificación familiar, que cada vez existen en mayor número en muchos países.

Estos centros cumplen con dos misiones:

La primera de información y orientación a las parejas, llevadas a cabo por un personal especializado; La segunda, servicios médicos ginecológicos de control, medicina preventiva anticancerosa y antivenérea, consejo genético, estudios y tratamientos sobre la esterilidad, etc.

1.1.3.2 La planificación familiar y los derechos humanos

A lo largo de toda la historia, la regulación de la natalidad ha sido, y sobre todo es actualmente, motivo de preocupación y estudio por parte de numerosos investigadores. El deseo de limitar el número de hijos, o también el interpretar separar el placer sexual de la reproducción, es tan antigua como la humanidad misma.

El primer texto médico referente al control de la natalidad fue encontrado por Petri en 1899 en Kahun, al parecer data del año 1850 antes de Cristo y se cree que fue escrito como libro de texto para los estudiantes del reinado de Amenhat III

Entre otros, contiene un capítulo ginecológico en el que se hace referencia al control de la fecundidad para lo que se aconsejaba el uso de estiércol de cocodrilo mezclado con una pasta especial para ser utilizado como tapón vaginal.

Desde aquellos antiguos tiempos, el control de la natalidad ha evolucionado progresivamente en todas las épocas, culturas, civilizaciones y religiones hasta nuestros días, en que es aceptado mundialmente el control de la natalidad como una necesidad individual y social, culminando su reconocimiento en la Declaración Universal De Los Derechos Humanos de 1948, en la que textualmente se declara:

“Todo individuo tiene Derecho Humano básico de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y el derecho de recibir información y educación adecuados sobre planificación familiar, así como el derecho a obtener los medios necesarios para conseguirlos”.

La iglesia anglicana reconoció en 1958 que el control de la natalidad es un derecho y un factor importante en la vida de la familia cristiana.

Con la Abortion Act aprobada en 1967 se autoriza el aborto en determinadas condiciones.

1.1.3.3 Paternidad responsable

El mantenimiento de la vida humana está ligado al proceso de reproducción, esto es, a la natalidad. Pero las decisiones de las parejas a éste respecto, cuando la paternidad es un acto libre y racional asumido con responsabilidad. En los países desarrollados que es resultado del deseo de buena parte de las parejas de no exceder en dos números de hijos, ignorando los intentos de potenciación de la natalidad que realizan los gobiernos, alarmados ante el aumento del segmento de la población de más de 60 años y la disminución del número de niños y jóvenes.

Por el contrario, los países menos desarrollados se ven afectados por un notable aumento demográfico pese a los desgarradores niveles de mortalidad, especialmente infantil, que padecen, dado que las tasas de natalidad son elevadísimas. En estos países los nacimientos se muestran incontrolados porque las parejas no disponen, la mayoría de las veces de medios de regulación – contraceptivos- que les permitan el ejercicio responsable de la paternidad- cómo, cuándo y cuántos hijos tener-, lo que agrava la **pobreza y el hambre**. Esto no significa, desde luego, que estos países no posean los recursos suficientes para alimentar a sus poblaciones, sino que el reparto de la riqueza, tanto a nivel nacional como internacional, impiden que disfruten una vida digna, y más si las familias han de hacerse cargo de un número excesivo de hijos.

La contracepción o anticoncepción

Entendemos por contracepción o anticoncepción la manera de evitar que las relaciones sexuales estén obligatoriamente relacionadas con la reproducción.

En aquellos casos en los que la contracepción se utiliza como sistema, con el único y exclusivo fin de regular la reproducción, se denomina también “planificación familiar”.

1.1.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los **métodos anticonceptivos** son una forma de control de natalidad, son recursos que permiten a la pareja evitar un embarazo, cuando siente que no está preparada física, emocional y económicamente para ello. Pero también cuando deciden no tener más hijos.

Los métodos impiden que se realice la fecundación, ya sea porque evitan que el espermatozoide llegue al óvulo o porque impiden la maduración de éste antes de ser liberado de los ovarios. Unos métodos son más eficaces que otros, aunque ninguno es totalmente seguro y la aceptación del uso de cada uno depende de las necesidades de las personas, de su cultura, de sus valores y de sus creencias religiosas.

El utilizar un método anticonceptivo debe ser decisión de los dos, el padre y la madre y para el uso de algunos de ellos se requiere una revisión médica y mayor información, con el objeto de que no se vayan a presentar algunas complicaciones o efectos secundarios que pueden ser psicológicos y fisiológicos. Así pues, su idoneidad dependerá de cada caso en particular, de manera que el mejor método para cada individuo es el que le proporciona mayor seguridad, confianza, comodidad, etc.

1.1.4.1 Sexualidad y reproducción

La reproducción es una de las funciones que diferencian a los seres vivos de la materia inerte, y para que se produzca es necesario que medie un acto sexual. En los animales, el instinto sexual está relacionado con la reproducción, pero en los seres humanos la sexualidad y la reproducción no tienen por qué ir unidos. En efecto, la sexualidad implica una dimensión puramente fisiológica, pero también otras de carácter psicológico, ético, moral y cultural, que la convierten en un fin en si misma con o sin objetivos procreadores. Por ello, para que la sexualidad sea plena ha de quedar libre el riesgo de embarazo no deseado.

Estiman los especialistas que la mujer que habitualmente tiene relaciones sexuales y no utiliza ningún método anticonceptivo, tiene por lo general un 80% de posibilidades de quedar embarazada. De ahí de que los ginecólogos piensen que aquella que no desee un embarazo debe tener en cuenta que es mejor utilizar algún método, por inseguro que sea, que ninguno.

1.1.4.2 CLASIFICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1.1.4.2.1 MÉTODOS NATURALES:

ABSTINENCIA PERIÓDICA

Método por el cual la pareja se abstiene del acto coital durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo. Sirve también para identificar la fase fértil de la mujer, lo cual permite a la pareja planificar un embarazo.

Tipos de métodos que usan abstinencia periódica

- Método del calendario o del ritmo
- Temperatura corporal basal (TBC)
- Método del moco cervical

Mecanismo de acción: Se evita el coito durante la fase del ciclo menstrual cuando la concepción es más probable.

Características

- No afecta la fertilidad
- No tiene efectos secundarios orgánicos
- Dependiendo de la variabilidad de los ciclos, existen periodos prolongados de abstinencia
- Requiere gran compromiso de la pareja
- Inadecuada para mujeres con ciclos menstruales irregulares

MÉTODO DEL RITMO O CALENDARIO

Este es un método basado en el cambio del patrón menstrual para determinar el periodo fértil de la mujer. Tasa de falla: 9 a 20 embarazadas por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Pues esta va a depender del modo de uso.

Modo de uso: Se debe registrar la duración de los ciclos menstruales por lo menos durante seis meses. El primer día de sangrado se considera primer día del ciclo hasta el día anterior al próximo sangrado. Entonces se debe calcular cuándo son los días fértiles, basándose en las instrucciones siguientes:

- Restar 18 (constante) al número de días del ciclo más corto. Esto identificara el **primer día fértil** del ciclo.
- Restar 11 (constante) al número de días del ciclo más largo. Esto identificara el **último día fértil** del ciclo. M.S.P. (2006)

Es el menos confiable, porque muchos factores, como el estrés o enfermedad, pueden influir en el momento de la ovulación. Feher de la Torre, G. (2006).

TEMPERATURA CORPORAL BASAL (TCB)

Este es un método basado en el uso del patrón de la temperatura corporal basal para determinar cuándo empieza la fase infértil después de la ovulación.

Elaboración del patrón de la temperatura basal

- Tomarse la temperatura aproximadamente a la misma hora cada mañana (antes de levantarse o hacer cualquier actividad) y registrar dicha temperatura en el gráfico de la temperatura corporal basal.
- Tomarse la temperatura durante 30 minutos
- Registrar por lo menos tres ciclos completos para obtener un perfil aproximado de los días ovulatorios

Limitaciones: Se altera ante la presencia de procesos febriles

Modo de uso para la anticoncepción: Abstenerse de las relaciones coitales desde el principio del período menstrual hasta la noche del tercer día consecutivo en que la temperatura se mantenga por encima de las temperaturas más altas.

MÉTODO DEL MOCO CERVICAL

Este método se basa en el conocimiento de los cambios que el moco cervical presenta en el ciclo menstrual y que determina las fases fértiles y no fértiles del mismo. Tasa de falla.- 3 a 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Modo de uso para la anticoncepción: Para practicar el método la mujer debe establecer las siguientes definiciones

- **Días secos:** Al concluir el sangrado menstrual, la mayoría de las mujeres tienen uno o varios días en los que no se observa moco alguno y la zona vaginal se siente reseca.

- **Días fértiles.**- Al observarse cualquier tipo de moco antes de la ovulación, se aprecia que las mujeres están en etapa fértil.
- **Días clave:** El último día, con presencia de moco elástico, transparente, resbaladizo y húmedo, recibe el nombre de día clave, indica que la ovulación esta cerca o que acaba de producirse.

Evitar las relaciones coitales desde el día que se identifica la presencia de moco, hasta tres días después del día clave.

Para aprender a diferenciar las características del moco cervical se necesitan, por lo general, de uno a tres meses. La usuaria debe coger moco de la vulva con papel higiénico o retirar el moco con el dedo y verificar su aspecto y elasticidad.

Existen situaciones que pueden dificultar la apreciación de las características del moco: la lubricación por actividad coital, flujo por infecciones vaginales, las secreciones poscoitales, el uso de medicamentos vaginales. Para evitar confusiones hay que, dejar caer la mucosidad dentro de un vaso con agua fría, si esta se disuelve en el agua, no es moco. M.S.P. (2006).

COITO INTERRUMPIDO (RETIRO)

No es un método sino una práctica mundial utilizada para la anticoncepción. Se realiza al retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.

Como exige el control por parte del varón, puede ser insatisfactorio para ambos. Por otra parte, es posible que este calcule erróneamente el momento y retire el pene demasiado tarde: el líquido que escapa antes de la eyaculación contiene espermatozoides.

También es posible que se depositen espermatozoides en la piel cerca de la vulva y que estos entren de cualquier forma a la vagina, con lo cual habrá posibilidades de embarazo. El coito interrumpido no es un método confiable de control de la natalidad. Feher de la Torre, G. (2006).

Junto con el preservativo es el método anticonceptivo más utilizado en el mundo. No requiere control médico, pero puede ser causa de trastornos psicológicos, impotencia, frigidez, angustia y ausencia de orgasmo. Es totalmente desaconsejable para los que padecen de eyaculación precoz, porque la favorece. Zimmermann, M. (2006).

MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

Método que tiene su fundamento en la supresión fisiológica de la fecundidad durante la lactancia.

Tasa de falla.- 2 embarazos por 100 mujeres en los primeros seis meses de post-parto.

Mecanismo de acción

- Suprime la ovulación
- La lactancia materna proporciona protección contra el embarazo si se cumplen necesariamente los requisitos:
 - ✓ Que este en amenorrea (sin sangrado menstrual durante al menos 56 días post-parto)
 - ✓ Que se encuentre entre los primeros seis meses post-parto
 - ✓ Que la lactancia materna sea el único método de alimentación a libre demanda (lactancia exclusiva)

Sin embargo la lactación como método anticonceptivo no debe recomendarse, si bien es cierto que inhibe la ovulación, porque la prolactina altera la respuesta de los ovarios a las hormonas y la reanudación de la menstruación. La frecuencia intensidad y duración de la lactancia mantiene el estado de cuatro a seis meses, cuando la prolactina se reduce y se reanuda la menstruación.

Debe advertirse a la mujer que puede quedarse embarazada antes de volver a menstruar. Feher de la Torre, G. (2006).

1.1.4.2.2 MÉTODOS DE BARRERA

CONDÓN

Tipos

1. Condón masculino

2. Condón femenino

CONDÓN MASCULINO (PRESERVATIVO)

Funda de goma muy fina de látex, que puede o no ser lubricada con un espermicida para mayor protección. Se coloca forrando el pene en erección antes del coito.

Mecanismo de acción

Impide que durante el coito los espermatozoides pasen a la vagina y al cuello uterino, pues quedan retenidos dentro del condón, además los microorganismos (ITS y otras ETS) no pasan de un miembro de la pareja a otro. M.S.P. (2006).

La seguridad del preservativo no es total, ya que está fijada en un 90% aunque aumenta si se utiliza combinado con un espermicida. Feher de la Torre, G. (2006).

CONDÓN FEMENINO (DIAFRAGMA)

Está elaborado por poliuretano muy fino, mide aproximadamente 15 cm. De largo, abierto en uno de sus extremos; tiene dos anillos uno interior en el extremo cerrado que sirve para fijarlo en el cérvix y otro en el extremo abierto. Vienen en empaques individuales, prelubricados.

No permite que durante el coito los espermatozoides pasen a la vagina, pues quedan retenidos dentro del condón, además de prevenir las ETS, debe ser colocado antes que se produzca la relación sexual.

Para mayor efectividad debe ser utilizado en conjunto con un espermicida, que deberá ser introducido en la vagina con cada coito. El diafragma no debe dejarse colocado por más de 24 horas. Debe recordarse que el espermicida ayuda a destruir los espermatozoides en un lapso aproximado de seis horas.

1.1.4.2.3 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

ANTICONCEPTIVOS ORALES (PÍLDORAS)

Son los anticonceptivos hormonales más populares; previenen el embarazo al suprimir la ovulación mediante la actividad combinada del estrógeno sintético y la progestina. Además, las hormonas engruesan el moco cervical y alteran la decidua del útero para evitar la implantación. Su índice de eficacia es del 97% (Hatcher et al., 1998). Para las mujeres que no pueden tomar estrógeno, hay una “minipíldora” que solo contiene progestina, la cual también tiene la misma función que la anterior, pero es menos efectiva para suprimir la ovulación. Feher de la Torre, G. (2006).

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

Es similar a los anteriores pero su administración es intramuscular, por lo que su efecto dura un mes. Su seguridad es casi del 100%. Como inconveniente se puede señalar que produce irregularidad menstrual. Existe una variante de inyectable cuya acción dura tres meses, pero con ella la aparición de las reglas es incontrolable. Zimmermann, M. (2006).

Inyectables mensuales: 1.-Ampolla de 50mg. De enantato de norestisterona y 5mg. De valerato de estradiol. Su aplicación es intramuscular profunda, preferentemente del primero al quinto día del ciclo menstrual.

