



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

Nivel de conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos en mujeres de 35 años a 45 años, que concurren al centro de salud público de San José de Mayo en el período Enero 2019 – Junio 2019

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Alexandra Pérez

Br. Laura Meyer

TUTORA: Ex-Prof. Adj. Obst. Part. Cecilia Fernández

Montevideo, Abril 2020

AGRADECIMIENTOS

A quienes formaron parte de este trabajo de investigación, que prestaron su colaboración para poder lograr este proyecto.

A la Prof. Adj. Obst. Part Cecilia Fernández, quien es la Tutora de nuestro trabajo final, por la paciencia y dedicación durante todo el proceso.

A la Dra Sofía Graciela Castellano, quien nos ayudó en el análisis y procesamiento de datos.

A la Directora Lorena Saavedra del Centro de Salud de San José de Mayo, quien nos dio autorización para poder realizar las encuestas en dicha institución, y a todo el personal del centro, especialmente a la Lic. Nadia Scott que nos recibió y nos acompañó en todo el proceso de recolección de datos.

A nuestras familias y a todas aquellas personas que nos acompañaron siempre en todo el trabajo y la carrera.

TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA.....	1
AGRADECIMIENTOS.....	2
ÍNDICE.....	3
RESUMEN ESPAÑOL.....	5
RESUMEN INGLÉS.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I.....	18
I.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
I.2 MARCO TEÓRICO.....	22
I.2.1 Salud sexual y reproductiva.....	22
I.2.2 Sexualidad.....	25
I.2.3 Violencia basada en género.....	27
I.2.4 Género.....	30
I.2.5 Creencia religiosa.....	33
I.2.6 Educación sexual.....	35
I.2.7 Planificación familiar.....	37
I.2.8 Ciudadanía.....	40
CAPÍTULO II.....	42
II.1 OBJETIVO GENERAL.....	42
II.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
CAPÍTULO III.....	43
METODOLOGÍA.....	43
CAPÍTULO IV.....	53
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	53

CAPÍTULO V	65
V.1 CONCLUSIONES.....	65
V.2 RECOMENDACIONES.....	72
BIBLIOGRAFÍA.....	73
ANEXOS:	
Tablas de resultados.....	80
Encuesta.....	87
Consentimiento informado.....	90
Comprobante de aprobación del CHPR.....	93
Ley en salud sexual y reproductiva.....	95

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Se estudió el Nivel de conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos en mujeres de 35 a 45 años que concurrieron al Centro de salud público de la ciudad de San José de Mayo en el período Enero 2019 – Junio 2019. El motivo de este estudio fue obtener estadísticas actuales acerca del nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en este grupo de mujeres, ya que es primordial que ellas conozcan los diferentes métodos y así evitar embarazos no deseados, abortos, muertes maternas, infecciones de trasmisión sexual y demás problemas socioeconómicos que esto trae consigo.

OBJETIVOS: Conocer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y elección de los mismos en mujeres de 35 a 45 años que concurren al centro de salud público de San José de Mayo en el periodo Enero– Junio 2019.

Objetivos específicos:

Relevar el nivel de asesoramiento de la usuaria sobre métodos anticonceptivos en general y del que se encuentre usando actualmente.

Razones por las que eligieron dicho método.

Conocer la historia de la usuaria en métodos anticonceptivos.

Conocer el nivel de satisfacción con los mismos.

Conocer el método anticonceptivo elegido según paridad, creencias religiosas y educación.

DISEÑO METODOLÓGICO: Se realizó un estudio mixto, descriptivo, el tipo de diseño observacional, transversal. Fue una muestra por conveniencia.

Para la recolección de datos, se realizaron encuestas personalmente, de forma anónima, con consentimiento informado; las preguntas fueron cerradas y se derivaron en variables.

El análisis de datos se realizó con el programa Epi info versión 7 y calculadora: social science statistics.

Las variables cualitativas se expresaron como proporciones, (frecuencias absolutas y relativas), en tablas y gráficos.

Para la variable cuantitativa (edad), se utilizó el promedio y el desvío estándar.

Se evaluó la asociación estadística de las variables cualitativas mediante test de chi cuadrado y test de Fisher.

SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN:

En cuanto al objetivo general ya mencionado, se dieron los siguientes resultados:

Nivel de conocimiento de los MAC : Del total de las mujeres encuestadas, un 98% manifestó de manera afirmativa que conoce métodos anticonceptivos, pero al interrogar sobre el conocimiento del funcionamiento, la eficacia, los efectos adversos, las ventajas y la duración de los MAC, se observaron en todos los casos altos y preocupantes porcentajes de desconocimiento.

Utilización de los mismos: el MAC más utilizado en esta población estudiada fue el irreversible con un 32%.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: It was studied the level of knowledge and the utilization of contraceptive method in women of 35 to 45 years old, that attend to the Centro de Salud Público in the city San Jose de Mayo in the period of January 2019-June 2019. The aim of this study is obtain up to date statics about the level of knowledge and the use of it in this group of women, because is primordial that they know the different methods and avoid unwanted pregnancies, abortion, maternal death, sexual transmission infections, and others problems socio-economic that it brings.

OBJETIVES: know about the level of knowledge about contraceptive method and the choice of it in women of 35 to 45 years old, who attend to the outpatient's consultation of public hospital in San José de Mayo in the period of January-June 2019.

Specific objectives:

Relieve the level of counsel of the user about the contraceptives methods in general, and which uses currently.

Reason which they chose this method.

Know the history of the user with contraceptive method and the level of satisfaction with it.

Know the contraceptive method chosen according to parity, beliefs and education.

METHODOLOGICAL DESIGN: It is about a mix study, descriptive, the type of observational design, transversal. It was a sample for convenience.

For the recollection of data, it has been made personally survey, anonymously, with informed consent; the questions were closed and was derived in variables.

The analysis was realized with the programme Epi info version 7 and the calculator: social science statistics.

The qualitative variables that was expressed like proportions, (absolutes and relatives frequencies), in tables and graphics.

For the quantitative variable (age) it was used the average and the standard distract.

It was evaluated the statistic association of the qualitative variables by means of test of chi Cuadrado and test of Fisher.

SYNTESIS OF RESEARCH RESULTS: With regard to the general objective already mentioned, the following results were given:

Nivel de conocimiento de los MAC : Del total de las mujeres encuestadas, un 98% ha manifestado de manera afirmativa que conoce métodos anticonceptivos, pero al interrogar sobre el conocimiento del funcionamiento, la eficacia, los efectos adversos, las ventajas y la duración de los MAC se observan en todos los casos altos y preocupantes porcentajes de desconocimiento.

Level of knowledge of contraceptive methods: Of the total women surveyed, 98% have affirmatively stated that they are aware of contraception, but when questioning knowledge of the functioning, efficacy, adverse effects, benefits and duration of contraceptive methods are observed in all cases high and worrying percentages of ignorance.

Use of them: the most used contraceptive methods in this studied population is the irreversible with 32%.

INTRODUCCIÓN

El tema elegido es uno de los temas más trabajados en esta profesión, ya que las Obstetras Parteras están capacitadas para proporcionar a la comunidad una educación sanitaria adaptada culturalmente y de calidad, así como servicios de planificación familiar, para promover una vida familiar sana, embarazos deseados y planificados y una crianza saludable de los hijos. Consideramos que es crucial para el bienestar de las personas, en particular de las mujeres, y fundamental para su autodeterminación.

El MSP habilitó el 29 de noviembre del año 2017 a las Obstetras Parteras a contar con vademécum propio, por lo que las mismas estarían autorizadas a la prescripción de anticonceptivos.

Es importante que los seres humanos podamos vivir la sexualidad, expresión vital, sin sentirnos prisioneros de la reproducción. Es por ello que la anticoncepción es un derecho humano fundamental.

El equipo de salud debe acompañar y ayudar a las personas y parejas a identificar sus necesidades anticonceptivas y a tomar por sí mismos las mejores decisiones al respecto. Se debe utilizar un lenguaje comprensible y dar tiempo para que las personas expresen sus temores, dificultades, creencias y motivaciones en relación al uso de los diferentes métodos. La elección debe tomar en cuenta aspectos que hacen al ciclo vital (adolescencia, juventud, climaterio), su estilo de vida, sus valores, y la aceptabilidad del método para cada individuo o pareja. Se debe hacer hincapié en la seguridad, eficacia, comodidad y accesibilidad del método a elegir. (MSP, 2013, p.13, Dr. Aguirre. R).

Este compromiso conlleva la obligación de proveer toda la información y los recursos necesarios para que las personas puedan ejercer ese derecho, que incluye el derecho a la elección. La libre elección informada, además de un derecho, es uno de los componentes fundamentales de la calidad de la atención en planificación familiar y su implementación efectiva en los servicios.

La orientación respetará el derecho de la usuaria a escoger usar o no usar un método anticonceptivo y la libertad de escoger el método más apropiado o conveniente, de acuerdo a su proyecto de vida, características y preferencias.

La problemática de la salud sexual y reproductiva se ve reflejada en el mundo, muchas mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Gran parte de los embarazos no son planificados en el mundo.

Hay varios estudios que demuestran la incidencia que los factores culturales y sociales, entre otros, tienen frente a la concepción y al número de hijos de un país en un grupo determinado. Es por ello que nos planteamos el tema expuesto anteriormente, para estudiar el nivel de conocimiento y dar a conocer las razones de dicha elección en este grupo de mujeres en el área ya nombrada.

El área elegida es de interés personal, ya que una de las autoras de la investigación reside actualmente en la misma.

San José de Mayo es la capital departamental de San José, ubicada en el centro del departamento sobre la cuchilla San José y la margen derecha del río San José, a la altura del km 96 de la vía férrea Montevideo-Colonia y en la intersección de las rutas nacionales 3 y 11.

Dicho departamento cuenta con una amplia red de Centros asistenciales pertenecientes al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), dentro del cual se encuentra el Centro de Salud Público (ASSE).

San José cuenta con una población total de 108.309 habitantes, de los cuales 50 % pertenecen al sexo femenino. Para la Ciudad de San José de Mayo la población femenina es de 19.185 mujeres. Y dentro del total de los habitantes de San José de Mayo (hombres y mujeres), 16.756 personas están afiliadas a ASSE. De ellas, el 52,5 % son mujeres. (MSP 2017, p.4, 5 y 29).