2.-Ampolla de 150mg. De hidroxiprogesteron y 10mg. De enantato. De estradiol. Su aplicación es intramuscular profunda, al octavo día del ciclo menstrual.

IMPLANTES SUBDÉRMICOS

Implantes subdérmicos de 6 cápsulas (NORPLANT)

El implante de progestina Norplant consiste en seis implantes hormonales subdérmicos que liberan levonorgestrel, una hormona similar a la progesterona que es eficaz durante cinco años, se insertan justo debajo de la piel de preferencia en la cara interna del brazo de la mujer

Está fabricado en material de plástico que contiene en su interior una hormona producida normalmente por los ovarios que al ser liberada paulatinamente en el torrente sanguíneo impide la ovulación. L.N.D. (2010)

Este método es apropiado para las mujeres de cualquier edad o paridad, aun en capacidad de procrear, que desean una anticoncepción de alta duración que no requiera ninguna acción diaria, altamente eficaz y reversible. Feher de la Torre, G. (2006).

1.1.4.2.4 ANTICONCEPTIVO DE CONTENIDO QUÍMICO

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Es pequeño y flexible en forma de T, los DIU medicados contienen cobre o agentes de progesterona, sustancia con actividad química que liberan de manera ininterrumpida durante mucho tiempo. El DIU que contiene cobre brinda protección hasta por ocho años, en tanto que los de progesterona protegen hasta por un año. Este último se relaciona con la progesterona que produce efectos relacionados con la progestina en el moco cervical y la maduración del endometrio, sin incrementar los niveles de progesterona en el suero. Ambos tipos de DIU se consideran seguros. Feher de la Torre, G. (2006).

Mecanismo de acción

- Efectos citotóxicos contra los espermatozoides (mecanismo principal para los liberadores de cobre)
- Alteración del moco cervical (mecanismo principal para los liberadores de progestina)
- Proceso inflamatorio endometrial
- Aumento de la motilidad de las trompas de Falopio.

Indicado en mujeres de cualquier edad y paridad incluidas las nuligestas, siempre que no existan contraindicaciones para su uso.

Contraindicado

- Embarazo posible o confirmado
- Sangrado vaginal sin explicación
- Enfermedad pélvica inflamatoria actual, resiente o recidivante
- Cáncer del tracto genital
- Infección activa del tracto genital
- Cavidad uterina distorsionada
- Mujeres con múltiples parejas sexuales y que no usan condón, o mujeres cuyas parejas tienen más de una pareja coital.
- Anemia
- Períodos menstruales dolorosos

Es importante instruir a las mujeres sobre los DIU, Después de la inserción, debe verificar la presencia de los filamentos una vez a la semana durante el primer mes y posteriormente, una vez al mes después del período menstrual. Si no los siente debe comunicar a su médico, al igual si presenta algún efecto secundario.

1.1.4.2.5 ANTICONCEPCIÓN PERMANENTE

ESTERILIZACIÓN FEMENINA

La esterilización femenina también es conocida como **ligadura de trompas**, es relativamente sencilla y muy efectiva. Requiere de una intervención quirúrgica en la que se seccionan los conductos o trompas de Falopio que unen al útero con cada uno de los ovarios, de forma que los espermatozoides no pueden alcanzar al óvulo. Zimmermann, M. (2006).

Las responsabilidades e intervenciones de enfermería en la esterilización permanente comprenden escuchar las inquietudes de las pacientes, informar de los beneficios, riesgos y opciones, así como brindar apoyo emocional. La enfermera debe estar familiarizada con los requisitos legales locales relacionados con la esterilización permanente. La enfermera debe explicar en qué consiste la preparación quirúrgica, los cuidados postoperatorios en casa, los signos y síntomas que obligan a regresar con el prestador de cuidados de salud.

ESTERILIZACIÓN MASCULINA

La esterilización masculina se logra durante un proceso quirúrgico bastante sencillos llamado **Vasectomía**. Se hace una incisión de 3cm en cada lado del escroto, sobre el conducto deferente, normalmente con anestesia local. Los vasos (conductos) deferentes, que llevan los espermatozoides al pene, se separan, cortan y ocluyen.

Es importante que sepa que se tomará unas seis semanas, y hasta 36 eyaculaciones, la eliminación de los espermatozoides que aún quedan en los vasos deferentes. Se aconseja a la pareja utilizar otro método anticonceptivo durante ese lapso. Se pide al varón que proporcione muestras de semen para valorar en recuento espermático. La vasectomía no afecta la potencia o el desempeño sexual. Feher de la Torre, G. (2006).

1.1.5 EMBARAZO

Se define el embarazo como el estado normal más anormal que existe. Hay cambios a todos los niveles de forma transitoria, pero estos cambios no son patológicos. (Ruiz, F.J., Álvarez, C., & Linares, A.M. (2009).

El embarazo es todo período en que la mujer tiene un feto en el cuerpo, desde la concepción hasta el parto. Robert, B. M., (2006)

1.1.5.1 EL ESPACIAMIENTO RECOMENDADO ENTRE EMBARAZOS

El espaciamiento de los embarazos es un componente clave tanto en salud reproductiva como en salud integral. Cuando se lleva a cabo adecuadamente, mejora significativamente la salud y bienestar de mujeres, niños, familias y comunidades. El instrumento que se utiliza para lograr ese propósito es la planificación familiar.

Cuando los espacios entre embarazos son muy cortos o muy largos se constituyen en factor de riesgo para morbilidad materna y perinatal. A través de la planificación familiar se puede lograr un descenso en la tasa de crecimiento de la población, mejorando así la calidad de vida.

El intervalo entre embarazos tiene mayor impacto sobre la supervivencia infantil, considerando factores como el agotamiento materno y la competencia entre hermanos. La salud y el estado nutricional de una mujer embarazada afectan al feto, ya que el medio ambiente de un niño comienza antes de su nacimiento. Cuando una mujer se encuentra físicamente agotada por un embarazo reciente, en el caso de volver a gestar muy pronto, la evolución puede ser hacia el aborto, la muerte fetal o un feto con bajo peso.

Hasta hace algunos años, el intervalo recomendado para el siguiente embarazo luego de un parto era de al menos dos años; luego de un aborto se recomendaba un intervalo de al menos seis meses.

Diversos estudios, llevados a cabo en Latinoamérica, Asia y África mostraron que, un intervalo de tres a cinco años, tiene beneficios para la salud materna y perinatal mucho más importantes que el intervalo de dos años usualmente recomendado.

Hay vínculos entre la salud reproductiva y la desnutrición en la niñez. Un ejemplo de ello se puede apreciar durante la adolescencia: madres adolescentes suelen tener menores logros educativos que mujeres de mayor edad, lo que deriva en menor logro socio económico. Los hijos de madres adolescentes suelen tener menores logros nutricionales y educativos que los de mujeres de mayor edad. Estos niños, de bajo peso al nacer, en caso de no terminar en mortalidad precoz, tienen mayor vulnerabilidad a las infecciones. La educación y el hacer prevalecer los derechos de la mujer, llevan al mejor uso de los anticonceptivos, una de las medidas más costo-efectivas para mejorar la salud infantil y del niño. El espaciar adecuadamente los embarazos y alimentarlos con leche materna salva millones de vidas al año.

1.1.5.2 PROBLEMAS AL NO EXISTIR UN ESPACIAMIENTO ENTRE EMBARAZOS (UNICEF)

1. El embarazo antes de los 18 años, o después de los 35, aumenta los riesgos para la salud de la madre y del recién nacido.

Unas 515.000 mujeres mueren todos los años por causas asociadas al embarazo y al parto. Por cada mujer que muere, aproximadamente 30 más sufren graves problemas que las incapacitan. La planificación de la familia puede evitar muchas de estas muertes y discapacidades.

Al posponer el primer embarazo hasta que la joven tiene al menos 18 años de edad se asegura que el embarazo y el parto sean más seguros y se reduce el riesgo de que el niño nazca con bajo peso al nacer. Esto es especialmente importante en los países donde el matrimonio a una edad temprana sea la costumbre.

Una mujer sólo empieza a estar físicamente preparada para tener hijos a partir de los 18 años. Hay más posibilidades de que el parto sea más difícil y peligroso para una adolescente que para una mujer adulta. Los hijos de madres demasiado jóvenes tienen muchas más probabilidades de morir antes de cumplir el primer año de vida. Cuanto más joven es la madre, mayores son los riesgos tanto para ella como para el hijo. Las mujeres jóvenes y sus familias deberían recibir información sobre los riesgos del embarazo precoz y la mejor manera de evitarlo.

A partir de los 35 años vuelven a aumentar los riesgos asociados al embarazo y al parto. En el caso de las mujeres mayores de 35 años que ya han tenido cuatro o más embarazos, un nuevo embarazo representa un grave riesgo tanto para su propia salud como para la del futuro hijo.

2. Para preservar la salud de la madre y de los hijos, es preciso que se produzca un intervalo de dos años entre los nacimientos.

A este respecto, Unicef señala los puntos siguientes a tener en cuenta:

- Para preservar la salud de la madre y de los hijos, es preciso que se produzca **un intervalo de dos años entre los nacimientos**.
- A partir del cuarto hijo aumentan los riesgos para la salud derivados del embarazo y del parto.
- Los servicios de planificación familiar pueden ofrecer a las personas los conocimientos y medios adecuados para planificar el momento de empezar a tener hijos, cuántos quieren tener, el intervalo de tiempo entre los nacimientos y cuándo dejar de tener más. Existen muchos métodos seguros y aceptables para evitar el embarazo.
- La planificación de la familia es responsabilidad del hombre y la mujer: todos tienen que conocer los beneficios que representa para la salud.

Y es que, aunque en nuestro entorno, con un seguimiento médico adecuado, los riesgos están más controlados, es cierto que hay ciertas comunidades donde no hay control ni planificación familiar y los embarazos próximos y numerosos sí constituyen un riesgo.

Una de las mayores amenazas para la salud y el desarrollo de un niño menor de dos años es el nacimiento de un nuevo hermano o hermana. La lactancia materna se interrumpe de forma demasiado brusca y la madre dispone de menos tiempo para preparar los alimentos especiales que requiere un niño pequeño. También es posible que no pueda proporcionar al hijo mayor los cuidados y atenciones que necesita, sobre todo en caso de enfermedad del menor.

Como resultado, los niños nacidos con un intervalo de menos de dos años no se desarrollan tan bien, física o mentalmente, como los que han nacido con dos o más años de diferencia.

La mujer necesita dos años para que su organismo se recupere completamente después de un embarazo y un parto. Los riesgos para la salud de la madre aumentan, por tanto, si el tiempo que media entre un parto y el embarazo siguiente es demasiado corto. La madre debe concederse el tiempo necesario para recuperar su salud, el estado de su nutrición y sus fuerzas antes de iniciar una nueva gestación. Los hombres deberían ser conscientes de la importancia de un intervalo de dos años entre los nacimientos y la necesidad de limitar el número de embarazos para proteger la salud de la familia.

Cuando una mujer queda embarazada antes de haberse recuperado por completo de su anterior embarazo, aumentan las probabilidades de que su nuevo hijo sea prematuro o tenga bajo peso al nacer. Los recién nacidos con un peso demasiado bajo tienen menos probabilidades de desarrollarse adecuadamente, son más propensos a las enfermedades y la probabilidad de que mueran antes de cumplir el primer año de vida es cuatro veces superior que en los niños nacidos con un peso normal.

3. A partir del cuarto hijo aumentan los riesgos para la salud derivados del embarazo y del parto.

La repetición de la secuencia de embarazo, parto, lactancia y cuidado de los niños de corta edad puede socavar fácilmente el estado físico de la mujer. Después de cuatro embarazos, sobre todo si no ha mediado un espacio de más de dos años entre los partos anteriores, aumentan los riesgos de que aparezcan problemas graves de salud, como la anemia y hemorragias.

Un recién nacido corre un mayor peligro de morir si la madre tiene cuatro o más embarazos.

4. Los servicios de planificación familiar pueden ofrecer a las personas los conocimientos y medios adecuados para planificar el momento de empezar a tener hijos, cuántos quieren tener, el intervalo de tiempo entre los nacimientos y cuándo dejar de tener más. Existen muchos métodos seguros y aceptables para evitar el embarazo.

Los centros de salud deben ofrecer orientación a las personas para que elijan un método de planificación familiar aceptable, segura, cómoda, eficaz y accesible.

De todos los métodos anticonceptivos, sólo los preservativos protegen contra el embarazo y las infecciones transmitidas por la vía sexual, inclusive el VIH/SIDA.

El amamantamiento exclusivo puede retrasar la fecundidad de la madre unos seis meses después del parto. El amamantamiento exclusivo ofrece a la mujer un 98% de protección contra el embarazo, pero solamente si el recién nacido es menor de seis meses, si no tiene todavía períodos menstruales y si amamanta al recién nacido cuando éste lo pide y de manera exclusiva, es decir, no lo alimenta con sólidos ni líquidos de otro tipo.

5. La planificación de la familia es responsabilidad del hombre y la mujer: todos tienen que conocer los beneficios que representa para la salud.

Tanto los hombres como las mujeres deben compartir la responsabilidad de evitar los embarazos no deseados. Deben disponer de acceso a información y orientación de un trabajador de la salud a fin de poder conocer los diferentes métodos de planificación familiar disponibles.

Un médico, una enfermera, un maestro, una clínica de planificación de la familia, y una organización juvenil o de la mujer pueden ofrecer también información sobre el tema. UNICEF. (2006).

1.1.6 DETERMINANTES EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Cada pareja trata de adaptarse al medio, asumiendo las normas de aquella sociedad en lo relativo a costumbres familiares, económicas, culturales y religiosas. Cada sociedad, e incluso cada cultura, suele poseer unas normas generales que, casi siempre, tienen su origen en una tradición que debe ser respetada. Sin embargo en la actualidad hay varios factores determinantes de estas sociedades que van cambiando con el paso del tiempo, con la equidad de género y los derechos de la mujer, ella ha logrado trabajar fuera de casa y tener la posibilidad de controlar la natalidad gracias al uso de métodos anticonceptivos, no es necesario que tenga que consultar a su conyugue para utilizarlos.

1.1.6.1 FACTOR SOCIOECONÓMICO

Es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros. Para determinar este atributo se estudiaron distintas variables relacionadas con la vivienda, el nivel de hacinamiento, los ingresos medios, la educación y el trabajo del jefe de hogar. C.A.T. (2008).

1.1.6.2 FACTOR RELIGIOSO

S. S. Pablo VI, y luego el Catecismo de la Iglesia Católica, denuncian que es intrínsecamente mala "toda acción que, o en previsión del acto conyugal, o en su realización, o en el desarrollo de sus consecuencias naturales, se proponga como fin o como medio, hacer imposible la procreación" (Pablo VI, Enc. Humanae Vitae -25-7-68, N°. 12; ver tb. Catecismo... N°. 2370).

"La Iglesia siempre ha enseñado la intrínseca malicia de la contracepción, es decir de todo acto conyugal hecho intencionalmente infecundo.

1.1.6.3 FACTOR CULTURAL

La cultura es la suma total de las características heredadas por una sociedad y que pasan o son comunicadas de generación en generación, la cual está constituida por valores, creencias, normas y prácticas compartidas por los miembros de origen común. La cultura sirve de guía al pensamiento y a las actividades y llega a ser el patrón de expresión de lo que somos. A medida que estas expresiones o tradiciones se transmiten de generación en generación, se tornan en valores culturales que conforman la conducta preferida. Para comprender por qué las personas reaccionan en la forma en que lo hacen, es importante valorar sus antecedentes culturales.

Así como existen variaciones entre culturas, también hay en el interior de cada cultura. Estas variaciones suelen relacionarse con aspectos sociales y económicos y con la educación. Las actitudes acerca del embarazo o el sexo de un niño varían de acuerdo con la cultura. En términos generales, los estadounidenses de origen latino y muchos indios norteamericanos consideran que el embarazo es una experiencia natural y deseable, de modo que en estas culturas los niños son deseados. En grupos de origen latino y otros, tener hijos es muestra de virilidad y masculinidad del padre.

El efecto de las diferentes culturas y de la individualidad en la prestación de cuidados a la salud constituye un desafío para las enfermeras, que deben revalorizar las expectativas de los demás.

Es importante que tomen en consideración dichas diferencias al prestar sus servicios y que hagan hincapié en la capacidad cultural, es decir, en las habilidades y conocimientos necesarios para comprender y apreciar las diferencias culturales, para que adapten su habilidad y ejercicio clínicos según se requiera (Plan de Cuidados de Enfermería).

Ejemplos de creencias y prácticas culturales con relación al embarazo:

-La gravidez se considera como un proceso natural

-Se deja el futuro a la voluntad de Dios, por lo que no utilizan métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo, sin embargo se aplican remedios caseros compuestos de hierbas o semillas de plantas.

-Costumbres familiares muy marcadas de tener familias numerosas

-En ciertas poblaciones las mujeres realizan varias actividades después del acto sexual o luego del coito y previa a la eyaculación de su compañero con la finalidad de prevenir un embarazo:

- La mujer micciona luego de la eyaculación de su pareja, tomando en cuenta que para ella es prudencial hacerlo rápidamente, ya que si lo realiza después de cierto tiempo ya no tiene efecto alguno.
- Las parejas utilizan ciertas "posiciones sexuales" para evitar la concepción, unas mencionan que la mujer debe estar sobre el varón, mientras que otras opinan lo contrario u optan por otras posiciones.
- El aseo inmediato del área peri-anal (vulva) es otra actividad utilizada por las parejas luego del acto sexual para prevenir el embarazo.
Otras se realizan duchas vaginales por varios minutos para eliminar los espermatozoides del canal vaginal.

1.1.6.4 FACTOR EDUCATIVO

La educación es un proceso de socialización de los individuos; al educarse, una persona asimila y obtiene conocimientos; a mas de esto la educación también implica una concienciación cultural y conductual, donde las nuevas generaciones adquieren los modos de ser de generaciones anteriores.

Por esta razón la educación influye en el uso y no de un método anticonceptivo, debido a que según el nivel de escolaridad o conocimiento que presente cada mujer sabrá que se puede planificar la familia mediante métodos que evitan una concepción y así no llegar a la multiparidad.

1.1.7 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

El trabajo investigativo se va a complementar con los siguientes modelos de atención de enfermería:

1.1.7.1 Modelos de suplencia o ayuda: representadas por Virginia Henderson y Dorotea Orem.

Teoría que indica que el rol de enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no es capaz de llevar a cabo en algún momento de su vida, fomentando así ambas el autocuidado.

1.1.7.2 Modelos de interrelación: representadas por Hildegard Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Mira Levine.

En esta teoría se nos indica que la enfermera debe fomentar la adaptación de la persona según su entorno, ya sea de manera interpersonal o las relaciones con su ambiente.

1.1.7.3 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORIE GORDON.

A medida que se va recogiendo información, la enfermera comienza a entender el área funcional que está siendo valorada. De forma gradual, aparece un patrón. Es importante reconocer que lo que ocurre durante la recogida de información es la construcción del patrón a partir de las descripciones del cliente y de las observaciones de la enfermera. Gordon, M. (2006)

De acuerdo con el estudio realizado, y el análisis del entorno ambiental, incluido el instrumento que se aplicó mediante la entrevista y la interrelación con las personas encuestadas, se logra determinar que son varios los patrones disfuncionales presentes en la población y que requieren de un análisis profundo con todos los datos obtenidos y observados.

Los patrones afectos o disfuncionales según nuestro criterio científico, presentes en la población tenemos:

- Patrón percepción-manejo de la salud
- Patrón rol-relaciones
- Patrón sexualidad-reproducción
- Patrón valores-creencias

Estos patrones disfuncionales serán analizados a continuación:

Patrón percepción-manejo de la salud

Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y cómo maneja su salud. Incluye la percepción del cliente de su estado de salud y la relevancia que éste tiene de las actividades actuales y la planificación futura. También incluye el nivel general de comportamientos de cuidados de salud como actividades de promoción, de adherencia a las prácticas preventivas de la salud mental y física, descripciones médicas o enfermeras y seguimientos de cuidados. Gordon, M. (2006).

Hacemos énfasis este patrón porque es aquí donde surge la problemática, muchas mujeres piensan que el tener hijos sin un espacio intergenésico adecuado no afectará su salud, lo cierto es que ponen en riesgo la vida del nuevo ser y la propia por las complicaciones que pueden aparecer en ambas partes. Las madres que utilizan un método anticonceptivo es porque están planificando su familia de acuerdo a su nivel socioeconómico más no porque su salud está en riesgo.

Las pacientes acuden al Subcentro de salud por alguna dolencia, sea propia o de algún familiar, más no para el control de salud. Si se tomara en cuenta que la prevención es lo relevante, cambiarían muchas situaciones que afectan ahora a la población.

Patrón rol-relaciones

Describe el patrón de compromiso de rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente están incluido la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

La alteración de los procesos familiares actualmente se define como la incapacidad de la familia (o de los miembros del núcleo) para cubrir las necesidades de los miembros, llevar a cabo las funciones familiares, o mantener comunicaciones para el crecimiento y maduración mutuos. Gordon, M. (2006).

Los padres como responsables de su hogar deben mirar muchos horizontes al momento de tomar decisiones para que estas sean acertadas y no sean los miembros de su familia, específicamente sus hijos quienes sufran por una opción mal escogida o por el contrario que actúen sin pensar en las consecuencias de sus actos. Este dilema se manifiesta en la población al poder determinar que las parejas no llevan una planificación familiar, sin embargo tienen varios hijos sin el espaciamiento intergenésico recomendado a pesar de su baja situación socioeconómica. Un hijo necesita de sus padres el cariño, atención, educación y un cálido hogar donde pueda crecer dignamente y si tiene varios hermanos esto le será limitado, he allí la problemática donde hay tantos niños que a pesar de ser tan pequeños tienen una mentalidad diferente.

Patrón sexualidad-reproducción

Presenta los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; describe el patrón reproductivo, incluye la satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad o las relaciones sexuales. También incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o posmenopausia y los problemas percibidos. La categoría es muy amplia y completa; por lo tanto es necesario identificar las disfunciones específicas que son susceptibles de intervención enfermera. Gordon, M. (2006)

La NANDA ha definido diagnósticos enfermeros relacionados con este patrón, pero ninguno se asemeja al problema encontrado, sin embargo determinamos que esta disfuncional la definición del mismo.

Patrón valores-creencias

Describe los patrones de valores, resultados o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones. Incluyendo lo que es percibido como importante en la vida y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud. Gordon, M. (2006)

Es mínimo el porcentaje de la población que aún presenta una cultura, tradición y hábitos referentes a la salud reproductiva que se llevaban en tiempos pasados, es por esto que se detectó que ya no aparece como una gran problemática debido a los resultados obtenidos.

1.1.8 ROL DE LA ENFERMERA EN LA EDUCACIÓN DE LA MUJER EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La intervención de enfermería va dirigida a promover un comportamiento sexual responsable, ya que cumple un rol importante en el quehacer sanitario; una de las tareas como enfermera es la prevención y promoción de la salud que abarca todo el ciclo reproductivo del hombre y la mujer básicamente con la educación impartida en el momento o cada vez que se dé la oportunidad de ejecutarlo, para ello debe poseer los conocimientos científicos y básicos de una profesional de salud.

1.1.9 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Descuido personal R/c. Estilo de vida inadecuada E/x. Apreciación de descuido de la imagen corporal.
- Gestión ineficaz de la propia salud R/c. Déficit de conocimiento E/x. nivel de escolaridad bajo.
- Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca R/c. Anticonceptivos orales.
- Riesgo de sangrado R/c. efectos secundarios relacionados con el tratamiento (métodos anticonceptivos).
- Baja autoestima situacional R/c. Alteración de la imagen corporal E/x. Manifestación de las mujeres que los anticonceptivos les hacen subir de peso.
- Disposición para mejorar el rol Parental R/c. Expresa deseos de reforzar la maternidad E/x Verbalización por parte de las mujeres.
- Riesgo de deterioro parenteral R/c. Embarazos muy seguidos.
- Interrupción de la lactancia materna R/c. necesidad de destetar bruscamente al niño E/x Nuevo embarazo.
- Patrón sexual ineficaz R/c. Temor al embarazo E/x. Expresión de preocupación por parte de las mujeres.
- Deterioro de la capacidad de recuperación personal R/c Bajo nivel educativo materno E/x Percepción de mala situación de salud.
- Riesgo de infección R/c. Procedimientos invasivos.
- Disposición para mejorar la religiosidad R/c. Cuestiona los patrones de creencias que son lesivos E/x. manifestaciones de mujeres que practican cierta religión.

1.2 MARCO LEGAL

1.2.1 Constitución República Del Ecuador, artículos relacionados mujer embarazada, educación y salud. Régimen del buen vivir

Cap. II Derechos del buen vivir, sección séptima.- Salud

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

El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirán por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución, bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 26.- La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad

Cap. III. Derecho de las personas y grupos de atención prioritaria, sección cuarta.- Mujeres Embarazadas

Art. 43 El estado garantizara a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a:

- La gratuidad de los servicios de la salud materna.
- La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

1.2.2 Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar – ENIPLA

¿Qué es ENIPLA?

El Ministerio de Salud Pública – MSP en coordinación con los Ministerios de Educación, inclusión Económica y Social y Coordinador de lo Social, con apoyo de los Gobiernos autónomos Descentralizados, la Sociedad Civil y la ciudadanía implementa la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar – ENIPLA.

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

Es prioritario también para la ENIPLA la transformación de patrones socioculturales relacionados con la sexualidad y la planificación familiar, con el objetivo de que los hombres se involucren y corresponsabilicen en la salud sexual y salud reproductiva. Los cambios socioculturales se fomentarán en los ámbitos personal, familiar, comunitario, así como en los prestadores y decisores de políticas del Sistema Nacional de Salud.

La ENIPLA promoverá el acceso y permanencia de las mujeres en el sistema educativo como un factor protector frente a embarazos no planificados.

El derecho de las personas a decidir sobre su vida reproductiva, es un derecho humano que debe ser un ejercicio libre, informado, voluntario y responsable enmarcado en los postulados de la Constitución y el Buen Vivir.

¿Qué enfoque tiene el ENIPLA?

La planificación familiar NO significa anticoncepción, significa apoyo a la mujer y a la pareja para que ejerzan un derecho. En este sentido, el Estado ecuatoriano y el MSP han trabajado arduamente, invirtiendo recursos para garantizar: un adecuado control pre-concepcional (antes del embarazo), un control prenatal adecuado y la posibilidad de espaciar un embarazo, así como apoyar a la mujer o pareja infértil, es decir quienes no pueden concebir.

¿Por qué es necesaria una Estrategia Nacional de Planificación Familiar?

Las estadísticas dan cuenta de que los niveles de fecundidad son altos en Ecuador, particularmente en mujeres de ciertos grupos poblacionales como mujeres indígenas y adolescentes. La falta de acceso y permanencia en el sistema educativo son causas y consecuencias de la tendencia al alza de la fecundidad en estos grupos, que se ven más vulnerables a la pobreza.

¿Cuáles son los objetivos y las líneas de acción de la ENIPLA?

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

Líneas de acción

1. Educación e información como estrategias empoderadoras para ejercer el derecho a la salud sexual y salud reproductiva en el marco de los derechos.
2. Acceso y utilización real y efectiva de métodos anticonceptivos en el marco de una atención de calidad en servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva.
3. Promover un proceso de transformación de patrones socio - culturales frente a la sexualidad y reproducción con énfasis en planificación familiar.
4. Promover y/o consolidar los procesos de participación y veeduría social en los aspectos relacionados con educación y acceso a anticoncepción en el marco de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. MSP (2011)

1.3 MARCO CONCEPTUAL

1.3.1 Métodos Anticonceptivos

Es una forma de control de natalidad. Los métodos anticonceptivos son recursos que permiten a la pareja evitar un embarazo, cuando siente que no está preparada física, emocional y económicamente para ello. Pero también cuando deciden no tener más hijos. Diccionario ABC (2007)

1.3.2 Planificación Familiar

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. OMS (2011)

1.3.3 Paternidad Responsable.

PR es "dar vida en plenitud"; tener los hijos deseados, para transmitirles vida "en plenitud". Es decir, que los padres enseñen a sus hijos, día a día, no sólo con palabras, sino con el ejemplo, a ser verdaderas personas humanas; esto exige una preparación mínima adecuada. Bellido, P. (2008)

1.3.4 Maternidad

Relación madre-hijo en el futuro crecimiento psicológico, desarrollo y potencial para tener prosperidad en relaciones interpersonales, enfocado en el lazo madre-hijo, basadas en la premisa de que las mujeres son dotadas genéticamente para el cuidado de niños, y que el amor y cuidado paternal proveen todo lo que un niño necesita. Moncher, F. (2006)

1.3.5 Embarazo

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos. Diccionario ABC (2007)

1.3.6 Natalidad

La natalidad es el número proporcional de los nacimientos que acontecen en una población y un tiempo determinados. Para la demografía, la tasa de natalidad es una medida de cuantificación de la fecundidad. Definición de (2008)

1.3.7 Multíparas

Se dice de la mujer que ha tenido varios partos. Se acepta que una mujer es múltipara cuando tiene más de cinco partos. Definición de (2008)

1.3.8 Bajos Recursos

Se denomina recursos a aquellos elementos que aportan algún tipo de beneficio a la sociedad. En economía, se llama recursos a aquellos factores que combinados son capaces de generar valor en la producción de bienes y servicios. Estos, desde una perspectiva económica clásica, son capital, tierra y trabajo.