En esta investigación se utilizarán los conceptos de salud sexual y reproductiva, sexualidad, género, violencia basada en género, creencias religiosas, educación sexual, planificación familiar, ciudadanía, entre otros, y se interrogará a las mujeres sobre si conocen los métodos anticonceptivos y adoptan estas conductas de autocuidado en su vida o hay una cuestión de género, de religión u otros factores que les impide tomar la decisión de cuidarse en su salud sexual y reproductiva.

Justificación y relevancia del tema

Durante cada año millones de mujeres se someten a abortos peligrosos.

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9% a un 61,8%, y en

América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7%. (OMS 2018, p. 2 y 3).

Consideramos que uno de los primeros pasos para reducir los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo, es brindar información de calidad y así facultar a fin de que la población tome decisiones conscientes basadas en información.

Los MAC como las píldoras, el preservativo, el DIU, la ligadura tubaria, entre otros, son los más conocidos en las mujeres en edad fértil. Cabe aclarar que la palabra "conocer" no significa necesariamente que la usuaria tenga un elevado nivel de información sobre el método, basta con que por lo menos conozca su nombre o tenga una idea de cómo se emplea.

Se reconoce que después de los 40 años, las mujeres siguen siendo fértiles y sexualmente activas, y hasta la mitad de ellas pueden quedar embarazadas. Además, los riesgos relacionados con el embarazo aumentan hasta 50 veces en este grupo de edad, en comparación con las mujeres que tienen entre 20 y 29 años, por lo que el uso y tipos de anticonceptivos utilizados adquieren relevancia. (Perdomo, 2004, p. 1).

Formulación y planteamiento del problema

Nivel de conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos en mujeres de 35 a 45 años, que concurren al Centro de Salud Público de la ciudad de San José de Mayo en el período Enero 2019 – Junio 2019.

El motivo de este estudio es obtener estadísticas actuales acerca del nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en este grupo de mujeres, ya que es primordial que ellas conozcan los diferentes métodos que existen y así evitar embarazos no deseados, abortos, muertes maternas,

infecciones de transmisión sexual, y demás problemas socio económicos que trae consigo.

Por ello es importante que las mujeres tengan conocimiento sobre los métodos anticonceptivos para que cuando decidan usarlos puedan hacerlo de manera correcta.

Este estudio nos ayuda a detectar carencias y/o necesidades en la población seleccionada, para abordarlos y mejorar en el área de la educación en referencia a educación sexual y métodos anticonceptivos, con el fin de que los usuarios y las usuarias obtengan información de calidad.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos en mujeres de 35 a 45 años que concurren al Centro de Salud Público de la ciudad de San José de Mayo en el período Enero 2019 – Junio 2019?

Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Conocer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y elección de los mismos en mujeres de 35 a 45 años, que concurren al Centro de Salud Público de San José de Mayo en el periodo Enero– Junio 2019.

Objetivos específicos:

Relevar el nivel de asesoramiento de la usuaria sobre métodos anticonceptivos en general y del que se encuentre usando actualmente

Razones por las que eligieron dicho método.

Conocer la historia de la usuaria en métodos anticonceptivos.

Conocer el nivel de satisfacción con los mismos.

Conocer el método anticonceptivo elegido según paridad, creencias religiosas y educación.

Metodología

Se trata de un estudio mixto, descriptivo, el tipo de diseño observacional, transversal. Se seleccionó una muestra por conveniencia.

Antes de la ejecución de este trabajo de investigación, se solicitó la autorización de la Directora de la Escuela de Parteras Prof. O.P Eliana Martínez y al Centro de Salud de San José de Mayo, Directora Lic. Psic. Lorena Saavedra para poder realizar el estudio.

La técnica de recolección de datos de la presente investigación fue la encuesta. La misma se define como: serie de preguntas que se hace a muchas personas para reunir datos, y para detectar la opinión pública sobre un asunto determinado. Estas preguntas se recogen en un papel impreso.

Esta fue evaluada por un profesional de la salud quien identificó la correspondencia de los ítems.

Dicho cuestionario se aplicó durante el periodo Enero-Junio del año 2019 en el Centro de Salud Público de la ciudad de San José de Mayo.

Estos cuestionarios fueron revisados exclusivamente con fines de investigación y la información obtenida fue de carácter confidencial no revelando la identidad u otra información personal de la usuaria.

Según el Principio de autonomía, los encuestados fueron previamente informados sobre el estudio, pudiendo de forma voluntaria ser partícipe del mismo. Se explicó que el mismo es de forma anónima.

El análisis de datos se realizó con el programa Epi info versión 7 y calculadora: social science statistics.

Las variables cualitativas se expresaron como proporciones, (frecuencias absolutas y relativas), en tablas y gráficos.

Para la variable cuantitativa (edad) se utilizó el promedio y el desvío estándar.

Se evaluó la asociación estadística de ciertas variables cualitativas mediante test de chi cuadrado y test de Fisher.

Preguntas que el trabajo pretende responder

Elegimos este grupo de mujeres porque consideramos que debido al transcurso de los años serían las que podrían tener mayor experiencia en el tema y obtendríamos un estudio más significativo.

Suponemos que al tener un elevado conocimiento de MAC, mayor puede ser el uso significativo de los mismos.

En base a la bibliografía consultada, queremos comprobar si en esta población también existe una asociación significativa entre las creencias religiosas, el nivel educativo y la aplicación de los MAC en su vida.

¿Cuál es el método anticonceptivo más utilizado por esta población de mujeres?

¿Hay mujeres mayores de 35 años que no han utilizado ni conocen ningún método anticonceptivo?

¿Muchas mujeres no reciben un correcto asesoramiento sobre métodos anticonceptivos?

¿Cuál es la razón por la que eligieron el MAC?

¿En el transcurso de su vida reproductiva han utilizado otros MAC?

¿Las mujeres no se encuentran satisfechas con el método anticonceptivo que utilizan?

¿Cuál es el método anticonceptivo elegido según paridad, creencias religiosas y educación?

Cuerpo de la obra:

Portada: se identifica la investigación, contiene: logos, nombre de la institución, título del trabajo, nombre de las autoras, tutora y fecha.

Agradecimientos: A quienes colaboraron con el trabajo.

Tabla de contenidos: se presenta una lista organizada de las partes que conforman el trabajo.

Resumen en español y en inglés: se presenta un breve resumen de la introducción, objetivos, metodología, y síntesis de los resultados.

Introducción: se presenta de forma general el contenido del trabajo. Incluyendo justificación y relevancia del tema, formulación del problema, pregunta de investigación, objetivos, metodología, preguntas de investigación, y estructura del trabajo.

Antecedentes: se presentan diferentes estudios relacionados con el tema del conocimiento y la utilización de los MAC.

Marco teórico: se fundamenta el marco conceptual desarrollando el enfoque de la salud sexual y reproductiva sus conductas y derechos. Enfocándonos en la sexualidad, la violencia basada en género, el género, la creencia religiosa, la educación sexual, la planificación familiar, y la ciudadanía.

Objetivos: se plantean los objetivos del trabajo.

Metodología: se ofrecen fundamentos metodológicos, herramientas para el registro y sistematización.

Resultados y discusión: se exponen los resultados de las encuestas realizadas y se plantea una discusión en base a otros estudios.

Conclusiones, reflexiones y recomendaciones: se expresan las consideraciones finales del trabajo realizado y las reflexiones y recomendaciones en el tratamiento del tema.

Bibliografía: Se exponen las fuentes originales de todos los textos que fueron utilizados para la realización del trabajo en forma alfabética.

Anexos: se adjuntan tablas de resultados, formato de encuesta, consentimiento informado, documento de aprobación por comité de ética del CHPR, ley en salud sexual y reproductiva en nuestro país.

CAPÍTULO I

I.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

A nivel internacional se han realizado diversos estudios relacionados con el tema elegido. Algunos de ellos se citan a continuación:

1) Paiva Carbajal y Lesly Deyanira. Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en mujeres de 35-45 años del vaso de leche “Jesús amigo de los niños” Piura – Perú 2018.

“La presente investigación tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en mujeres de 35-45 años del Vaso de Leche “Jesús Amigo de los Niños” del distrito de Piura 2018. La investigación; fue de tipo cuantitativa descriptiva, con una población muestral de 50 mujeres en edad fértil, a quienes mediante la encuesta se les aplicó un cuestionario de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, características sociodemográficas y sexuales. Los siguientes resultados demostraron que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos hormonales y de barrera poseen un nivel bueno (40%) y deficiente (32%), regular (44%), y bueno (30%). En cuanto a los métodos intrauterinos y definitivos ambos poseen un nivel deficiente y regular un 42%, 36% y 46%, 28% respectivamente; por lo demás, el 52,00% de las mujeres tiene un nivel de conocimiento global sobre métodos anticonceptivos. En relación a las características socio demográficas y prácticas sexuales se obtuvo que el 48% de las mujeres son convivientes; el 70% son ama de casa, el 48% tuvo su primera relación coital entre las edades de 18–20 años, por último, el 100% se consideran heterosexuales. Por lo tanto, se concluyó: que la muestra en estudio tiene un nivel regular sobre métodos anticonceptivos.”

2) Allen-Leigh B, et al., 2013. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México.

Objetivo. Ofrecer evidencia actualizada sobre inicio de vida sexual y uso de anticonceptivos en mujeres adolescentes y adultas en México por grupos de edad, lugar de residencia y estado civil.

Resultados: El 53.2% de mujeres de 35 a 49 años reportaron no haber usado anticonceptivo en su última relación sexual. En las áreas rurales se reporta menor uso de anticonceptivos. Un alto porcentaje no optó por anticonceptivo post evento obstétrico: 39% (≥ 35 años).

Conclusiones. Se requieren políticas equitativas que promuevan el uso de anticonceptivos.

3) Gómez-Sánchez, et al., 2009. Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá (Colombia) 2009.

Objetivo: conocer el uso actual de anticonceptivos en las participantes, las razones de abandono o cambio de método, las características ideales de un anticonceptivo, los imaginarios y las percepciones con un nuevo método de planificación familiar.