Por capital debe entenderse aquellos elementos que sirven para la producción de bienes y fueron a su vez producidos artificialmente; tienen la característica de perdurar en el tiempo y solo gastarse muy lentamente. Diccionario ABC (2007)

1.3.9 Socioeconómico

Este elemento está determinado por las clases sociales, características étnicas, recursos económicos, religión, ideología y demás factores que afectan la formación de los diferentes grupos sociales y culturales. En el aspecto socioeconómico se tienen en cuenta las formas y prácticas de producción y generación de ingresos, aspectos en que se debe trabajar prioritariamente en las comunidades donde los factores de pobreza son exagerados. LND (2010)

1.3.10. Educación

La educación puede definirse como el proceso de socialización de los individuos. Al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos. La educación también implica una concienciación cultural y conductual, donde las nuevas generaciones adquieren los modos de ser de generaciones anteriores. Definición de (2008)

1.3.11. Religión

La religión es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo existencial, moral y espiritual. Se habla de «religiones» para hacer referencia a formas específicas de manifestación del fenómeno religioso, compartidas por los diferentes grupos humanos. Hay religiones que están organizadas de formas más o menos rígidas, mientras que otras carecen de estructura formal y están integradas en las tradiciones culturales de la sociedad o etnia en la que se practican. Wikipedia (2012)

1.3.12. Cultura

La cultura es una influencia importante a nivel personal y socio-ambiental en el desarrollo de los patrones de salud. De forma similar al enfoque edad desarrollo, los patrones de salud son un producto del entorno y la cultura.

De forma más específica, la cultura basada en la edad, el desarrollo y las normas de género puede ser importante para entender los patrones de salud. Gordon, M. (2000).

El concepto de cultura es fundamental para las disciplinas que se encargan del estudio de la sociedad, en especial para la psicología, la antropología y la sociología. Natareno, A. (2011).

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de tipo “DESCRIPTIVA”, porque “un estudio descriptivo tiene como propósito la delimitación de los hechos que conforman el problema de la investigación” además de:

- Establecer las características demográficas de unidades investigadas (número de población, distribución por edades, niveles de educación, estado civil, etc.).
- Identificar formas de conducta y actitudes de las personas que se encuentran en el universo de la investigación.
- Establecer comportamientos concretos.
- Descubrir y comprobar la posible asociación de las variables de la investigación. Méndez, C. (2006.)

Al utilizar este tipo de estudio en la presente investigación se obtendrá los datos respectivos que se requieren, ya que se basará en la observación y entrevista utilizando la ayuda del instrumento de investigación que es el “cuestionario”, se requiere de una pequeña conversación con la persona encuestada; sin duda este contacto se realizará con los individuos que acuden al Subcentro de salud Colonche, proporcionará datos reales con relación a la influencia que tienen los factores socioeconómicos y educativos para que la mujeres utilicen o no métodos anticonceptivos e incluso el interés que muestran con relación a este tema, estas variables serán medidas, tabuladas y analizadas con la finalidad de poder llegar a una conclusión de acuerdo a la información obtenida.

Además de ser descriptiva es “TRANSVERSAL” porque se requiere de un lapso establecido para ser realizada, la investigación se llevará a cabo aproximadamente en un año (2011-2012). También se incluye el método cuantitativo para tener mayor confiabilidad en la medición numérica de los datos que se obtendrán, por esta razón se empleará la técnica de encuestas que luego de un proceso de análisis y tabulación ya serán datos estadísticos de la investigación.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estará organizada por todas las mujeres que acudan al “Subcentro de Salud Colonche” que cumplan con los criterios de inclusión.

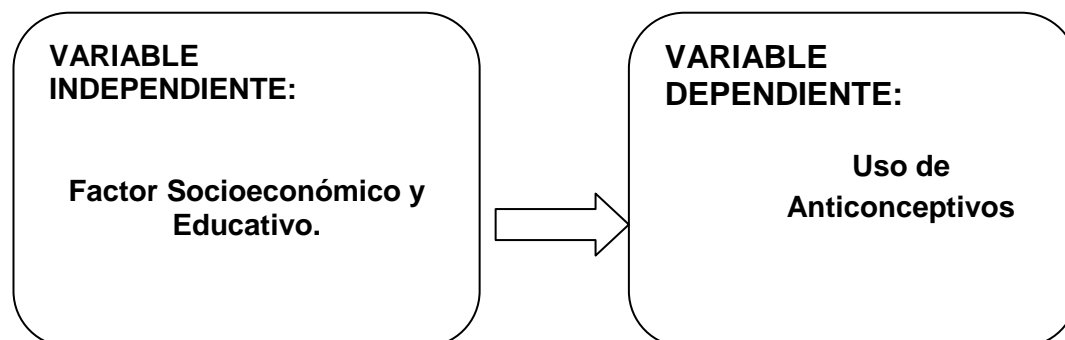
La muestra será las mujeres en edad fértil que acudan regularmente a la institución mencionada, formada por el método aleatorio simple.

Criterios de inclusión.-

- Deben ser mujeres en edad fértil que acudan regularmente al centro de salud.
- Mujeres gestantes
- Sean sexualmente activas
- Mujeres que se encuentren entre los siguientes rangos de edades:

RANGO	EDADES
1	14-18
2	19-23
3	24-28
4	29-33
5	34-38
6	39-45
Cuadro # 1 Fuente: Rango de edades Elaborado por: Borbor L. & Echáiz A.	

2.3 VARIABLES A INVESTIGAR



Cuadro # 2

Fuente: Variables a Investigar

Elaborado por: Borbor L. & Echáiz A.

2.3.1.- SISTEMA DE VARIABLES

2.3.1.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Factor socioeconómico y educativo: son los diversos motivos que inducen al individuo a tomar una decisión en cuanto a la planificación familiar.

2.3.1.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Uso de anticonceptivos: es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual.

2.4 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Factor Socioeconómico y Educativo: son los diversos motivos que inducen al individuo a tomar una decisión en cuanto a la planificación familiar.

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<u>Socioeconómico</u>	Nivel de ingreso	-Menor de \$ 292
Ingreso mensual y gastos		-\$ 300 – 350 -\$ 350 – 400

	Preferencias en gastos	-Vestimenta -Salud -Alimentación
Estatus social	Vivienda	-Caña -Mixta -Bloque
	Trabajo	-Rara vez -Temporal -Permanente
Religiones	Religión	-Católica -Evangélica -Testigos de Jehová -Ninguna-cree en Dios
Cultura	Mitos	-Posiciones Sexuales -Miccionar -Duchas vaginales luego del coito -Ninguna
	Costumbres	-Remedios caseros -Ninguno
	Tradiciones	-Machismo -Decisión de pareja
<u>Educación</u>	Nivel de escolaridad	Analfabeto Primaria Secundaria Superior
	Planificación familiar	-Conoce -Desconoce
Cuadro # 3		
Fuente: Variables Independiente		Elaborado por: Borbor L. & Echáiz A.

VARIABLE DEPENDIENTE

Uso de Anticonceptivos.- es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual.

Dimensión	Indicador	Escala
<u>Métodos anticonceptivos</u>	<u>Tipos</u> -Barrera	-Preservativo -Diafragma
	-Natural	-Método De Ritmo -Temperatura Basal -Moco Cervical -Coito Interrumpido -Lactancia materna.
	- Anticoncepción hormonal	-Píldora -Parche Subdérmico -Inyectable -Implante Subdérmico
	-Químicos	-DIU
	-Permanentes	-Ligadura de Trompas -Vasectomía
Cuadro # 4 Fuente: Variable Dependiente Elaborado por: Borbor L. & Echáiz A.		

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se empleó la “técnica de encuesta” a través de su “instrumento el cuestionario” que se proporcionará a las madres que participarán en la investigación y así obtener los datos estadísticos para el resultado esperado, los cuales se obtendrán entre el mes de diciembre 2011– abril 2012.

2.6 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto fue realizada a 10 mujeres que se encuentren dentro de los Criterios de inclusión para determinar el grado de aceptación del estudio previsto dentro de la comunidad y si el instrumento de estudio (encuesta) se encuentra bien estructurado, tanto en sus preguntas como en el formato que ayudará a obtener los datos estadísticos es decir se verificará si es de fácil comprensión tanto para el encuestado como para el encuestador.

2.7 PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN DE DATOS

Esperar que las madres acudan al sub-centro por diversos motivos. Una vez que el personal de enfermería del sub-centro realice los procedimientos de rutina con sus pacientes en este caso las madres de familia, queda un tiempo libre antes que pase a consulta, para nosotras ese momento es el indicado, puesto que al entablar una conversación e interactuar con nuestros sujetos de estudio fomentaremos la confianza hasta conseguir su consentimiento y partir al siguiente punto. Obtenido el consentimiento se realizarán las preguntas formuladas en la encuesta.

2.7.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se emite un oficio al “Hospital de Manglaralto”, área donde se obtuvo el permiso correspondiente para realizar nuestro estudio en el “Subcentro de Colonche”. A los sujetos de investigación un consentimiento informado para que autoricen y conozcan de la investigación a ejecutar en el “Subcentro de Colonche”.

2.8 PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Fueron detallados electrónicamente a través de una presentación gráfica, que consiste en efectuar los cuadros estadísticos con sus respectivos diagramas, luego de haber obtenido la conclusión del estudio realizado.

2.9 TALENTO HUMANO

- ◆ **AUTORAS:** INTERNAS DE ENFERMERÍA:
BORBOR TUMBACO LUCY
ECHÁIZ DEL PEZO ADRIANA

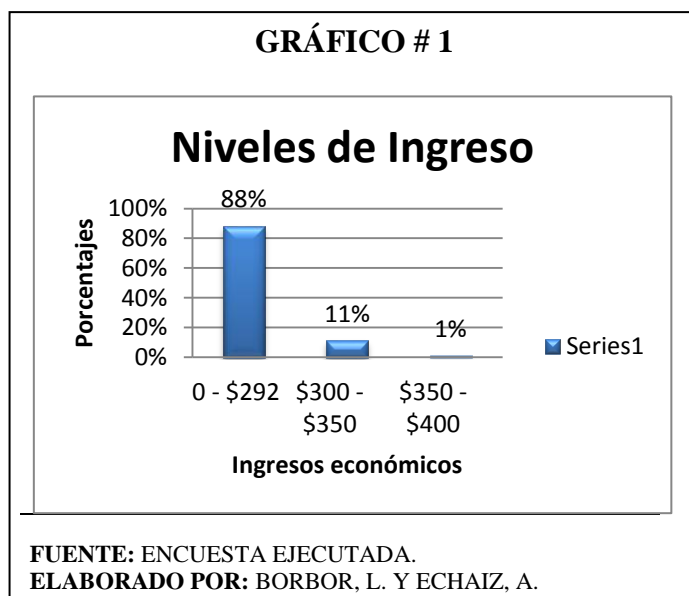
- ◆ **SUJETOS A INVESTIGAR:**
Mujeres en edad fértil que se encuentren dentro del Criterio de inclusión que acudan regularmente al Subcentro de salud colonche.

- ◆ **Tutor/a:**
Lcda. Vilma Arce Castillo.

CAPÍTULO III

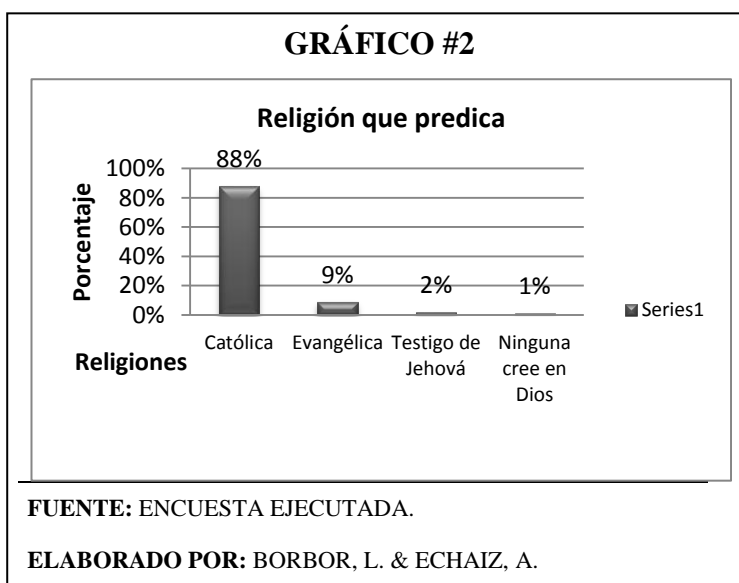
3.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Luego de la tabulación de datos se inicia el análisis e interpretación de los resultados obtenidos a través de la encuesta, que fue empleada a 90 mujeres fértiles que acudieron al Subcentro de Salud Colonche, durante el período de investigación; de esta manera se pudo determinar la situación socioeconómica de la familia y la preferencia de gastos que tienen las mujeres de acuerdo a sus necesidades, entre las cuales se encuentran, debido a que quienes aportan económicamente en el hogar trabajan rara vez 78%, temporalmente 21% y poseen un trabajo permanente el 1% (cuadro # 7).



En cuanto a nivel de ingreso se destaca el sueldo básico con un 88%, seguido del 11% que ganan de \$300 - \$350 y es solo el 1% que percibe de \$350 - \$400, como los salario son bajos indican que esto se invierte en la alimentación con un 66%,

en la salud un 28% y un 8% en vestimenta (cuadro #5), por esta razón podemos destacar que la inversión en la misma es poca a pesar que actualmente existen centros hospitalarios gratuitos sin embargo la ciudadanía no da importancia a la atención primaria. Soportado en el Art. 32 Cap. II Derechos del buen vivir, sección séptima.- Salud y en el Art. 43 Cap. III. Derecho de las personas y grupos de atención prioritaria, sección cuarta.- Mujeres Embarazadas de la Constitución República Del Ecuador.



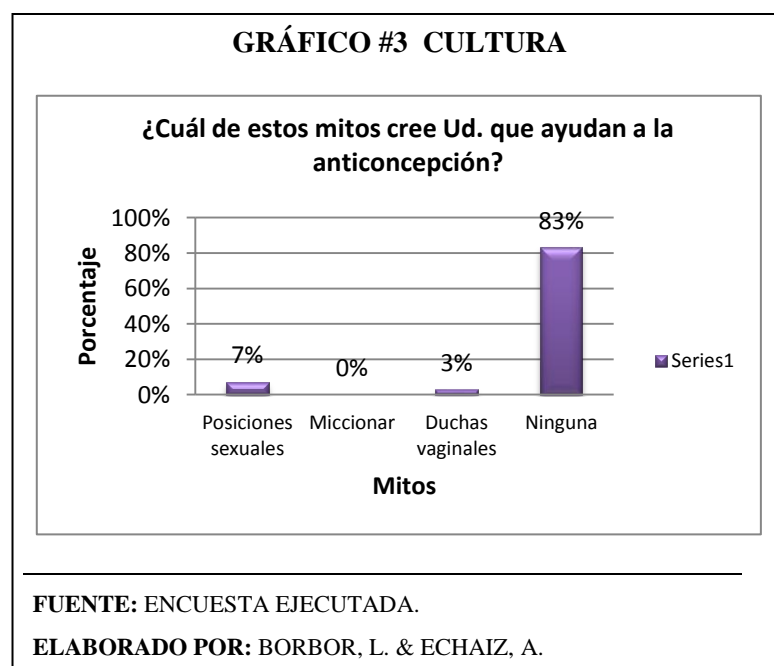
Al identificar la religión predominante en el sector y la influencia de ésta en las decisiones en cuanto a maternidad se refiere, analizamos que de las 90 mujeres encuestadas, 88% son católicas, el 9% son

evangélicas, 2% testigo de Jehová y 1% ninguna pero cree en Dios; siendo la religión Católica la prominente en el sector, manifiesta que hacer uso de un método anticonceptivo es pecado. Albino, M. J. (2012). Pero la realidad es otra teniendo en cuenta que, actualmente las personas suelen decir “somos católicas” y no practican el catolicismo.

Determinando si la cultura interviene en el momento de decidir que método anticonceptivo

emplear se obtuvo que de las 90 mujeres

encuestadas, un 83% comentó no tener mitos o creencias para la anticoncepción, un 10% creen en aquellas tradiciones como posiciones sexuales y duchas



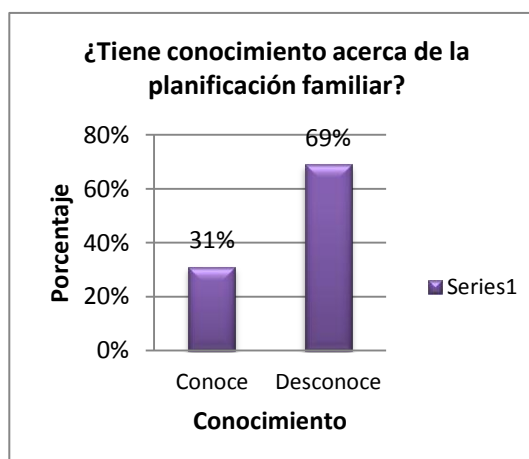
vaginales, por lo tanto el factor cultural que son todas aquellas costumbres, creencias, tradiciones que comparte un pueblo o una sociedad no interviene mucho en la utilización de un método contraceptivo.

Además de esto se obtiene que un 88% no posee hábito alguno y solo 12% cree que los remedios caseros ayudan a no quedar embarazada (cuadro # 8), las decisiones en el hogar son tomadas en pareja según datos obtenidos con un 89% (cuadro # 9).

Al analizar el cuarto objetivo; “Explicar el nivel de conocimiento que poseen las usuarias del Subcentro de Salud Colonche en cuanto a métodos anticonceptivos se refiere” un 31% de mujeres tienen idea acerca de lo que es una planificación familiar “la misma que permite a las parejas tener el número de hijos deseados y determinar el intervalo de embarazos. Soportado en el Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar – ENIPLA. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad”. OMS (2011). Y un 69% presenta un desconocimiento acerca del tema, es un factor

preponderante para que las usuarias del Subcentro no utilicen un método de anticoncepción y se prolongue así la multiparidad; a más de esto se puede acotar que en el nivel de educación se destacan los estudios primarios en un 81%, seguido de los secundarios 18%, analfabetismo 1% y estudios superiores 0%; estos datos reflejan que a pesar de la gratuidad en educación hacia todos los niveles, la comunidad opta por culminar los estudios primarios en ocasiones hasta incompletos ya sean por diversos motivos que inciden en los mismos.

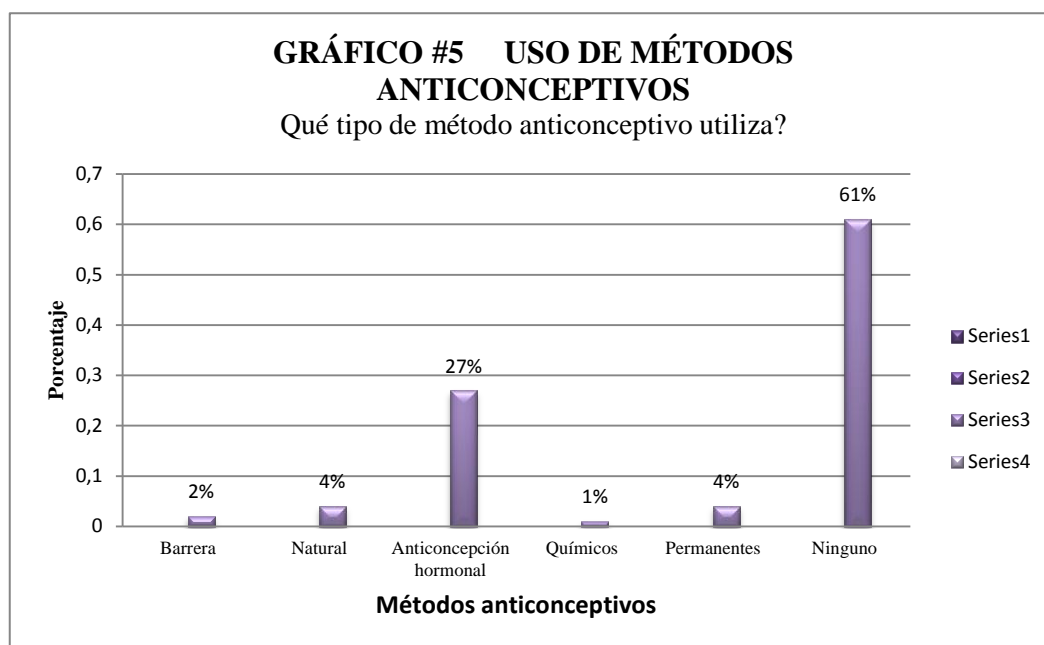
GRÁFICO #4 EDUCACIÓN



FUENTE: ENCUESTA EJECUTADA.

ELABORADO POR: BORBOR, L. & ECHAIZ, A.

Soportado en el Art. 26.- Cap. II Derechos del buen vivir, sección séptima.- Educación de la Constitución República Del Ecuador.



FUENTE: ENCUESTA EJECUTADA.

ELABORADO POR: BORBOR, L. & ECHAIZ, A.

Al Indagar acerca del método anticonceptivo preferido por las usuarias, se obtuvo como resultado que de las 90 mujeres encuestadas un 61% no realiza prevención alguna para disminuir el incremento de la tasa de natalidad, según los resultados no utilizan métodos anticonceptivos, entre las mujeres que lo utilizan se enfatiza la anticoncepción hormonal con un 27%, permanente y natural 4%, de barrera 2% y quedando el 1% para los químicos; se detalla según sus preferencias los anticonceptivos hormonales más utilizados como: la píldora en un 12% siendo la de mayor porcentaje al aplicar el instrumento de estudio, debido a la accesibilidad y fácil manejo de la misma ya que previene el embarazo al suprimir la ovulación mediante la actividad combinada del estrógeno sintético y la progestina.

Además, las hormonas engruesan el moco cervical y alteran la decidua del útero para evitar la implantación. Su índice de eficacia es del 97% (Hatcher et al., 2006).

Para las mujeres que no pueden tomar estrógeno, hay una “minipíldora” solo contiene progestina, tiene la misma función que la anterior, pero es menos efectiva para suprimir la ovulación. Feher de la Torre, G. (2006). Seguido de los inyectables en un 8%, implante Subdérmico 4% y ligadura de trompas 4% se encuentra entre los métodos permanentes (cuadro # 11).

Las mujeres con mayor probabilidad de embarazarse son aquellas que utilizan como medida de prevención métodos naturales, según el M.S.P (2006) la tasa de fallo es de 9 a 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso por lo que va a depender del conocimiento total para utilizarse.

CONCLUSIONES

Luego de la tabulación e interpretación de datos se llega a la conclusión que los factores socioeconómicos y educativos en conjunto, conllevan a la no utilización de los métodos anticonceptivos en las mujeres fértiles que acuden al Subcentro de salud Colonche; detallando así lo siguiente: que entre los factores socioeconómicos como es la economía, debido al nivel de ingreso, ya sea por los diversos trabajos reciben un salario bajo, esto hace que no les alcance a cubrir todas las necesidades y por ende deben preocuparse mas por la alimentación y dejando a lado la educación que es un factor muy importante en un ser humano para obtener los conocimientos necesarios en todos los aspectos y cambiar ciertas culturas, costumbres que a veces se obtiene de la comunidad o sociedad, que nos rodea.

Entonces como es en este caso el objetivo de estudio proveer la utilización de los métodos anticonceptivos con la finalidad de reducir los embarazos múltiples y así los problemas secundarios que se presentan, y como se indicó, que debido al gran desconocimiento de las mujeres acerca de este tema es que surge la problemática.

Además al problema mencionado se suma que de acuerdo a los resultados obtenidos referente a las mujeres que utilizan algún método de anticoncepción desconocen la acción del medicamento así como las ventajas y desventajas de su uso, por lo que se pudo determinar que existen falencias en los profesionales de la salud que laboran en el Subcentro de Salud Colonche al no educar a las usuarias acerca de la planificación familiar y los métodos anticonceptivos.

RECOMENDACIONES

Como internas de enfermería recomendamos lo siguiente:

- Que el Ministerio De Salud Pública incremente programas de promoción - prevención de salud en el Subcentro de Colonche y que sean ejecutados por el personal a cargo.
- Que se haga uso completo de los insumos que llegan al Subcentro por parte del área 2 de Manglaralto.
- Que los profesionales que laboran en el Subcentro promuevan el uso de métodos anticonceptivos a las usuarias que acudan a la unidad, para reducir la multiparidad sin olvidar la educación previa que se requiere.
- Que se tomen los datos de filiación completos, ya que la historia clínica es un documento legal, a la vez un soporte tanto para el personal de salud y pacientes.
- Que se ordenen los registros estadísticos del Subcentro, ya que la búsqueda de una historia clínica se torna complicada y quita tiempo tanto a la enfermera como a los usuarios.
- Que la parte gubernamental se preocupe más en fomentar la educación en las zonas rurales que existen en nuestra provincia.
- Que mejore la infraestructura del Subcentro ya que el espacio es pequeño para la gran afluencia de pacientes.
- Que se organicen campañas para reducir el índice de natalidad en las zonas rurales de la provincia de Santa Elena.

BIBLIOGRAFÍA

Ávila, H.L. (Ed.) (2006) *Introducción a la Metodología de la Investigación*. México: Edición electrónica.

Biosca, A., & Sort, R. (Eds.) (2006). Anatomía y fisiología. *Mentor Enciclopedia Temática Estudiantil*. (pp. 783). España: Océano Grupo Editorial, S.A.

Ecuador, M.S.P (2006). *Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva*. Ecuador: Dirección Nacional de Salud.

Echevarría, C. L. (Ed.) (2008). *Marketing Práctico*. Colombia: Ediciones Mayol.

Feher de la Torre, G. (Ed.) (2006). *Enfermería Maternoinfantil : anatomía y fisiología de la reproducción* (8ª ed.) México: Programas Educativos S.A

Fontanillo, M.E. & Riesco, P.M.(Eds.) (2006). *Smart Diccionario English – Spanish*. España: Océano Grupo Editorial, S.A.

Gispert, C. (Ed.) (2006) La reproducción: Definiciones. *Enciclopedia de la Sexualidad*. (Tomo 12). Madrid: Grupo Editorial Océano.

Gordon, M. (Ed.) (2006). Patrones Funcionales De Salud. *Diagnóstico Enfermero: Proceso Y Aplicación*. (3ª ed.). España: Mosby / Doyma Libros.

Heather, H. T. (Eds.) (2011). *NANDA International DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES 2009-2011*. España: ELSEVIER

Johnson, M., Maas, M. & Moorhead, S. (Eds.) (2006). *CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA*. (2^{da} ed.). España: ELSEIVER.

L.N.D. (Eds.) (2010). Planificación Familiar. *Manual Práctico de Enfermería*. (309) Uruguay: Pressur Corporation, S.A.

Mark, H., Beers, M. D. & Berkow, M. D. (Eds.) (2006). Planificación Familiar. *El Manual Merck* (10ª ed.). Madrid: Ediciones Harcourt España, S. A.

McCloskey, J. & Bulechek, G. (Eds.) (2006). Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (3ª ed.). España: ELSEIVER SCIENCE

Méndez, Á. C. (Ed.) (2006) *Metodología: Diseño y Desarrollo del Proceso de Investigación*. (4ª ed.). Bogotá: Limusa

Muñoz, C. R. (Ed.) (2005). *La Investigación Científica Paso a Paso*. Escuela Superior Politécnica Del Litoral (5ta. Ed.). Ecuador: ESPOL.