Resultados: las mujeres consideraron que la elección anticonceptiva depende de la facilidad de compra o de que la empresa promotora de salud lo provea. Entre los factores determinantes para la selección se identificaron: eficacia, efectos secundarios, posibilidad de olvido y regularidad menstrual. El anticonceptivo ideal se describió como aquel que fuera seguro, eficaz, de poca recordación, de fácil uso y que no aumente de peso ni produzca amenorrea. Asimismo, se identificaron muchos mitos con el uso de los métodos hormonales.

Conclusiones: el personal de salud durante la consejería debe desmitificar el uso de algunos métodos, informando verdaderos mecanismos de acción, efectos esperados y secundarios, para mejorar la adherencia.

4) Maiztegui, Laura, 2006. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del hospital materno provincial de Córdoba.

Objetivos: Determinar el grado de conocimiento que poseen las multíparas sobre métodos anticonceptivos (MAC). Conocer si las multíparas adoptan conductas de salud sexual y reproductiva en base a estos conocimientos.

Resultados: Mostraron en cuanto a la Edad Media: 27 años de las mujeres un rango entre 22 -34 años. Determinamos que el 85% Conoce los MAC pero a la hora de usar alguno el 25% Ninguno, el 24% Píldora seguido del 21% Preservativos. Se observó un desinterés por consultar al médico sobre los MAC; Hubo un 52% prefieren los MAC contra un 48% elige ligarse las trompas. Encontramos que un 96% se controlaron sus embarazos.

Conclusiones: Se concluye que los conocimientos que tienen las mujeres no alcanzan para adoptar conductas, pues no se reflejan en su comportamiento sexual y reproductivo. Finalmente debemos generar cambios en la salud que permitan brindar educación continua, abordando diferentes medios de comunicación social, la escuela y los servicios de asistencia sanitaria.

6) Vázquez J et al., 2005. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán. Tabasco.

Objetivo: identificar los factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos

Resultados: Los factores identificados de mayor relación con el uso de los métodos anticonceptivos son edad y estado civil.

Conclusión: el diagnóstico permitirá implementar estrategias que contribuyan a lograr una mejor cobertura del Programa de Planificación Familiar en el territorio en beneficio de la salud materna e infantil

7) Nazar. B et al., 1994. La Educación y el No Uso de Anticonceptivos entre Mujeres de Bajo Nivel Socioeconómico en Chiapas, México.

Resultados: “La falta total de escolaridad estuvo independientemente relacionada con la probabilidad de nunca haber usado anticonceptivos; las mujeres analfabetas tenían 1,5 veces más probabilidad de no haber practicado nunca la anticoncepción que aquellas que habían cursado estudios secundarios”.

Conclusiones: La mayor disponibilidad de servicios de planificación familiar en la Región Fronteriza del estado de Chiapas durante los últimos 20 años, ha disminuido el efecto que tiene la educación sobre la práctica anticonceptiva. Sin embargo, en esta población, no haber asistido a la escuela permanece como una sólida variable predictiva de nunca haber usado anticonceptivos. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1999, págs. 9–15.

I.2 MARCO TEÓRICO

I.2.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Cuando hablamos de salud sexual (SS) y salud reproductiva (SR) decimos que es algo que trasciende lo biológico y se adentran en el campo de la antropología, sociología, la psicología, la medicina y el derecho, entre otras disciplinas. De ahí que inicialmente la salud ha cambiado su significado, ha ido adquiriendo nuevas connotaciones como Planificación Familiar; Salud Reproductiva; Salud Sexual, Procreación Responsable, etc. (Maiztegui, L. 2006, p. 18).

Existen por tanto varias definiciones:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (MSP, 2014).

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud, como:

Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud. (OMS, 2006, p.3).

Hay varios factores que pueden influir en la salud sexual y reproductiva de cada persona, como lo es la educación, las creencias religiosas, la cultura, el momento histórico de cada persona, entre otros factores, por lo que cada mujer tendrá y vivirá su salud sexual y reproductiva de manera diferente.

En el año 2014, MSP lanzó la guía en salud sexual y reproductiva, en la que una de las normas se enmarcan en el cambio de modelo de atención y relación sanitaria, la integración del derecho a la salud, la defensa y empoderamiento de la mujer sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos y el rol de los equipos de salud en el nuevo paradigma que jerarquiza al primer nivel de atención y la estrategia de Atención Primaria de Salud. (MSP, 2014, p.12)

Para mantener la salud sexual y reproductiva se deben adquirir ciertas condiciones saludables en cuanto a conductas sexuales adecuadas y aceptables que favorezcan una calidad de vida y una responsabilidad sociocultural. Las conductas en salud sexual y reproductiva son actitudes que toman las mujeres para proteger la salud tanto de ella como la de su entorno, como por ejemplo: evitar infecciones de transmisión sexual, mediante el uso de preservativos, utilización adecuada de MAC, Control de embarazos, entre otras.

Componentes de la salud sexual y reproductiva

Mazarrasa, L. y Gil, S. exponen los siguientes componentes de la salud sexual y reproductiva:

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- Cuidados de salud para los y las recién nacidas/os.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.

- Servicios de aborto seguro, y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.
- Su ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil.
- Así como garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Y procurar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género. (p. 7 y 8).

Derechos en Salud Sexual y Reproductiva

Son derechos humanos fundamentales relativos al libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijos, a la protección de la maternidad, entre otros aspectos. Quedaron definidos como tales en la Conferencia de El Cairo. (AECI-2005 Citado por Mazzaransa, p. 8).

Derechos en salud sexual y reproductiva en nuestro país

En nuestro país existe la ley 18.426 de Defensa al derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (01/12/2008) la cual establece en el artículo 1: (Deberes del Estado):

El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de la salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que establecen en los diferentes artículos de dicha ley". (IMPO, Ley N°18.426, 2008, p. 1).

Todas las Instituciones prestadoras de salud deberán contar con un sistema de salud sexual y reproductiva. El mismo estará constituido por un equipo integrado de salud, por los técnicos y profesionales de la institución involucrado en cumplir las acciones necesarias para garantizar las prestaciones establecidas en la Ley 18.426 y su reglamentación (293/010). (MSP, 2010, p.7).

I.2.2 SEXUALIDAD

“Hablar de sexualidad humana es hablar de la esencia misma del ser humano”
Merleau Ponty, M (1975). Filósofo.

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como:

Un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones.

Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”. (OMS, citado por Gonzalvez, 2018, p. 3).

Según Maiztegui:

La sexualidad puede definirse como el carácter de feminidad o masculinidad. El desarrollo de la sexualidad incluye el desarrollo de un individuo tanto mujer como varón, donde alcanzan una vida adulta, madura y responsable además de una buena relación con otros individuos y con la sociedad.

La enseñanza de la sexualidad resalta la educación de las relaciones interpersonales entre personas y en la sociedad; Para lograr esta finalidad debemos mejorar la manera de enseñar a las personas el desarrollo de la sexualidad. (2006)

Consideramos que la sexualidad abarca factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, históricos, y éticos.

Desde el punto de vista biológico, se refiere a la anatomía sexual, el deseo humano, la respuesta sexual, el placer sexual y la reproducción. Engloba sujetos sexuados, mujer y varón.

La sexualidad se construye en un contexto sociocultural e histórico determinado, en el que juega un papel fundamental la familia, los amigos, los sistemas educativos, los servicios de salud, los medios de comunicación, entre otros, que cumplen un papel fundamental en la transmisión de valores, normas, permisos y prohibiciones con relación a la sexualidad en la sociedad. Las sociedades son diversas y cada cual posee distintos modelos de entender y vivir la sexualidad.

Las enseñanzas y aprendizajes difieren según la persona sea varón o mujer, se involucran pautas de comportamiento para cada sexo. Cada sociedad construye distintas expectativas socioculturales respecto a la sexualidad y cómo se expresan las mujeres y los varones. Según Carranza: para los hombres la sexualidad tiene un significado de disfrute y poligamia, para la mujer la sexualidad está supeditada al hombre y a la reproducción dentro de la monogamia y el matrimonio, teniendo como resultado una vivencia pobre y desfigurada de la sexualidad que impide a las personas entenderla y disfrutarla. (2005).

En nuestra cultura se viene trabajando para igualar estos estereotipos a través de un enfoque de género. Se comienza a trabajar desde niveles iniciales con niñas y niños el tema de la sexualidad para que pueda ser gozado libremente y sin prejuicios durante toda la vida. La sexualidad no es un tema de adultos.

Como ya dijimos, la sexualidad abarca un componente psicológico, cada persona trae incorporado desde la niñez lo “bueno y lo malo, lo feo y lo lindo”, por los que se van adquiriendo conocimientos respecto a la sexualidad. Que le han permitido adquirir personalidad, convicciones, temperamento, y decisiones en las relaciones sexuales. Dando lugar a la libre identidad y orientación sexual.

La ética y lo político, lo legal y lo no legal, determinan a las sociedades el aprendizaje de valores, lo que es bueno y lo que es malo para las personas.

“La sexualidad tiene una expresión individual y diversa según cada persona, refiere a una práctica singular y privada, pero al mismo tiempo es producto (y productora) de una sociedad y sus valores sexuales, en un tiempo histórico determinado”. (López. A y Quesada. S, 2002, p. 15).

La sexualidad es un tema íntimo y personal que a la vez está condicionado por lo público, lo social y lo histórico.

I.2.3 VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Se define violencia basada en género hacia las mujeres como: “toda conducta cometida por particulares, instituciones privadas o agentes del Estado, que sustentada en una relación desigual de poder en base al género, tiene como fin o resultado disminuir o anular los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres”. (IMPO Ley N° 19.580, 2017).

Se trata de una forma de discriminación que afecta la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica y la seguridad personal de las mujeres.

En nuestro país, fue aprobada una ley sobre la violencia hacia las mujeres. Ley N° 19.580, la cual su objetivo es garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia basada en género, estableciendo medidas y políticas de prevención, protección, sanción y reparación.

Declara además como prioritaria la erradicación de la violencia ejercida contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes.

Esta ley comprende a mujeres trans, mujeres de cualquier edad, orientación sexual, nivel socioeconómico, nacionalidad, creencia, origen cultural y étnico-racial o situación de discapacidad, sin distinción ni discriminación alguna. (IMPO Ley N° 19.580 , 2017.)

Muchas mujeres sufren este tipo de violencia, la misma se pueden manifestar como: violencia física, violencia psicológica o emocional, violencia sexual, violencia por prejuicio hacia la orientación sexual, identidad de género o expresión de género, violencia económica, violencia patrimonial, violencia simbólica, violencia obstétrica, violencia laboral, violencia en el ámbito educativo, acoso sexual callejero, violencia política, violencia mediática, violencia femicida, violencia comunitaria, violencia institucional, violencia étnica racial, violencia doméstica.

Es un tema muy actual ya que siempre existió este tipo de violencia y actualmente muchas mujeres siguen siendo víctimas.

Por ejemplo en el año 2013-2016 Gambetta Sacías, y Paula Coraza Ferrari, registraron (datos de estadísticas oficiales) 1.09 homicidios a mujeres con autor (ex) pareja. (Sacías. G, Ferrari. P, 2017, p. 23).

Además, según datos publicados en la página del Ministerio del Interior, En el transcurso de año 2018 (enero a octubre), se recibieron 32.307 denuncias de violencia doméstica.

Del total de denuncias 29.918 han sido específicamente por violencia doméstica, de las cuales un 76% han sido mujeres. (Ministerio Del Interior, 2018).

Según los datos establecidos, la violencia doméstica, se posiciona en un lugar de preocupación nacional e internacional.

Se establece en el art.2° de la Ley 17.514, que:

Constituye violencia doméstica toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho. (ROU, poder legislativo, 2002).

En el Artículo 1 de la Reglamentación de la Ley N° 18.315 de procedimiento policial en lo relativo a violencia doméstica, decreta:

La violencia doméstica es un tema de seguridad pública y configura una flagrante violación a los Derechos Humanos que exige dar respuestas con responsabilidad, solvencia, inmediatez y profesionalidad, atendiendo de forma especial a la persona que requiere protección a través de un procedimiento específico.

Los costos personales, familiares y sociales y su dimensión en la estadística plantean la necesidad de fortalecer y mejorar el trabajo policial en la atención a este grave problema social. Avanzando hacia este objetivo, el Poder Ejecutivo aprobó el decreto N° 317/010 del 26/10/2010 que reglamenta la ley N° 18.315 de Procedimiento Policial para la Actuación en Violencia Doméstica. En él se aportan aspectos específicos a tener en cuenta en el marco de la ley, que ayudan a clarificar el trabajo y la función del policía al enfrentarse a una situación de violencia doméstica. (IMPO Ley N° 18315, 2008).

Relacionando violencia basada en género, con nuestro tema de trabajo final, creemos de suma importancia abordarlo ya que como anteriormente se expuso, la mujer sigue siendo víctima de violencia.

La violencia contra la mujer tiene un impacto negativo sobre varios temas importantes de salud sexual y reproductiva como lo es la planificación familiar, anticoncepción y prevención de infecciones de transición sexual.

En algunos casos, cuando la mujer sufre este tipo de violencia, la pareja se niega a usar métodos de barrera, y también al abordaje por parte de la mujer de otros métodos anticonceptivos.

I.2.4 GÉNERO

El género se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. El género es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas. No es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo y del lugar. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles, las responsabilidades o las relaciones relacionadas con el género, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a la salud. El género interactúa con el sexo biológico, pero es un concepto distinto. (OMS, 2018).

Según Mazzaransa, por Género nos referimos a “las características y oportunidades económicas, sociales y culturales atribuidas a varones y mujeres en un ámbito social particular en un momento determinado”. (p. 10)

El género tiene una influencia sobre el comportamiento sexual. Los diferentes estereotipos de género pueden restringir el acceso a la información, crear dificultades en la comunicación, como también promueven el comportamiento de riesgo en mujeres y hombres en formas diferentes.

Existen proyectos que alientan a hombres y mujeres a cuestionar y modificar las creencias relativas al género que rigen el comportamiento sexual. Esos proyectos indican que los jóvenes, en particular, están dispuestos a reconsiderar los papeles de género que sus sociedades han establecido para ellos. Esos patrones de comportamiento sexual y reproductivo adoptados tendrán efectos duraderos en su salud y bienestar futuros.

Los estereotipos de género que presentan las mujeres en todo el mundo es una amenaza grave para su salud sexual y reproductiva. Ya que la mujer

frecuentemente adopta una posición sumisa, de vulnerabilidad, y baja posición socioeconómica. Se ha tratado de empoderar a las mujeres en todo el mundo para que esto ocurra cada vez menos, es una “lucha” en pleno desarrollo.

En cuanto al concepto de Género, se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales, y culturales de la feminidad y masculinidad. El sexo no solo incluye las peculiaridades anatómicas, sino que de tal anatomía parece surgir todo el universo de significaciones simbólicas que rigen las teorías vigentes sobre el sexo y el género en nuestra cultura. (Maiztegui, 2006).

En la sociedad se muestran diferentes perspectivas de género, tanto para el hombre como la mujer. Los hombres y niños se muestran fuertes pero sensibles, independientes y aventureros. Las mujeres presentan características opuestas son tiernas en sus relaciones, sentimentales, y a la vez vulnerables.

Estos sencillos análisis, que no son más que una descripción de los comportamientos que suceden en la vida diaria de niños, niñas, hombres y mujeres, pueden aportar elementos para la construcción de un modelo de colectivo que contemple la diversidad de las personas que lo componen. Ello requiere que estas personas, sea cual sea su sexo, desarrollen, pongan de manifiesto y valoren positivamente diferentes características y cualidades, tanto aquéllas que son consideradas masculinas como aquéllas que son consideradas femeninas, según el arquetipo cultural que impera en nuestra sociedad. Así, si las niñas pueden manifestar sus aspectos de independencia, gusto por el riesgo, pongamos por ejemplo, los niños pueden manifestar sus aspectos sensibles, tiernos, su capacidad para tener cuidado de otras personas, características generalmente inhibidas por considerarse de menor valía para un varón. (Leal, 1998).

El género comprende algunos conceptos:

Atribución del género: asignación del sexo, identificación cultural. El género puede tener o no relación con las categorías del sexo biológico (hombre y mujer).

Identidad del género: pertenecer a un sexo y no al otro.

Rol del género: son construcciones sociales que conforman comportamientos, actividades, expectativas y oportunidades que se consideran apropiados en un determinado contexto sociocultural.

Igualdad de género: “La igualdad de género consiste en la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades para todas las personas. Es un pilar necesario para lograr un mundo sostenible, pacífico, próspero, saludable y que no deje a nadie desatendido. Es un derecho humano fundamental establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, y es esencial para alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)”. (OMS, 2018).

Para que esa igualdad pueda alcanzarse con frecuencia se necesitan medidas específicas para mitigar los obstáculos.

Lo anterior implica, la eliminación de toda forma de discriminación en cualquiera de los ámbitos de la vida que se genere por pertenecer a cualquier sexo.

Discriminación de género: es toda distinción, exclusión o restricción hecha sobre la base de los roles y las normas de género construidas por la sociedad que impidan que una persona disfrute plenamente los derechos humanos.

Equidad de género: significa justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres. Frecuentemente requiere programas y políticas específicas para mujeres, que eliminen las inequidades existentes. Se considera que la mujer tiene mayores riesgos de enfermar por los factores propios de la reproducción.

Género y salud

El género, como construcción social e histórica de los estereotipos y roles tradicionales masculinos y femeninos se relaciona con la salud en tanto influye en la manera en que las personas perciben sus enfermedades, en las condiciones sociales, económicas y culturales que las rodean y que les dificultan o facilitan el acceso a servicios de salud, así como en las maneras en que buscan atención médica y reciben o se apegan a un tratamiento para sus enfermedades.

Los hombres y las mujeres en general, enfrentan circunstancias diferenciadas por el género para reconocer y asumir su estado de salud y sus enfermedades, así como para acudir al médico y seguir las indicaciones y el tratamiento que necesitan. Por eso decimos que es necesario abordar la salud desde la Perspectiva de género. (Aller, 2017).

La OMS ayuda a sus Estados Miembros promoviendo sistemas de salud que tienen en cuenta las cuestiones relacionadas con el género y que reconocen, comprenden y modifican el modo en que este factor determina las conductas en relación con el sistema de salud, el acceso a los servicios, las vías de atención sanitaria e interactúa con otros factores determinantes de la salud y causantes de inequidades. (OMS, 2018).

I.2.5 CREENCIA RELIGIOSA

La importancia de la religión radica en que la misma juega un papel importante en la sociedad, en las políticas de los gobiernos y por lo tanto en la vida de las personas. Esto se lleva a cabo a través de múltiples prohibiciones que ejercen influencias sobre las conductas de los seres humanos.

“Las creencias consisten en representaciones que contienen valores morales, y a menudo están asociadas con imágenes místicas o con seres que existen más allá del mundo natural y de la experiencia humana” (Mundigo, 2005, p. 2)

De acuerdo a Durkheim (1915):

Las religiones representan sistemas coordinados de creencias y prácticas específicas que definen lo sagrado, esto es, prescriben un orden sobre ciertos fenómenos o elementos cuya existencia tiene lugar en un más allá, fuera de la vida ordinaria. Lo que se define como sagrado es a menudo colocado en un plano inaccesible o prohibido, de allí se engendran creencias y prácticas que se enlazan unas con otras formando una comunidad moral única, llamada una Iglesia. (Durkheim, Emile, 1915. Citado por Mundigo, 2005, p. 1 y 2).

Muchas religiones definen las conductas que son aceptadas dentro de sus patrones morales en áreas tales como la vida sexual de las parejas, reproducción, anticoncepción y aborto.

Según Mundigo, “Las principales religiones comprenden cinco billones de adherentes en el mundo actual. Un tercio de la población es cristiana, 20 por ciento islámica, y un 13 por ciento hindú”. (2005, p. 5).

Como ya dijimos, muchas de las religiones no reconocen los derechos reproductivos de las personas, esto es la libre elección en decisiones reproductivas. Se posiciona al hombre como dominante, es decir en el papel de protector de su familia, mientras que la mujer toma un papel de carácter sumiso, como por ejemplo, a la mujer se le niega o en algunos casos se le reduce su participación en los ritos y ceremonias religiosas. Ser esposas y madres, es el rol de la mujer y su principal función en la sociedad que definen las grandes religiones.