Palacios, M. R. (2006). Los métodos de control natal. Pearl, S. E., Berg, L. & Martin, D. (Eds.), *Biología*. (pp.1068-1074). México: McGraw-Hill Interamericana.

Pineda, E. B. & De Alvarado, E. (Eds.) (2008). *Metodología de la Investigación* Organización Panamericana de la Salud. (3ra. ed.). Washington: O.P.S

Piñero, G. R. (Ed.) (2006) *Diccionario de Enfermería*. México: Nueva Editorial Interamericana.

Puigserver, S., Prats, J. & Rovira, J. (Eds.) (2006). *Océano Uno Color Diccionario Enciclopédico*. España: Océano Grupo Editorial, S.A.

Robert, B. M., (Ed.) (2006). Embarazo. *Manual Merck: Información Médica Para el Hogar* (pp.1171). España: Océano Grupo Editorial, S.A.

Rosales, M. (Ed.) (2007). *Educación para la Sexualidad y el Amor. 9no. Año Básico*. Ecuador: La Esquina del Estudiante.

Ruiz, F.J., Álvarez, C., & Linares, A.M.(2009).*Enfermería Materno Infantil: Embarazo*. (pp.33). España: Cultural S.A.

Socasi, P., Zapata, P., Romero, M., Barrigas, D. & Morales, F. (Eds.) (2008). Gráficos. *Informática Básica*. (pp.377-403). Ecuador: Escuela Politécnica del Ejercito- Grupo impresor.

Valdivia, B. U., Granillo, P., & Villarreal, D. M. (2006). *Biología, la vida y sus proyectos: Reproducción Humana*. (Cap. 9). México: Publicaciones Cultural.

Zimmermann, M. (Ed.) (2006).*Sexualidad Programa Educativo* (4 vol.). España: Cultural, S. A.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albino, M. J. (2012, Abril 17). La enseñanza de la Iglesia Católica sobre la anticoncepción, el control de la natalidad y el aborto. *Foro de Teología Moral*. [Versión electrónica].

Disponible en: <http://www.foromoral.com.ar/respuesta.asp?id=108>

ANDES/OM. (2011, Marzo 3). La mujer ecuatoriana tiene en promedio 3.3 hijos, según cifras oficiales. Andes. [En línea], Español. Recuperado de: <http://andes.info.ec/2009-2011.php/?p=52245>

Avilés, P. E. (2006). Colonche. Enciclopedia del Ecuador. [Versión electrónica]. Ecuador: Enciclopedia del Ecuador, recuperado de: <http://www.encyclopediadelecuador.com/Indice.php?Ind=&Let=C>

Bellido, P. (2008). Paternidad Responsable [Versión Electrónica]. *Ginecología y Obstetricia*, (Vol. 41) Consultado 15 de Agosto, 2011. Recuperado de URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_41n1/paternidad.htm

C.A.T. (2008). Trabajo Infantil: Definición de Nivel Socioeconómico. Central Autónoma de Trabajadores-Chile. [Versión electrónica]. Extraído Agosto 28 del 2012. Desde: <http://www.asocialcatchile.galeon.com/enlaces1529295.html>

Definición de (2008) Definición de Natalidad. Definición de [Versión electrónica] extraído en agosto 27 del 2011

Disponible en: <http://definicion.de/natalidad/>

Diario la Primera. (2011, Enero 19). Asamblea sobre el plan de desarrollo y ordenamiento territorial. La Primera. Diario de la Provincia de Santa Elena. [En línea], Español. Recuperado de: <http://www.periodicolaprimeracom/2011/01/asamblea-sobre-plan-de-desarrollo-y.html>

Diccionario ABC (2007) Definición de Embarazo. Diccionario ABC [Versión electrónica] extraído en Agosto 27 del 2011

Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/embarazo.php>

Moncher, F. (2006, Mayo 14). Maternidad [Versión electrónica]. *Maternidad Y Paternidad: Los Cimientos Psicológicos Para La Seguridad Y Prosperidad De Los Niños En Un Mundo Cada Vez Más Complejo*, 13-14. Obtenido el 15 de Agosto, 2011 desde [http://www.fiamcbarcelona2006.org/pdf/S1.2.PsiCat._Moncher\(ESP\).pdf](http://www.fiamcbarcelona2006.org/pdf/S1.2.PsiCat._Moncher(ESP).pdf)

MSP (2011) Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar – ENIPLA. Ministerio de Salud Pública del Ecuador [Versión electrónica]. Extraído en Agosto 28 del 2011. Desde:

<http://www.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/ENIPLA/ENIPLA.pdf>

Natareno, A. (2011, Febrero 20). Arte Cultura & Actualidad. Directorio Electrónico de Guatemala [Versión electrónica] Extraído en Agosto 27 del 2011 Disponible en: <http://www.deguate.com/artman/publish/cultura-actualidad-guatemala/ques-es-la-cultura.shtml>

OMS (2011, Abril). Planificación Familiar. Organización Mundial de la Salud, N.- 351. Extraído en abril 18 del 2012. Desde:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/index.html>

UNICEF. (2006). El espaciamiento de los Nacimientos. Para la Vida- UNICEF [Versión electrónica] Extraído Agosto 28 del 2012. Desde:

<http://www.unicef.org/spanish/ffl/01/1.htm>

Wikipedia (25 de mayo 2011) Religión. Wikipedia enciclopedia libre. [Versión electrónica]. Extraído en Septiembre 5 del 2011

Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Religi%C3%B3n>

ANEXOS

ANEXO 1

PERMISO PARA OBTENCION DE DATOS

La Libertad, Agosto del 2011

Dr.

Director del Hospital Manglaralto

Área N° 2

Nosotras, Echáiz Del Pezo Adriana y Borbor Tumbaco Lucy, internas de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal de la Península de Santa Elena, con el objetivo de obtener el Título de Licenciadas en Enfermería, solicitamos a Ud. muy comedidamente, nos autorice realizar el trabajo de investigación en el Subcentro de salud Colonche sobre “FACTOR SOCIOECONÓMICO Y EDUCATIVO EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD COLONCHE 2011-2012.”

Adriana Echáiz del Pezo

C.I. 0927362343

Lucy Borbor Tumbaco

C.I. 0925919078

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene como finalidad garantizar que el sujeto ha expresado voluntariamente la intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la breve explicación que se le ha dado referente a la investigación a realizarse.

El estudio será realizado por Borbor Lucy Y Echaiz Adriana, Internas De Enfermería de La Universidad Estatal Península De Santa Elena con el tema de:
“FACTOR SOCIOECONÓMICO Y EDUCATIVO EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD COLONCHE 2011-2012.”

Al firmar este consentimiento yo accedo a dar la información que se requiere para el mencionado estudio, teniendo en cuenta que estos datos no serán revelados ni se utilizaran para fines no exclusivos de esta investigación; las integrantes se responsabilizaran de que se lleve a cabalidad esta normativa que respalda al sujeto de estudio.

Si existen interrogantes durante el lapso del estudio, serán aclaradas en el proceso del mismo con la finalidad de no causar distorsión de la información vertida.

Nombre del paciente o sujeto colaborador:

Firma:

Fecha:

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE OBTENCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA PARA TOMA DE DATOS

OBJETIVO: Recopilar los datos acerca de las situaciones que influyen en la utilización de métodos anticonceptivos en las mujeres que acuden al Subcentro De Salud Colonche.

Fecha:

Nº de Encuesta:

Datos de Identificación

Edades:

RANGO DE EDADES							
14-18			19-23			24-28	
29-33			34-38			39-45	

Procedencia: _____

Estado Civil: _____

Nº de Hijos: ___ Vivos: ___ Fallecidos: ___

Abortos: _____

Gestante: Si _____ No _____

Nº de personas que habitan en su hogar: _____

1- Influencia de Situaciones

1.1. Socioeconómica

1.1.1. ¿Cuál es su nivel de ingreso?

Menor \$ 292

\$ 300 - 350

\$ 350 - 400

1.1.2. ¿Cuál es la preferencia en sus gastos?

Vestimenta

Salud

Alimentación

1.1.3. ¿Cómo es la infraestructura de su vivienda?

Caña

Mixta

Bloque

1.1.4. ¿El que aporta económicamente en su hogar trabaja?

Rara vez

Temporalmente

Permanente

1.2 Religión

1.2.1 ¿Cuál de estas religiones predica?

Católica

Evangélica

Testigo De Jehová

Ninguna-cree en Dios

1.3 Cultura

1.3.1 ¿Cuál de estos mitos cree Ud. que ayudan a la anticoncepción?

- Lactancia materna
- Posiciones sexuales
- Miccionar
- Duchas vaginales
- Ninguna

1.3.2 ¿Tiene algún hábito para no quedar embarazada?

- Remedios caseros
- Ninguno

1.3.3 ¿Con cuál de estas tradiciones se identifica?

- Machismo
- Decisión de pareja

1.4 Educación

1.4.1 ¿Cuál es su nivel de educación?

- Analfabeto
- Primaria
- Secundaria
- Superior

1.4.3 ¿Tiene conocimiento acerca de la planificación familiar?

- Si
- No

2. Uso de métodos anticonceptivos

2.1 ¿Qué tipo de método anticonceptivo utiliza? Si la opción es 6 no pasar a la ¿? 2.2. y continuar con la siguiente.

- 1.-Barrera
- 2.-Natural
- 3.-Anticoncepción hormonal
- 4.-Químicos
- 5.-Permanentes
- 6.-Ninguno

2.2. De acuerdo al tipo de anticonceptivo escogido en la pregunta 2.1 ubicarse en el ítems correspondiente.

1.-Barrera

Preservativo

Diafragma

2.-Natural

Método De Ritmo

Temperatura Basal

Moco Cervical

Coito Interrumpido

Mela

3.-Anticoncepción hormonal

Píldora

Parche Subdérmico

Inyectable

Implante subdermico

4.-Químicos

DIU

5.-Permanentes

Ligadura de Trompas

Vasectomía

6.-Ninguno

ANEXO 5

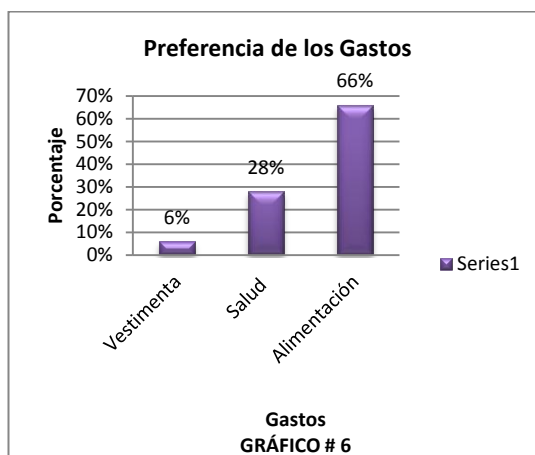
PRESUPUESTO

CANTIDAD	RECURSOS	RUBROS	
	ACTIVIDAD	Costo Unitario	Costo Total
50	Bolígrafos	0,30	15,00
20	Marcadores	0,55	11,00
10	Lápices	0,25	2,50
5	Correctores	0,75	3,75
5	Borrador	0,50	2,50
2	Cuadernos	1,25	2,50
4	Carpetas	1,00	4,00
8	Anillados	1,25	10,00
3	Empastados	10,00	30,00
3	Resma De Hojas A4	5,00	15,00
20	Pliegos De Papel Bond	0,25	5,00
300	Fotocopias	0,02	6,00
5	Afiches	8,00	40,00
800	Impresiones	0,15	120,00
150	Hora De Internet	0,75	112,50
3	CD	1,00	3,00
2	Pen-Drive	10,00	20,00
100	Alimentación	1,50	150,00
80	Transporte Sta. Elena- Colonche	1,25	100,00
30	Transporte Guayaquil	10,00	300,00
TOTAL			\$832.75

ANEXO 6

CUADROS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

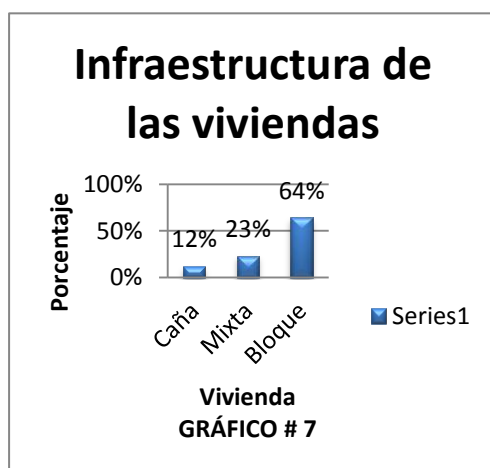
CUADRO Y GRÁFICO: PREFERENCIAS DE GASTOS



USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
UPSE 2012		
¿CUÁL ES LA PREFERENCIA DE SUS GASTOS?		
GASTOS	N.-	%
Vestimenta	8	6%
Salud	38	28%
Alimentación	90	66%
Total	136	100%
FUENTE: ENCUESTAS EJECUTADAS		
ELABORADO POR: BORBOR, L. & ECHÁIZ, A.		
CUADRO # 5		

En las encuestas realizadas a las 90 mujeres fértiles que acuden al Subcentro de Salud Colonche, encontramos que de los ingresos económicos el 66% invierte más en la alimentación, el 28% en la educación y el 6% en la vestimenta.

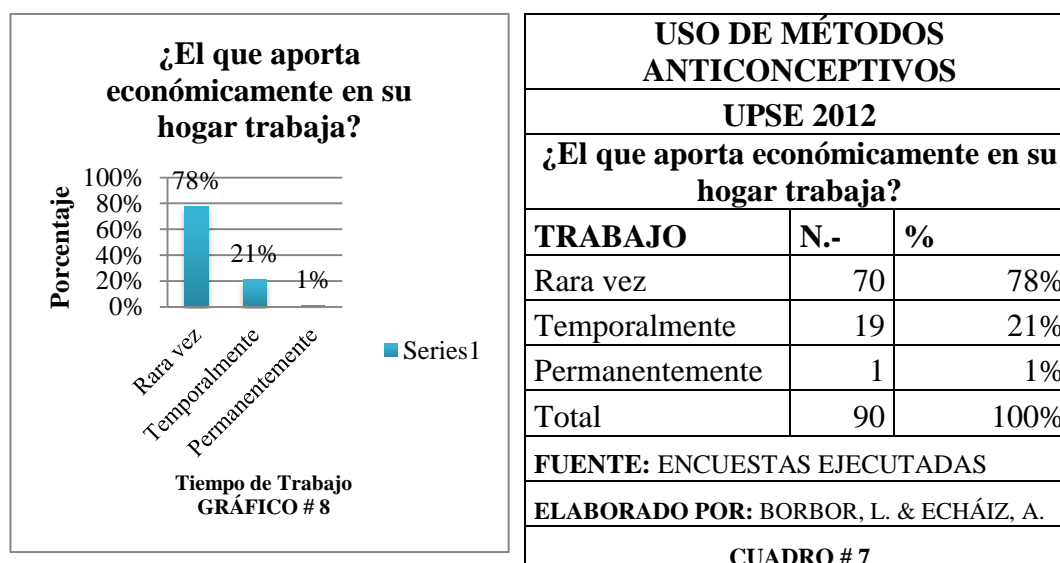
CUADRO Y GRÁFICO: INFRAESTRUCTURA DE VIVIENDAS



USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
UPSE 2012		
¿Cómo es la infraestructura de su vivienda?		
VIVIENDA	N.-	%
Caña	11	12%
Mixta	21	23%
Bloque	58	64%
Total	90	100%
FUENTE: ENCUESTAS EJECUTADAS		
ELABORADO POR: BORBOR, L. & ECHÁIZ, A.		
CUADRO # 6		

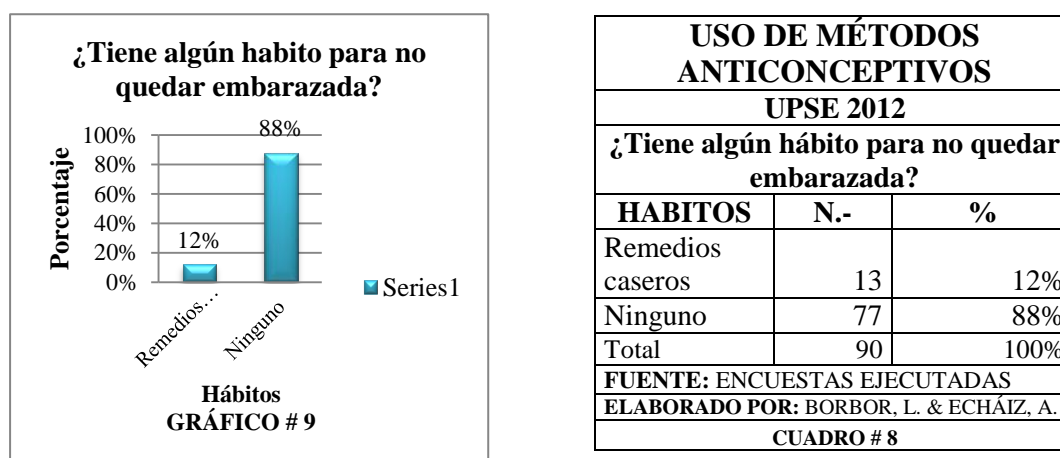
De las 90 encuestas ejecutadas en las mujeres que acuden al Subcentro, la infraestructura de las viviendas realiza en un 64% de bloque, 23% las mixtas y un 12% las de caña.

CUADRO Y GRÁFICO: APOORTE ECONÓMICO EN EL HOGAR



Luego de obtener los datos de las 90 encuestas realizadas en el Subcentro de Colonche se obtuvo que un 78% trabajan rara vez, 21% temporalmente y 1% tiene un trabajo permanente.

CUADRO Y GRÁFICO: HÁBITOS PARA NO QUEDAR EMBARAZADA



De las 90 encuestas aplicadas encontramos que el 88% de mujeres no presenta hábito alguno para prevenir el embarazo y el 12% cree en los remedios caseros.

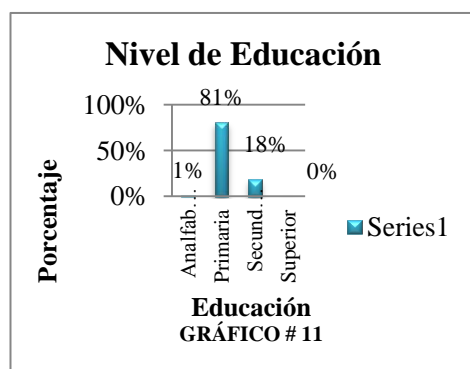
CUADRO Y GRÁFICO: TRADICIONES



USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
UPSE 2012		
¿Con cuál de estas tradiciones se identifica?		
TRADICIONES	N.-	%
Machismo	5	6%
Decisión de pareja	80	89%
Decisión de mujer	5	6%
Total	90	100%
FUENTE: ENCUESTAS EJECUTADAS		
ELABORADO POR: BORBOR, L. & ECHÁIZ, A.		
CUADRO # 9		

En las 90 encuestas realizadas se obtuvo que con respecto a las tradiciones se destaca que el 89% las decisiones son en pareja, y mientras que decisión de mujer y el machismo se encuentran en el mismo nivel con un 6%.

CUADRO Y GRÁFICO: NIVEL DE EDUCACIÓN



USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
UPSE 2012		
¿Cuál es su nivel de educación?		
EDUCACION	N.-	%
Analfabeto	1	1%
Primaria	73	81%
Secundaria	16	18%
Superior	0	0%
Total	90	100%
FUENTE: ENCUESTAS EJECUTADAS		
ELABORADO POR: BORBOR, L. & ECHÁIZ, A.		
CUADRO # 10		

De las 90 encuestas realizadas la primaria como nivel de educación es la que prevalece en la comunidad con el 81%, seguida de la secundaria con un 18%, encontrándose en 0% la educación superior y analfabetismo en 1%.

CUADRO Y GRÁFICO: TIPOS Y CLASIFICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

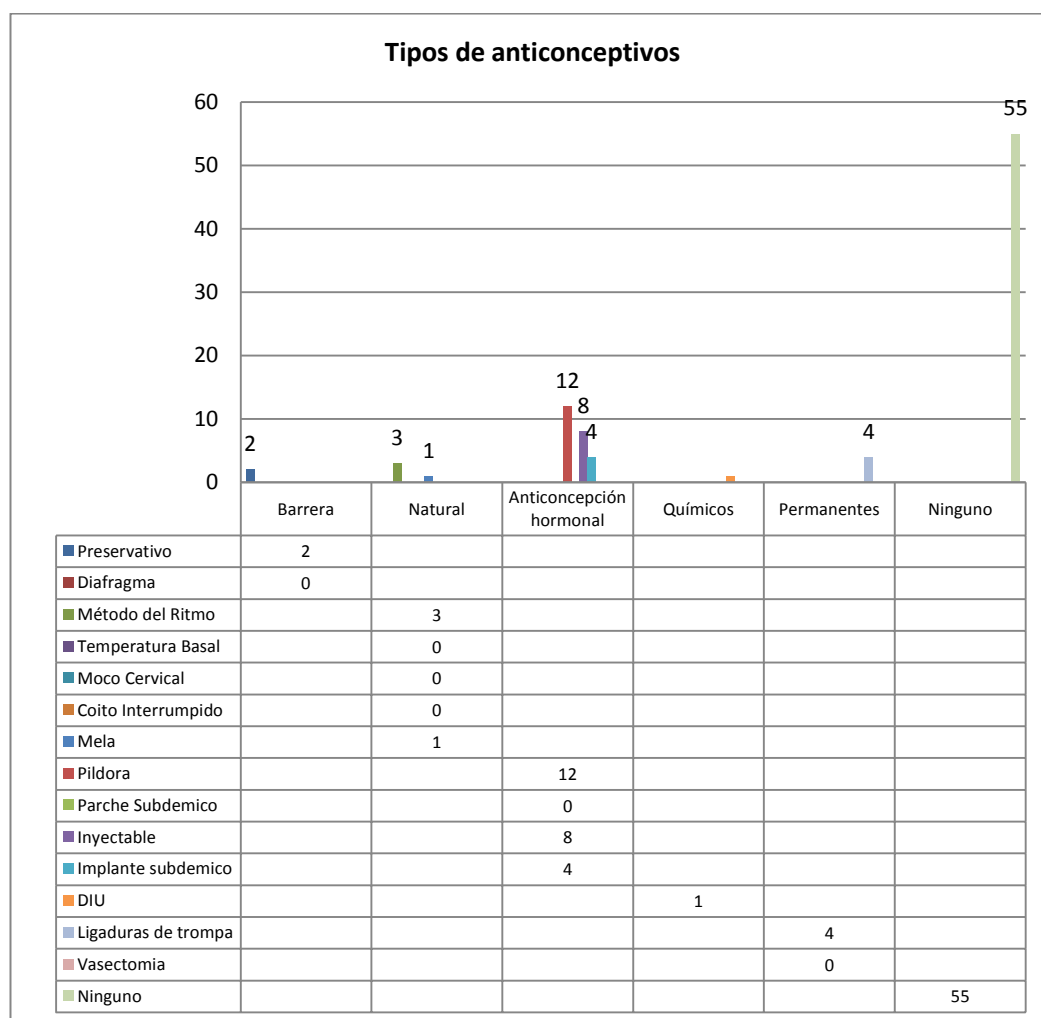


GRÁFICO # 12

Fuente: Clasificación de Métodos Anticonceptivos.

Elaborado por: Borbor L. & Echáiz A.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS																
UPSE 2012																
De acuerdo al tipo de anticonceptivo escogido, ubicarse en el ítems correspondiente																
ANTICONCEPTIVOS	Preservativo	Diafragma	Método del Ritmo	Temperatura Basal	Moco Cervical	Coito Interrumpido	Mela	Píldora	Parche Subdérmico	Inyectable	Implante subdérmico	DIU	Ligaduras de trompa	Vasectomía	Ninguno	Total
Barrera	2	0														2
Natural			3	0	0	0	1									4
Anticoncepción hormonal								12	0	8	4					24
Químicos												1				1
Permanentes													4	0		4
Ninguno															55	55
Total																90
FUENTE: ENCUESTAS EJECUTADAS																
ELABORADO POR: BORBOR, L. & ECHÁIZ, A.																
GRÁFICO # 11																

ANEXO 7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Visitando el Hospital Manglaralto con la finalidad de obtener el permiso para nuestra investigación en el Subcentro de Salud Colonche.



Nos encontramos en el Subcentro de Colonche, conociendo las instalaciones del mismo y comunicarle al personal el trabajo a realizar.



En el Subcentro de Salud Colonche, aplicando la prueba piloto con el respectivo formulario.



Imágenes del problema presente en la comunidad, señoras con un espaciamiento menor de 1 año entre hijos.



Se comienza a ejecutar nuestro instructivo para la recolección de datos en el Subcentro de Salud.



Seguimos recogiendo datos a través de las encuestas en el Subcentro de Salud.



Realizando encuestas a los usuarios del Subcentro de Salud Colonche.

GLOSARIO

Alveolos: Bolsas diminutas de aire en las terminaciones de los bronquiolos (ramificaciones diminutas de tubos de aire) en los pulmones.

Catolicismo: que comprende todo, es un término que hace referencia al carácter de la fe profesada por los fieles de la Iglesia católica apostólica romana.

Cilios: Cada uno de los filamentos delgados y permanentes de los protozoos ciliados y de algunas células mediante los que se efectúa la locomoción de las células en un medio líquido.

Copula: Acto sexual entre un macho y una hembra:

Erección: Endurecimiento del pene a base de un aumento de la turgencia y la rigidez del miembro.

Esmegma: Materia blancuzca, análoga al jabón humedecido, que se encuentra en el hombre en el surco balanoprepucial, y en la mujer entre los labios menores y el clítoris; es debida a la descamación de las células epiteliales de los órganos genitales.

Feromonas: Sustancia excretada por algunos animales que influye en el comportamiento de los de su misma especie.

Fértil: Se aplica al ser vivo que se reproduce por medios naturales o que es capaz de fecundar.

Fimbrias: Cada una de las proyecciones terminales de las trompas de Falopio que abrazan a los ovarios y tienen como función recoger el óvulo liberado durante la ovulación.

Flacidez: Blandura, falta de consistencia.

Folículos: Órgano pequeño en forma de saco situado en la piel o en las mucosas.

Frigidez: Falta de deseo sexual:

Galactóforos: Dícese del conducto que transporta leche, como los conductos excretores de la glándula mamaria.

Gónadas: Las gónadas son los órganos reproductores que producen los gametos, o células sexuales (los órganos equivalentes de las plantas se llaman gametangios).

Inducido: Circuito giratorio acoplado al inductor y capaz de generar una corriente eléctrica.

Membranoso: Que está formado por membranas o que es parecido a ellas.

Morfofisiología: Parte de la biología que estudia la forma de los seres orgánicos y de las modificaciones o transformaciones que experimenta.

Oblicuo: Sesgado, inclinado al través o desviado de la horizontal.

PROPUESTA



**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR; MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS; LA
MULTIPARIDAD, DIRIGIDO A LAS MUJERES
QUE ACUDEN AL “SUBCENTRO DE SALUD
COLONCHE”.**

**AUTORAS: ADRIANA JAZMÍN ECHÁIZ DEL PEZO
LUCY VIVIANA BORBOR TUMBACO**

TUTORA: LCDA. VILMA ARCE CASTILLO

LA LIBERTAD – ECUADOR

2012

CONTENIDOS:**ANTECEDENTES****MARCO INSTITUCIONAL****OBJETIVO GENERAL****OBJETIVOS ESPECÍFICOS****BENEFICIARIOS****METODOLOGÍA****UNIVERSO DEL TRABAJO****META****SOSTENIBILIDAD****FUENTES DE FINANCIAMIENTO****ACTIVIDADES****PRESUPUESTO****CRONOGRAMA****EVALUACIÓN****BIBLIOGRAFÍA**

ANTECEDENTES

La parroquia Colonche posiblemente por su situación geográfica -totalmente alejada de los principales centros poblacionales y comerciales, no ha logrado desarrollarse adecuadamente y permanece en una situación de casi abandono por parte de las autoridades competentes, de acuerdo al estudio realizado refleja que quienes habitan en la comunidad mencionada, debido al desconocimiento de temas tan importantes como la planificación familiar y los métodos anticonceptivos que tienen las mujeres que acuden al Subcentro de salud Colonche; ya sean por los diferentes factores a los que están inmersos como la baja estabilidad socioeconómica, educativa y cultural que conllevan a otras situaciones como pobreza, desnutrición, enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, complicaciones en el embarazo, óbitos fetales y la más grave inducirse un aborto cuando el embarazo no es deseado.