La Iglesia católica

La religión católica es una de las más criticadas a nivel mundial por diferentes movimientos entre ellos movimientos feministas ya que va en contra de la salud sexual y reproductiva y sus derechos. Ésta es la que más esfuerzos ha hecho para comunicar a la comunidad su oposición al concepto de salud reproductiva.

La Iglesia Católica, hoy en día, condena al aborto, sólo se aceptan cuando es un embarazo ectópico, o si hay evidencia de cáncer de útero; en estos casos el objetivo es salvar el bien mayor (madre). Se prohíbe el uso de la píldora anticonceptiva.

Nuestro país es un país laico, la religión católica no se aplica con tal rigidez, de hecho hay iglesias que prestan su espacio físico para que profesionales de la salud realicen consultas con la población sobre planificación familiar.

A pesar de lo expuesto, y de acuerdo a las revisiones bibliográficas leídas anteriormente, nos pareció de gran interés conocer si existe asociación significativa entre Métodos anticonceptivos y religión, es decir, si en este grupo de mujeres de las que se consideraron tener algún tipo de creencia religiosa, hay influencia significativa en cuanto a la elección de los MAC.

I.2.6 EDUCACIÓN SEXUAL

La educación sexual es uno de los temas primordiales para la salud sexual de las mujeres y de su entorno.

Creemos importante que todas las personas sin importar el sexo, edad, raza, etc, reciban información, respondiendo a sus necesidades educativas e intereses personales y sociales.

La educación sexual es tema de todos, por lo que debería ser abordada en todos los ámbitos, público y privado, en Instituciones educativas, centros de salud, pero que también trasciendan a estos espacios

La educación juega uno de los papeles más importantes en el desarrollo y la preparación de niñas, niños, adolescentes y jóvenes para en el futuro estar preparados para asumir roles y responsabilidades propias del mundo adulto, y así poder elegir alternativas responsables, tanto para la vida social como sexual.

Actualmente en Uruguay hay programas implementados en el Sistema Educativo:

Las actuales autoridades de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) consideraron que era de interés prioritario promover en todos sus ámbitos una política de derechos humanos decididos y firmes, que incluya planes de educación que contemplen estos derechos (...) Por lo que se orienta a fortalecer la educación pública desde una perspectiva de derechos humanos en el marco de un proceso de desarrollo humano sostenible”. (Yarzabal. L. 2008, p. 15.)

Uruguay, cuenta con un Programa de Educación Sexual (PES) y una Comisión de Educación Sexual. La coordinación entre ambas instituciones posibilita la implementación de las acciones educativas en torno a la educación sexual en cada uno de los cuatro subsistemas educativos (Inicial y Primaria, Secundaria, Formación Técnico Profesional y Formación en Educación), a través del desarrollo de currículas y modalidades de implementación específicas para cada nivel, acompañado por una estrategia de formación de docentes bajo diversas modalidades (virtual y a distancia). (ANEP, 2008, p. 17y 18).

“En Uruguay se han desarrollado programas orientados específicamente a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, con énfasis en la integralidad y con la inclusión de servicios de anticoncepción” (MSP 2005, p. 11).

Enfocándonos en la población estudiada, en el transcurso de su desarrollo sexual, pudieron no haber contado con las herramientas e información necesarias debido al contexto social, situación geográfica, momento histórico entre otros factores que pudieron haber afectado. A diferencia de hoy en día, que como ya mencionamos las personas cuentan con las herramientas de información, en las que se sigue trabajando y creando políticas de Estados para el abordaje de la Educación. Actualmente en nuestro país, el acceso a una educación de calidad forma parte de un derecho consagrado y establecido en la Constitución de la República.

Según lo expresado en párrafos anteriores, motivos como raza, religión, edad, entre otras, no son limitantes para el acceso a una educación sexual de calidad, por lo que cualquier persona tiene el derecho a ésta.

Las Obstetras Parteras participan en la educación sexual de las usuarias/os, como el resto de los profesionales de salud capacitados, que integran dichas instituciones asistenciales. Por lo que tenemos la responsabilidad de seguir trabajando y procurando avanzar, para seguir mejorando en la educación sexual de las personas.

I.2.7 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Según la OMS:

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad". (...) La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. (2018, p. 1).

Gracias a la planificación familiar se toman conductas en salud sexual, protegiendo su salud y la de su entorno, evitando como por ejemplo: embarazos no deseados infecciones de transmisión sexual, embarazos sin control, abortos, abandono de hijos, etc.

Es importante que los servicios de Planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio de agentes de salud capacitados, como lo son las Obstetras Parteras, las cuales están capacitadas para brindarle a las usuarias un asesoramiento de calidad en todo lo relacionado con la Salud Sexual y Reproductiva.

Perfil y Competencias de la/ del OBSTETRA-PARTERA/O en planificación familiar:

Desde el punto de vista profesional, la/el Obstetra-Partera/o tiene la facultades para proporcionar una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo vital. Están capacitadas/os para: promoción de la salud, prevención de la patología, diagnóstico y rehabilitación de los procesos patológicos, atención dirigida hacia la mujer y al hijo/a, en el diagnóstico, control de embarazo, asistencia durante el embarazo, parto y puerperio normal, asistencia al recién nacido sano y al lactante. Asimismo, desarrolla asesoramiento y educación para la salud, dirigidos a la mujer, familia y comunidad. Esto incluye la educación prenatal y preparación para el parto, nacimiento, puerperio y crianza, enfocada hacia la salud integral de la mujer y, en particular, hacia su salud sexual y reproductiva. (Escuela de Parteras).

Como anteriormente se expuso, las O.P además de estar capacitadas para el abordaje en cuanto al asesoramiento, recientemente, más específicamente el 29 de Noviembre del año 2017, el MSP habilita a las O.P a contar con un vademécum propio, por lo que las mismas estarían autorizadas a preinscribir anticonceptivos (Hormonales, DIU, Implantes Subdérmicos, y Preservativos) y suplementos en la mujer (formulaciones con hierro, ácido fólico, calcio vía oral, y Vitamina C).

Importancia de los métodos anticonceptivos

Es importante que todos los seres humanos podamos vivir la sexualidad, sin miedos. Es por ello que la anticoncepción es un derecho humano fundamental.

La función principal de estos métodos es facilitar el ejercicio de una sexualidad responsable, considerándose un derecho sexual y reproductivo de todas y todos.

“Los métodos anticonceptivos son aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo”. (Panchi, P. 2016, P. 14).

El asesoramiento por parte del profesional deberá considerar las diferentes etapas de la vida reproductiva del ciclo vital de cada una de ellas, así como también dependerá de las necesidades que presenten, entre otros factores, por lo que el asesoramiento será diferente para cada usuaria.

A continuación se exponen algunos de los MAC más conocidos:

Métodos de barrera: impiden el paso de espermatozoides al útero. Se pueden encontrar preservativos masculino y femenino. El preservativo tiene doble acción, por un lado tiene función anticonceptiva y por otro protege contra las infecciones de transmisión sexual.

Métodos hormonales: píldoras, inyectables, DIU de mirena, implante subdérmico.

Los beneficios de los AOC en las mujeres de mediana edad son:

“Regulan el ciclo menstrual, mejoran los síntomas vasomotores y la libido, protegen contra el embarazo ectópico, la endometriosis, los miomas uterinos y los quistes de ovario, tienen efecto protector contra el cáncer de endometrio y de ovario. (Ulloa, 2004, p. 2).

Métodos intrauterinos, DIU: Los liberadores de cobre se consideran eficaces y con efecto prolongado a largo plazo. Se pueden mantener hasta un año después de la menopausia.

Métodos quirúrgicos: ligadura de trompas y vasectomía. Son métodos irreversibles. La ligadura tubaria es de gran eficacia, útil para la mujer con paridad satisfecha que desea anticoncepción permanente.

En Uruguay la realización de esterilización quirúrgica por ligadura tubaria es una prestación gratuita en el subsistema de salud. (...) En nuestro país, esta operación se puede realizar a partir de los 18 años mínimo, tanto de ligadura tubaria como de vasectomía y se reafirma que no existe la posibilidad de realizar objeción de conciencia para esta práctica". (MYSU, 2015, p.1).

Métodos naturales: Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad y biológicos como, método del calendario, método de la ovulación, método de la temperatura basal no son efectivo en esta etapa de la vida (mujeres de entre 35 y 45 años) ya que la paciente no tiene dominio de su periodo fértil por las irregularidades del ciclo menstrual.

Es de importancia destacar que en Uruguay existe un Decreto N° 009/011 de la Reglamentación sobre Métodos Anticonceptivos en el SNIS (01/02/2011), en el cual establece la incorporación de una serie de MAC a la canasta básica de anticonceptivos para todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud. Por lo que las usuarias podrán acceder a este beneficio que les otorga Salud pública, tratando de eliminar barreras que impidan el acceso a los MAC, tales como lo son las situaciones económicas desfavorables.

Para esta investigación se interrogará a las mujeres sobre si conocen los métodos anticonceptivos y adoptan estas conductas de autocuidado en su vida, o hay una cuestión religiosa y/o de género, educativa u otra, que les impide tomar la decisión de cuidarse en su salud sexual y reproductiva.

I.2.8 CIUDADANÍA

La ciudadanía es obtenida mediante un proceso histórico, implicando diferentes factores, como lo es la universalización de derechos y oportunidades.

Marshall, supone un proceso histórico político conflictivo, su planteo demuestra como los derechos fueron constituyéndose históricamente formando la base de la ciudadanía moderna.

Divide a la ciudadanía en tres dimensiones:

Civil, se destaca el goce del derecho a la propiedad privada, libertad de expresión, pensamiento, derecho a la justicia. Policial: se destaca la oportunidad de participar en el ejercicio del poder político mediante el voto.

En base a este planteo Marshall definió a la ciudadanía “como el estatus que se le concede a los miembros de pleno derecho de una comunidad. Sus beneficiarios son iguales en cuanto a los derechos y obligaciones que implica”. (Marshall. 1967., citado por Silva 2010, p. 11). Esta noción tiende a la igualdad entre los individuos. Enriqueciendo dicho status y aumentando las personas que disfrutaban de él.

Autores como Crompton y Turner subrayan la importancia que tuvieron los movimientos sociales no clasistas, las guerras, la emigración. etc. en el desarrollo de la ciudadanía. La investigación histórica reciente revela que fueron las demandas de derechos políticos y civiles articulados por las organizaciones de mujeres y el feminismo, las que condujeron a la inclusión de las mujeres en la ciudadanía. (Crompton 1994 citado por Aguirre 2003, citado por Silva 2010, p. 11).

CAPÍTULO II:

OBJETIVOS

II.1 Objetivo general:

Conocer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y elección de los mismos en mujeres de 35 a 45 años, que concurren al Centro de Salud Público de San José de Mayo en el periodo Enero– Junio 2019.

II.2 Objetivos específicos:

Relevar el nivel de asesoramiento de la usuaria sobre métodos anticonceptivos en general y del que se encuentre usando actualmente

Razones por las que eligieron dicho método.

Conocer la historia de la usuaria en métodos anticonceptivos.

Conocer el nivel de satisfacción con los mismos.

Conocer el método anticonceptivo elegido según paridad, creencias religiosas y educación.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Diseño metodológico: se trata de un estudio mixto, descriptivo, el tipo de diseño observacional, transversal.

Estudio mixto: se define como aquella investigación en la que se recogen y analizan datos, se integran hallazgos y se formulan inferencias utilizando aproximaciones o métodos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o programa de investigación.

Estudio descriptivo: son estudios que describen la situación de interés.

Se enmarcan dentro de los estudios observacionales.

Relacionan los problemas de salud con un lugar, una población y un tiempo.

Los estudios descriptivos identifican variaciones en la distribución de las enfermedades, que le permiten al investigador formular hipótesis en relación con la etiología o riesgo de enfermar.

Son aptos para: Reconocer enfermedades, formular hipótesis, establecer prevalencias.

Proveen datos demográficos, permiten definir las características de la población estudiada.

Estudio observacional: son estudios de carácter estadístico y demográfico ya sean de tipo sociológico o biológico, estudios epidemiológicos, en los que no hay intervención por parte del investigador y éste se limita a medir las variables que define en el estudio.

Estudio transversal: Cuantifican la distribución de determinadas variables en una población objeto de estudio.

Se caracterizan porque la información sobre los factores de riesgo y los daños se recolectan simultáneamente, por lo tanto es difícil establecer la secuencia temporal de una posible asociación causal.

Se efectúan generalmente en una muestra de población, se realizan en un período único, breve y bien delimitado, se utilizan para identificar la frecuencia de un daño a la salud o un factor de riesgo. No se puede asegurar si el factor de riesgo era anterior o simultáneo al resultado observado.

El motivo de este estudio es obtener estadísticas actuales acerca del nivel de conocimiento y uso de los MAC en este grupo de mujeres, ya que es primordial que ellas conozcan los diferentes métodos que existen y así evitar embarazos no deseados, abortos, muertes maternas, infecciones de transmisión sexual, y demás problemas socio económicos que trae consigo.

Con este tipo de estudio queremos responder a nuestra pregunta de investigación general: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de MAC de las usuarias que concurren al del Centro de Salud de San José de Mayo? Y las preguntas que derivan de ella las cuales fueron nombradas en la parte de formulación del problema a estudiar: ¿Cuál es el método anticonceptivo más utilizado por esta población de mujeres?, ¿Hay mujeres mayores de 35 años que no han utilizado ni conocen ningún método anticonceptivo?, ¿Muchas mujeres no reciben un correcto asesoramiento sobre métodos anticonceptivos?, ¿Cuál es la razón por la que eligieron el MAC?, ¿En el transcurso de su vida reproductiva han utilizado otros MAC?, ¿Las mujeres no se encuentran satisfechas con el método anticonceptivo que utilizan?.

Población y lugar del estudio:

Mujeres de 35 a 45 años, que concurren al centro de salud público de San José de Mayo en el periodo Enero-Junio del año 2019.

Muestra:

Es una muestra por conveniencia. El muestreo de o por conveniencia es una técnica de muestreo no probabilístico donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los mismos para el investigador.

En este caso se realizaron 100 encuestas.

Criterios de inclusión: Sexo Femenino, entre 35 a 45 años de edad, que concurren al centro de Salud de la ciudad de San José de Mayo.

Criterios de exclusión: Sexo Masculino, rango de edad (ser menor 35 años, mayor a 45 años).

Fuente de datos: primaria. Se realizará una encuesta a las participantes. (Ver en anexo).

Procedimiento para la recolección de datos:

La investigación constará de encuestas que se realizarán personalmente, de forma anónima, las preguntas serán cerradas y se derivarán en variables.

A continuación se definen las variables de estudio:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medida
Edad.	Tiempo de vida		35-45 años
Nivel educativo.	Número máximo de años completos alcanzados en la educación formal.	¿Cuál es su nivel educativo alcanzado? Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Incompleta Secundaria completa Bachillerato Incompleto Bachillerato Completo Terciaria Incompleta Terciaria Completa	Escala ordinal: Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Incompleta Secundaria completa Bachillerato Incompleto Bachillerato Completo Terciaria Incompleta Terciaria Completa
Estado conyugal	Condición respecto a la vida conyugal.	¿Cuál es el estado conyugal actual? Soltera Unión estable	Escala nominal: Soltera/ Unión estable
Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento económico.	¿Cuál es su ocupación actual?	Escala nominal: Desocupada Estudiante Trabajo Estable Changas Ama de casa
Número de gestas	Cantidad de embarazos que presentó.	¿Cuántas veces estuvo embarazada?	Escala nominal: Nuligesta Primigesta Multigesta

Creencia religiosa	Estado mental en el que se pone la fé en algo sobrenatural, sagrado o divino.	¿Tiene alguna creencia religiosa?	Escala nominal 2 categorías Sí/No.
Método Anticonceptivo	Se entiende por MAC a las distintas maneras que existe de prevenir un embarazo.	¿Actualmente se encuentra utilizando algún método anticonceptivo? ¿Qué método utiliza actualmente?	Escala nominal 2 categorías Sí/No. Escala nominal: Barrera Diu Hormonal Irreversibles Naturales
Conocimiento de MAC	Conocimiento: acción de conocer.	¿Conoce algún método anticonceptivo?	Escala nominal 2 categorías Sí/No.
Funcionamiento.	Es la acción o efecto de funcionar.	¿Conoce funcionamiento?	Escala nominal 2 categorías Sí/No.
Eficacia.	Capacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función.	¿Conoce eficacia?	Escala nominal 2 categorías Si/No.
Efectos adversos.	Respuesta a un fármaco que es nociva no intencionada y que se produce a dosis habituales para la profilaxis	¿Conoce efectos adversos?	Escala nominal 2 categorías Sí/No.

Ventajas.	diagnóstico o tratamiento. Circunstancia o condición a favor.	¿Conoce las ventajas?	Escala nominal 2 categorías Sí/No.
Duración.	Tiempo que se utiliza (vida útil) un DIU o implante subdermico.	¿Conoce la duración?	Escala nominal 2 categorías Si/No.
Elección de MAC	Proceso mental de juzgar los méritos de múltiples opciones (MAC) y seleccionar una o más de ellas.	¿Cual/es son las razones por las que eligió el MAC que utiliza?	Escala nominal: Recomendación profesional Recomendación familiar Recomendado por amigos Decisión propia Decisión de pareja Asesoramiento y decisión propia Otras razones
Asesoramiento	Acción y efecto de asesorar o asesorarse.	¿Recibió asesoramiento sobre MAC? ¿Por parte de quién recibió el asesoramiento?	Escala nominal 2 categorías Sí/No. Escala nominal: Partera Ginecólogo Médico familiar Médico general Promotor de salud Pareja familiar

			Amigos Institución educativa Otros
Embarazo no planificado	Es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa.	¿Presento embarazo no planificado mientras usaba MAC? ¿Cuál considera que puede ser la causa?	Escala nominal 2 categorías Sí/No. Mal uso de MAC Asesoramiento insuficiente Falla de mac Otras.
Historia de MAC Razones del desuso de MAC.	Utilización de MAC en el transcurso de su vida sexual. Motivo por el cual fue abandonado dicho método.	¿Ha utilizado otro MAC antes del actual? ¿Cuál es la razón del desuso?	Escala nominal 2 categorías Si/No. Embarazo no planificado. Efectos adversos. Cambio de pareja. Avances tecnológicos. Interferencia en la vida sexual. Otras razones.

Satisfacción con el MAC	Sentimiento de bienestar cuando se ha cubierto una necesidad.	¿Se encuentra en conformidad con el método actual?	Escala nominal 2 categorías Sí/No
-------------------------	---	--	---

Plan de tabulación y análisis de los resultados:

El análisis descriptivo incluyó las variables; edad, nivel educativo alcanzado, estado conyugal, ocupación, paridad, creencia religiosa, MAC, conocimiento, funcionamiento, eficacia, efectos adversos, ventajas, duración, elección, asesoramiento, historia, razones del desuso, satisfacción, y embarazo no planificado.

Las variables cualitativas se expresarán como proporciones, (frecuencias absolutas y relativas), en tablas, y se graficarán con estadígrafos adecuados, gráficos de torta.

Para la variable cuantitativa (edad) se utilizará el promedio y el desvío estándar.

Hay variables como método anticonceptivo que utilizan actualmente y las variables creencia religiosa, paridad y nivel educativo que nos parece interesante saber si existe asociación estadística en esta población ya que hay varios estudios que los demuestran. Se evaluará la asociación estadística de las variables cualitativas, mediante test de chi cuadrado. Se aceptará nivel significación estadística con un valor de probabilidad menor a 0,05.

Los estudios que demuestran las asociaciones mencionadas son:

En Cuanto a la Variable MAC/Nivel Educativo en México se realizó un estudio que da a conocer el siguiente resultado “La falta total de escolaridad estuvo independientemente relacionada con la probabilidad de nunca haber usado anticonceptivos; las mujeres analfabetas tenían 1,5 veces más probabilidad de no haber practicado nunca la anticoncepción que aquellas que habían cursado estudios secundarios” (Nazar, 1994.p. 9)

Respecto a las variables MAC/creencia religiosa sabemos que muchas de las iglesias limitan el acceso a los MAC, según Carranza “La iglesia católica se niega a considerar como una conquista humana los avances médicos relacionados con los procesos naturales que tienen que ver con la vida apelando a la conciencia moral de las personas y a su fé cristiana para que no accedan a éstos.” (Refiriéndose a los MAC), (2005, p. 32). Por lo cual nos pareció interesante conocer si en esta población estudiada existen este tipo de influencias.