A pesar que es un tema de pareja (hombre y mujer), ya que no solo la mujer está involucrada en el proceso de la reproducción; se evidencia una despreocupación por parte del hombre, debido a esto las mujeres tienen una mayor responsabilidad en el control de la natalidad.

Es por esto que nuestra propuesta trata de promocionar y educar a las madres y por qué no, a los padres de familia, en temas relacionados con la planificación familiar y los métodos anticonceptivos para incentivar a promover una maternidad y paternidad responsable, mediante charlas programadas con la finalidad de que obtengan conocimientos y los mismos sean de utilidad en la vida familiar.

MARCO INSTITUCIONAL

El cantón Santa Elena tiene diferentes comunidades entre parroquias, recintos situadas en zonas urbanas y rurales, en el ámbito de salud, por ser el cantón más extenso territorialmente de la provincia, no todas las poblaciones que lo conforman cuentan con un centro de salud; los ciudadanos y ciudadanas acuden al más cercano. La parroquia Colonche y sus recintos son parte del cantón Santa Elena, cuenta con un Subcentro de Salud, el que es atendido por profesionales de salud “Rural”, en el se brinda atención en los siguientes campos: medicina general, odontología, obstetricia y actividades de enfermería relacionados con los programas del ministerio de salud pública (M.S.P.). Este personal es enviado por el M.S.P. de nuestro país por el lapso de un año, la auxiliar de enfermería es de planta y se encuentra de manera estable en la institución.

El Subcentro de salud Colonche cuenta con los servicios básicos supeditado a bajo la administración del Hospital Manglaralto perteneciente al área N° 2 por medio de este llegan al mismo medicinas gratuitas, productos biológicos (vacunas), insumos básicos necesarios para atender a la comunidad. Las mujeres son quienes más acuden a este Subcentro, ya sea para su atención o algún miembro de su familia. Se puede observar a una madre de familia con dos hasta cuatro niños menores de edad y con un espaciamiento de edad corto y que por su apariencia se deduce que son de escasos recursos económicos. O por el contrario a una adolescente con un niño en brazos, la misma que hace uso de un método anticonceptivo sólo por referencia sin tener conocimiento sobre beneficios o desventajas que pueden tener sobre su organismo o su cuerpo.

Se nota que la recurrencia al obstetra es poca y de acuerdo con el estudio realizado anteriormente es mucho el desconocimiento que tienen las mujeres de este sector en cuanto a los métodos anticonceptivos y la relación de estos con la planificación familiar. Tornándose este punto como objetivo principal de esta investigación la educación plasmada en este programa dirigido a las pacientes que acuden al Subcentro de salud Colonche y comunidad en general.

OBJETIVO GENERAL

Educar a las mujeres en edad reproductiva, que asisten al Subcentro de Salud Colonche, acerca del uso de métodos anticonceptivos, planificación familiar y temas relacionados con la concepción mediante un programa educativo con la finalidad que obtengan conocimientos y sean de utilidad en su vida familiar.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Diseñar trípticos que contengan información completa y comprensible para el lector sobre temas a tratar en las charlas educativas.
- Elaborar estrategias de motivación en los participantes del programa educativo con el propósito de evitar que se retiren del mismo.
- Aplicar conocimientos científicos para capacitar a las mujeres participantes con la finalidad de aclarar dudas.
- Mostrar a las mujeres los tipos de anticonceptivos y modo de usarlos, para un mejor entendimiento.
- Evaluar a las participantes una vez terminadas las charlas, para determinar el grado de captación adquirida premiando a las que respondan correctamente con un pequeño obsequio.
- Motivar a las mujeres fértiles y que tengan una vida sexualmente activa al uso de métodos anticonceptivos.

BENEFICIARIOS

DIRECTOS

- Mujeres en edad fértil sexualmente activas y gestantes que acuden regularmente al centro de salud.

INDIRECTOS

- Parejas de las participantes
- Familias
- Comunidad
- Personal del Subcentro de salud

METODOLOGÍA

Participativa: es un programa que facilita la interacción de las participantes con el expositor realizando preguntas, y a la vez permitirles opinar sobre temas de interés.

Reflexiva: los temas a tratar harán que las mujeres reflexionen sobre la importancia del uso de los métodos anticonceptivos, además de relatar historias referentes a las situaciones actuales que viven familias de bajo recursos y las enfermedades a las que se exponen los niños que no tienen una adecuada salud.

Demostrativa: se utilizara materiales didácticos, folletos e incluso los tipos de anticonceptivos que existe para que no tengan ideas erróneas sobre ciertos métodos y la vez aclarando las dudas acerca de los mismos.

UNIVERSO DE TRABAJO

El universo de trabajo es con 100 participantes que asistan al Subcentro de salud Colonche del Cantón Santa Elena.

META

El éxito de este trabajo es capacitar aproximadamente a 70 participantes entre hombres y mujeres acerca de la planificación familiar y los métodos anticonceptivos.

SOSTENIBILIDAD

Para la ejecución de la propuesta se desarrollará un programa educativo, el mismo que se dictara en la Junta Parroquial de Colonche ya que ésta cuenta con un espacio físico, amplio y con disponibilidad abierta durante el mes de Junio, los días viernes de cada semana, a donde acudirán los participantes interesados en los temas a exponer.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

- Internas de enfermería
- Equipo de salud responsable del Subcentro
- Contribución de la comunidad
- Apoyo del personal que forma parte de la Junta Parroquial De Colonche.
- MSP. Hospital Manglaralto.

ACTIVIDADES

PLAN DE CHARLA DÍA 1

TEMA		-BREVE RESUMEN SOBRE EL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y MASCULINO -PLANIFICACIÓN FAMILIAR , VENTAJAS Y DESVENTAJAS			
OBJETIVO		EDUCAR A LAS PARTICIPANTES SOBRE LA FISIOLOGÍA DE LOS APARATOS SEXUALES QUE INTERVIENEN EN LA REPRODUCCIÓN			
PARTICIPANTES		MUJERES			
LUGAR		CASA PARROQUIAL COLONCHE			
TIEMPO		1 HORA			
FECHA	HORA	TIEMPO	CONTENIDO	TÉCNICAS/RECURSOS	EVALUACIÓN
	10H00 A 11H00	<ul style="list-style-type: none"> • PRESENTACIÓN:5MIN • EXPOSICIÓN: 20MIN • PARTICIPACIÓN: 10MIN • DINÁMICA: 15MIN • RETROALIMENTACIÓN • EVALUACIÓN • REFRIGERIO 	<p>Definiciones y función del aparato reproductor femenino y masculino</p> <p>Planificación familiar , ventajas y desventajas</p>	<p>FOLLETOS TRÍPTICOS ROTAFOLIO REFRIGERIO</p>	<p>¿Cuáles son el órgano sexual femenino interno? Descríbalos -mencione los órganos sexuales femeninos internos. ¿Cuál es la función del útero? ¿Cómo interviene el aparato reproductor masculino en la reproducción? ¿Según su criterio que es la planificación familiar? Describa las ventajas de la planificación familiar</p>

PLAN DE CHARLA DÍA 2

TEMA		PATERNIDAD Y MATERNIDAD RESPONSABLE -IMPORTANCIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS			
OBJETIVO		CONCIENTIZAR A LOS PARTICIPANTES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ADEMÁS QUE CONOZCAN EL VERDADERO SIGNIFICADO DE PATERNIDAD Y MATERNIDAD RESPONSABLE.			
PARTICIPANTES		MUJERES			
LUGAR		CASA PARROQUIAL COLONCHE			
TIEMPO		1 HORA			
FECHA	HORA	TIEMPO	CONTENIDO	TÉCNICAS/RECURSOS	EVALUACIÓN
	10H00 A 11H00	<ul style="list-style-type: none"> • PRESENTACIÓN:5MIN • EXPOSICIÓN: 20MIN • PARTICIPACIÓN: 10MIN • DINÁMICA: 15MIN • RETROALIMENTACIÓN • EVALUACIÓN • REFRIGERIO 	Definición: PATERNIDAD Y MATERNIDAD RESPONSABLE -IMPORTANCIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	FOLLETOS TRÍPTICOS ROTAFOLIO REFRIGERIO	¿Qué entiende usted por paternidad y maternidad responsable? ¿Qué importancia tienen los métodos anticonceptivos? ¿Nuestro país se preocupa por este tema? ¿Por qué?

PLAN DE CHARLA DÍA 3

TEMA		CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS			
OBJETIVO		EDUCAR E INFORMAR SOBRE EL TIPO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE EXISTEN, SU EFECTIVIDAD Y EL MODO DE USO QUE PUEDEN SER UTILIZADOS POR LAS PAREJAS QUE LLEVAN UNA PLANIFICACIÓN FAMILIAR			
PARTICIPANTES		MUJERES			
LUGAR		CASA PARROQUIAL COLONCHE			
TIEMPO		1 HORA			
FECHA	HORA	TIEMPO	CONTENIDO	TÉCNICAS/RECURSOS	EVALUACIÓN
	10H00 A 11H00	<ul style="list-style-type: none"> • PRESENTACIÓN: 5MIN • EXPOSICIÓN: 20MIN • PARTICIPACIÓN: 10MIN • DINÁMICA: 15MIN • RETROALIMENTACIÓN • EVALUACIÓN • REFRIGERIO 	CLASIFICACIÓN DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS POR TIPOS Y USO.	FOLLETOS TRÍPTICOS ROTA FOLIO REFRIGERIO	<p>¿Qué incluyen los métodos de barrera?</p> <p>¿Cuáles son los métodos naturales?</p> <p>Utilizaría el método del ritmo en un ciclo irregular. ¿Por qué?</p> <p>¿Cuál es la función del implante subdérmico y a qué grupo pertenece?</p>

PRESUPUESTO

DETALLE DEL PRESUPUESTO				
Material		Cantidad	Costo unitario	Costo total
Materiales de oficina:	Resma De Hojas A4	1	5.00	5.00
	Cuadernos 60hjs Grapados	70	0.50	35.00
	Lápices	70	0.25	17.50
	Bolígrafos	10	0.30	3.00
	Marcadores	6	0.55	3.30
	Pliegos De Papel Bond	20	0.25	5.00
	Cartulinas	15	0.35	5.25
	Tijeras	4	0.50	2.00
	Goma	4	0.30	1.20
Materiales Electrónicos	Pen-Drive	2	10.00	20.00
	Retroproyector (alquiler)	Por hora	5.00	20.00
	Impresión de Trípticos.	100	0.20	20.00
	Internet	Por hora	0.70	2.10
Refrigerio	Colas 3 litros.	10	2.30	23.00
	Galletas universal	3	1.45	4.35
	Vasos descartables paquetes	8	0.75	6.00
			TOTAL	172.70

CRONOGRAMA

FECHA	TEMA	RESPONSABLE
	BREVE RESUMEN SOBRE EL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y MASCULINO CICLO MENSTRUAL -PLANIFICACIÓN FAMILIAR , VENTAJAS Y DESVENTAJAS	INTERNOS DE ENFERMERÍA
	-PATERNIDAD Y MATERNIDAD RESPONSABLE -IMPORTANCIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	INTERNOS DE ENFERMERÍA
	CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	INTERNOS DE ENFERMERÍA
	-EMBARAZO -ESPACIAMIENTO RECOMENDADOS	INTERNOS DE ENFERMERÍA

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DE PRODUCTO

Con la aplicación del programa educativo en el Subcentro de Salud Colonche dirigida a las mujeres en edad reproductiva, se pretende que ellas tengan conocimientos básicos y necesarios relacionados, a la planificación familiar, el uso de métodos anticonceptivos además de temas referentes a la concepción; se determinará si se cumplió el objetivo planteado mediante la asistencia de participantes a las charlas impartidas, preguntas y respuestas vinculadas con los temas de exposición, donde se demostrará el interés de los concurrentes.

Luego se evaluará si la comunidad se concientizó que el uso de métodos anticonceptivos es la mejor opción en la actualidad, época en que la crisis económica no permite tener tantos hijos, con los datos estadísticos del Subcentro en los meses subsiguientes se verificará si se dió un aumento en la utilización de métodos contraceptivos para la planificación familiar en las usuarias.

De esta manera se sabrá si la propuesta obtuvo el éxito esperado.

EVALUACIÓN DE PROCESO

- Se determinará si el diseño de los trípticos destinados a la invitación del programa educativo fue adecuado por la aceptación que se espera de la comunidad.
- Con las estrategias que se aplicarán se motivará a las participantes para tener un mínimo número de abandonos del programa. Que serán controladas con una hoja de asistencia.
- Se aplicarán los conocimientos científicos al momento de impartir las charlas empleando un lenguaje adecuado para la comprensión de las participantes respondiendo sus preguntas e inquietudes.

- La presentación de los anticonceptivos para las participantes será de ayuda pues con esto lograrán receptor más información, incluyendo la explicación que se dará sobre los mismos.
- Se evaluará a las participantes cada vez que se concluyan las charlas, se llevará cuantificados los obsequios y se determinará cuantas preguntas serán respondidas acertadamente.
- Concluido el programa las participantes habrán adquirido conocimientos relacionados a planificación familiar y métodos anticonceptivos, luego serán motivadas para que quede como interrogante si harán uso o no de los mismos, además de indicárseles la gratuidad de ellos y donde obtenerlos.

BIBLIOGRAFÍA

Ecuador, M.S.P (1999). Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva. Ecuador: Dirección Nacional de Salud.

Feher de la Torre, G. (Ed.) (2002). Enfermería Maternoinfantil: anatomía y fisiología de la reproducción (8ª ed.) México: Programas Educativos S.A.

Zimmermann, M. (Ed.) (2001). Sexualidad Programa Educativo (4 vol.). España: Cultural, S. A.

Ávila, H.L. (Ed.) (2006) *Introducción a la Metodología de la Investigación*. México: Edición electrónica.

Echevarría, C. L. (Ed.) (2008). *Marketing Práctico*. Colombia: Ediciones Mayol.

Méndez, Á. C. (Ed.) (2006) *Metodología: Diseño y Desarrollo del Proceso de Investigación*. (4ª ed.). Bogotá: Limusa.