Como anteriormente se expuso, hay investigaciones que demuestran el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres está en relación, entre otros factores, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad. En esta oportunidad nos pareció interesante revelar si hay relación significativa entre las variables MAC/Paridad.

Nos pareció interesante relacionar MAC con la cantidad de hijos que tiene cada usuaria, para comprobar si existe asociación significativa entre estas dos variables que a diferencia de otras asociaciones planteadas en párrafos anteriores en la que se basaban en estudios realizados, en este caso se trató de un interés personal.

Programas a utilizar para análisis de datos:

El análisis de datos se realizó con el programa Epi info versión 7 y calculadora: social science statistics (<https://www.socscistatistics.com/tests/>)

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

La encuesta original de la que provienen los datos, fue realizada con el consentimiento informado de las participantes.

La misma fue presentada y aprobada por Comité de Ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell el 27 de Diciembre de 2018 por la Dra Victoria Lafluf.

Cronograma:

1era etapa: Realización de encuesta. Duración aproximada: 6 meses.

2da etapa: Creación de base de datos original, recolección de datos para análisis secundario.

3era etapa: Análisis de resultados. Duración aproximada 3 meses.

Recursos materiales: material de escritorio.

Recursos Humanos: Contamos con la ayuda de la docente en Medicina Preventiva Graciela Castellano y con nuestra tutora del trabajo final Cecilia Fernández.

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS y DISCUSIÓN

Se muestran los resultados de la encuesta que se realizó a 100 mujeres de 35 a 45 años, que concurrieron al Centro de Salud Público de la ciudad de San José de Mayo en el periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2019. Se obtuvo un porcentaje de respuesta de 100 %.

Tabla 1: Datos sociodemográficos.

A continuación se presentan los aspectos sociales y demográficos de las personas encuestadas:

Edad	Media 39,7	Desvío 3,3
Nivel educativo alcanzado	Bachillerato completo 5%, Primaria Completa un 33%	
Estado conyugal	Unión estable 63%	
Ocupación	Trabajo estable 38%	

Nos encontramos frente a una población adulta, con un nivel educativo y económico medio bajo.

Tabla 2: Frecuencia de conocimiento o no de métodos anticonceptivos.

Se ha consultado a las mujeres encuestadas si conocen métodos anticonceptivos y con qué frecuencia los utilizan.

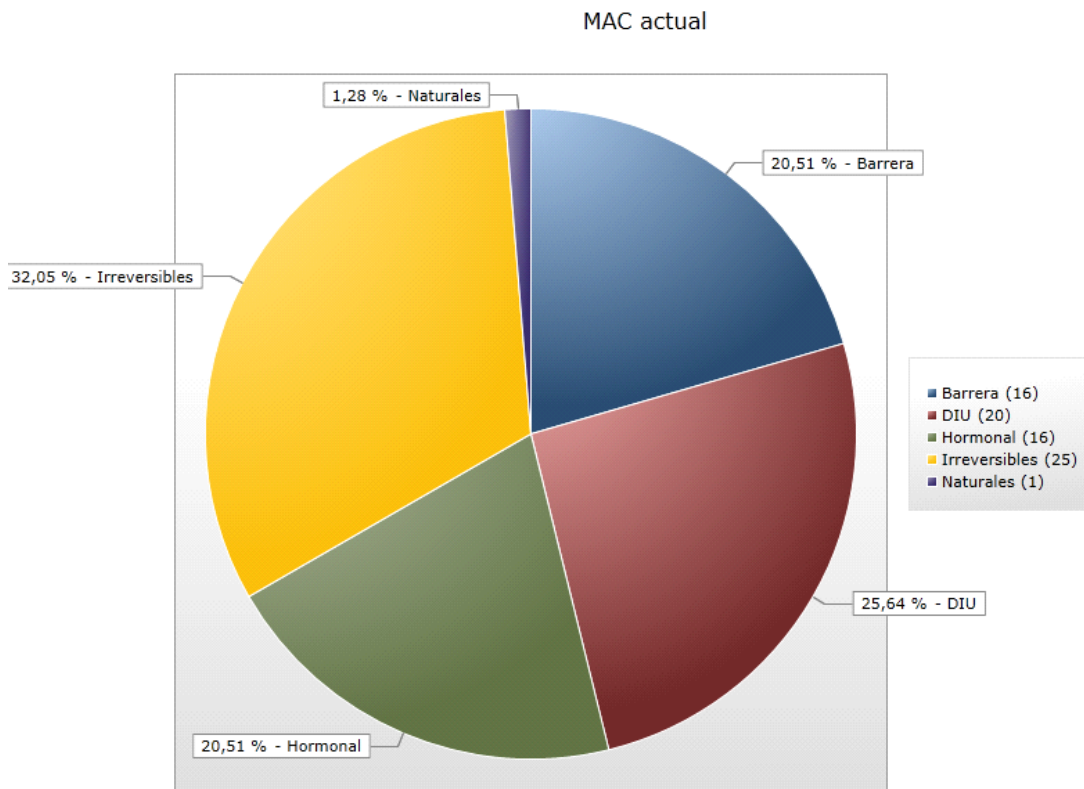
¿Conoce algún Método anticonceptivo?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	2	2,00%	2,00%
Si	98	98,00%	100,00%
Total	100	100,00%	100,00%

Exact 95% ConfLimits	
No	0,24%
Si	92,96%

Del total de las mujeres encuestadas, un 98% ha manifestado de manera afirmativa que conoce métodos anticonceptivos. Este porcentaje demuestra que existe una clara conciencia acerca de la existencia de dichos métodos. A diferencia de un estudio que realizó Paiva. L. titulado “Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en mujeres de 35 a 45 años del vaso de leche” en Perú en 2018 donde solo un 52% tiene un nivel de conocimiento global sobre MAC.

Por otra parte, según los resultados que derivan del gráfico disponible en anexos (tabla 1), podemos apreciar que un 23% de estas mujeres no utilizan en la actualidad ningún método anticonceptivo. Este porcentaje refleja una cifra de alerta ya que un alto porcentaje de la población se encuentra en riesgo de presentar embarazos no planificados.

En el siguiente gráfico, se puede observar en porcentajes los métodos que utiliza actualmente la población consultada.



Como podemos observar de los datos obtenidos, el MAC más utilizado es el irreversible. Dato interesante, que fue planteado en interrogantes ya mencionadas donde se pensaba que la población adulta, de vida sexual madura que ya tiene los hijos deseados (paridad satisfecha), o que no ha tenido buenas experiencias con otros, utiliza este MAC que no necesita mayores cuidados, y que es de los más seguros entre otros beneficios.

Un 79% de las encuestadas ha declarado haber recibido asesoramiento sobre MAC alguna vez en su vida (anexo, tabla 2). El profesional que brinda asesoramiento de mayor elección para esta población es el ginecólogo con un 62%. El 49% considera que el asesoramiento obtenido es aceptable (anexo tablas 3 y 4).

Es de relevancia destacar que al interrogar sobre el conocimiento del funcionamiento, la eficacia, los efectos adversos, las ventajas y la duración de los MAC se observan en todos los casos altos y preocupantes porcentajes de

desconocimiento. Nos encontramos con una discordancia entre asesoramiento y conocimiento (anexo, tablas 5, 6, 7, 8 y 9).

Si pensamos en las razones que fundamentan la elección del MAC por parte del público encuestado, las cifras resultantes muestran que un 49% ha sido por decisión propia, mientras que un 31% concluye haberlo hecho por recomendación profesional (anexo, tabla 10).

En cuanto a la historia de estas usuarias en MAC un 84% dijo haber utilizado otro MAC antes, (anexo, Tabla 11) si pensamos en las razones del desuso los porcentajes más significativos con un 39% dijo que fue por efectos adversos y un 22% por embarazo no planificado (anexo, tabla 12).

Llama la atención que un 36% de las mujeres encuestadas presentaron embarazos no planificados mientras usaban método anticonceptivo. Según las percepciones de las usuarias, las causas de estos embarazos fueron en su mayoría, un mal uso del MAC (47%). En menor medida tenemos un asesoramiento insuficiente (19%), falla de MAC (19%), otras causas (14%), (anexo, tabla 13).

Como ya hemos dicho esto puede deberse al bajo Nivel Educativo, demostradas en otras investigaciones como por ejemplo: en nuestro país un estudio a cargo de Carmen Varela Petito y Ana Fostik concluyó lo siguiente: “El bajo nivel educativo denota las carencias y el alcance de los programas en salud sexual y reproductiva, donde en el imaginario social hay una cierta protección frente al riesgo”. (2011).

Si nos referimos al nivel de satisfacción existente con el MAC actual, apreciamos que un 90% han expresado estar conformes con éste (anexo tabla 14). Sin embargo, al indagar sobre su interferencia en la vida sexual de las encuestadas, un 10% de éstas manifestó haber tenido dificultades (anexo tablas 15, 16, y 17). Sería interesante conocerlas para poder brindarles una mejor atención.

El MAC elegido parece estar relacionado con la variable paridad, variable nivel educativo y la variable religión. Según varios antecedentes que se detallan en cada caso a continuación.

MAC que utiliza vs religión

Como ya hemos dicho las principales religiones limitan el derecho de la mujer a decidir sobre sus embarazos, e influyen sobre la planificación familiar.

De ahí la importancia de analizar en esta población la relación entre el MAC y sus creencias religiosas, independientemente de cuales sean las mismas.

Veamos los resultados:

Tabla 4.

CREENCIAS	Religión sí	Religión no
MAC		
Barrera	11	7
DIU	9	11
Hormonal	7	8
Irreversible	14	10
Naturales	1	0
No utiliza	14	8

Para saber si existe una asociación estadística entre las variables cualitativas religión y el método anticonceptivo utilizado, se realiza el test de chi cuadrado para método de barrera, DIU, hormonal, irreversible. Y el test de Fisher para método natural y “no utiliza método”, dado que estas dos últimas variables corresponden a MAC poco utilizados por las usuarias, dando valores menores a 5, por lo cual no es aplicable el Test anterior.

Calculadora de chi-cuadrado

	RELIGIÓN SI	RELIGIÓN NO	<i>Totales de fila</i>
BARRERA	11 (9,58) [0,21]	7 (8,42) [0,24]	18
DIU	9 (10,65) [0,26]	11 (9,35) [0,29]	20
HORMONAL	7 (7,99) [0,12]	8 (7,01) [0,14]	15
IRREVERSIBLE	14 (12,78) [0,12]	10 (11,22) [0,13]	24
<i>Totales de columna</i>	41	36	77 (Gran total)

La estadística de chi-cuadrado es 1.5039. El valor p es .681373.

El resultado no es significativo en $p < .05$.

Calculadora de prueba exacta Fisher

Resultados				
	RELIGIÓN SI	RELIGIÓN NO	<i>Totales de fila marginal</i>	
NATURALES	1	0 0	1	
NO UTILIZA	14	8	22	
<i>Totales de columna marginal</i>	15	8	23 (Gran total)	

El valor estadístico exacto de la prueba de Fisher es 1.

El resultado no es significativo en $p < .05$.

Conclusión: en nuestro estudio no se encontró relación entre la religión y el MAC que utiliza la usuaria.

Sin embargo, si observamos la tabla 4, vemos que de las religiosas uno de los mayores porcentajes que se observa (14%) es para las que no utilizan MAC.

MAC que utiliza vs paridad.

Hay investigaciones que demuestran que el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres está en relación, entre otros factores, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad. En esta oportunidad nos pareció interesante conocer si hay relación significativa entre las variables MAC/Paridad.

Tabla 5.

Paridad	Nuligesta	Primigesta	Multigesta
MAC			
Barrera	1	4	13
DIU	0	7	13
Hormonal	2	5	7
Irreversible	0	1	24
Naturales	0	0	1
No utiliza	4	5	13

Para saber si existe una asociación estadística entre las variables cualitativas paridad y método, no se puede aplicar chi cuadrado. Por encontrarnos con valores menores de 5, para poder realizar el test de Chi cuadrado de paridad se crea una nueva variable. Se sumaron primigesta y multigesta y se le llamó “hijos”, y nuligesta se le llamo “no hijos” . Obteniéndose:

	No hijos	Hijos
Barrera	1	17
DIU	0	20
Hormonal	2	12
Irreversible	0	25
Naturales	0	1
No utiliza	4	18

Por seguir encontrando celdas con valores menores a 5 se tiene que utilizar el Test de Fisher. Desglosándose barrera y DIU, hormonal e irreversible, naturales y no utiliza. Se realizaron entonces tres pruebas.

- Se realiza Fisher para barrera y DIU, obteniéndose:
-

Calculadora de prueba exacta Fisher

Resultados		
	NO HIJOS	HIJOS
Barrera	1	17
DIU	0 0	20
Totales de columna marginal	1	37

El valor estadístico exacto de la prueba Fisher es 0.4737. El resultado no es significativo en $p < .05$.

- Se realiza Fisher para hormonal e irreversible. Obteniéndose:

Calculadora de prueba exacta Fisher Easy

Resultados			
	NO HIJOS	HIJOS	<i>Totales de fila marginal</i>
HORMONAL	2	12	14
IRREVERSIBLE	0 0	25	25
<i>Totales de columna marginal</i>	2	37	39 (Gran total)

El valor estadístico exacto de la prueba Fisher es 0.1228. El resultado no es significativo en $p < .05$.

- Se realiza Fisher para naturales y no usa:

Calculadora de prueba exacta Fisher Easy

Resultados			
	NO HIJOS	HIJOS	<i>Totales de fila marginal</i>
NATURALES	0 0	1	1
NO UTILIZA	4 4	18 años	22
<i>Totales de columna marginal</i>	4 4	19	23 (Gran total)

El valor estadístico exacto de la prueba de Fisher es 1. El resultado no es significativo en $p < .05$.

Conclusión de las tres asociaciones: Nos encontramos con resultados no significativos. Por lo tanto no existe asociación estadística entre el número de hijos y el MAC elegido.

Es de importancia destacar, al observar la tabla 5, de las multigestas se aprecia un alto porcentaje de uso de MAC irreversible (24%).

MAC que utiliza vs nivel educativo.

En Cuanto a la Variable MAC/Nivel Educativo nos parece importante conocer entre estas variables como por ejemplo un estudio realizado en México da a conocer el siguiente resultado “La falta total de escolaridad estuvo independientemente relacionada con la probabilidad de nunca haber usado anticonceptivos; las mujeres analfabetas tenían 1,5 veces más probabilidad de no haber practicado nunca la anticoncepción que aquellas que habían cursado estudios secundarios” (Nazar, 1994,p. 9).

Tabla 6.

Nivel educativo	Primaria incompleta	Primaria completa	Ciclo básico incompleto	Ciclo básico completo	Bachillerato incompleto	Bachillerato completo	Terciario incompleto	Terciario completo
Barrera	2	5	6	1	1	0	2	1
DIU	3	7	5	1	2	1	1	0
Hormonal	0	3	4	2	3	2	0	1
Irreversible	2	8	3	4	6	2	0	0
Naturales	0	0	1	1	0	0	0	0
No utiliza	2	5	6	1	1	2	1	2

Se crean nuevas variables para sintetizar y poder aplicar el Chi cuadrado (valores mayores a 5).

EDU1: Primaria incompleta

EDU2: Primaria completa y ciclo básico incompleto

EDU3: ciclo básico completo, bachillerato incompleto y completo

EDU4: estudios terciarios completos e incompletos.

	EDU 1	EDU 2	EDU 3	EDU 4
Barrera	2	11	2	3
DIU	3	12	4	1
Hormonal	0	7	7	1
Irreversible	2	11	12	0
Naturales	0	1	1	0
No usa	2	11	4	3

Nuevamente nos encontramos con valores menores que 5, por lo cual volvemos a crear una nueva categoría para poder aplicar Chi cuadrado, ya que por dichos valores menores que 5 no podemos aplicar el test de Fisher.

Se crean entonces EDU A como un nivel educativo muy deficiente, resultante de la suma de EDU1+EDU 2 y EDU B como un nivel educativo aceptable, resultante de la suma de EDU3+EDU4.

Como seguimos viendo valores menores de 5 se suma la variable “naturales” con la variable “no usa”, obteniéndose la variable X.

Obtenemos entonces la siguiente tabla con valores mayores de 5, lista para aplicar el Test de Chi cuadrado.

	EDU A (EDU1+EDU 2)	EDU B (EDU3+EDU4)
Barrera	13	5
DIU	15	5
Hormonal	7	8
Irreversible	13	12
X(NATURALES+NO USA)	14	8

Calculadora de Chi-cuadrado

Resultados		
	EDU A	EDU B
BARRERA	13 (11,16) [0,30]	5 (6,84) [0,49]
DIU	15 (12,40) [0,55]	5 (7,60) [0,89]
HORMONAL	7 (9,30) [0,57]	8 (5,70) [0,93]
IRREVERSIBLE	13 (15,50) [0,40]	12 (9,50) [0,66]
X	14 (13,64) [0,01]	8 (8,36) [0,02]
Totales de columna	62	38

La estadística de Chi-cuadrado es 4.816. El valor p es .306705. El resultado *no* es significativo en $p < .05$.

Conclusión: resultado no significativo. No encontramos asociación entre el nivel educativo y el MAC que eligen.

CAPÍTULO V:

V.1 CONCLUSIONES

Se realizó un trabajo de investigación sobre el conocimiento y la utilización de los MAC en mujeres de 35 a 45 años que concurren al Centro de Salud Público de la ciudad de San José de Mayo, en el período de tiempo de Enero-Junio del año 2019.

Se realizaron 100 encuestas a mujeres del rango de edad mencionado obteniéndose un porcentaje de respuesta de 100%.

Se realizaron 42 preguntas cerradas y con opciones de respuestas concretas (algunas con 2 opciones de respuesta y otras múltiples opciones). A cada persona se le informó sobre el consentimiento informado y se le pidió la firma como consentimiento de conformidad. Por lo que se cumple con los procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

El promedio de edad de las encuestadas fue de 39,7 con un desvío estándar de 3,3. Por lo que nos encontramos con una población adulta, cursando las últimas etapas de su edad fértil. Elegimos esta población en edad reproductiva avanzada, justamente para conocer el comportamiento de éstas ante el conocimiento y uso de MAC. Consideramos que éstas mujeres pudieron pasar por varias experiencias a lo largo de su vida sexual, por lo que presumimos que serían mujeres empoderadas en el tema.

Se interrogó sobre el Nivel Educativo y se presentó como opción de respuesta una escala creciente: analfabeta, primaria completa e incompleta, ciclo básico completo e incompleto, bachillerato completo e incompleto, terciaria completa e incompleta. Como dato interesante surgió que un porcentaje muy bajo, solo 5%

habían completado el bachillerato. El mayor porcentaje que se vio fue para primaria completa con un 33%. Nos enfrentamos entonces a una población de bajo nivel educativo, por lo que se pueden presentar dificultades a la hora de asesorar.

Consultamos también sobre el Estado Conyugal de las usuarias, se presentaron dos posibles respuestas, soltera y unión estable, sin importar más detalles. Existen investigaciones que consideran que el hecho de tener pareja estable o ser soltera puede variar el comportamiento de éstas con los MAC. En este caso un alto porcentaje 63% dijo tener pareja estable.

Interrogamos también por la ocupación actual de esta población de mujeres. De los porcentajes más significativos que se encontraron fue: solo un 38% dijo tener trabajo estable. Porcentaje que consideramos deficiente ya que estamos frente a usuarias mayores de 35 años. Por lo tanto un 62% se encuentran en dependencia económica, por ende sin autonomía para independizarse de así desearlo.

Hasta el momento nos encontramos frente a una población adulta, con un nivel educativo y económico medio bajo que no estamos seguras si cubre sus necesidades básicas.

El objetivo principal general de esta investigación es conocer el nivel de conocimiento de las usuarias en MAC. Se preguntó entonces si conocen métodos anticonceptivos sin brindar más detalles, proponiéndose como respuesta si/no. Un alto porcentaje 98% contestó positivamente a esta pregunta.

Sin embargo tenemos un 2% de las mujeres que no conocen métodos anticonceptivos. Consideramos que este dato, si bien es muy bajo porcentaje, en el siglo XXI nos encontramos con personas que no conocen MAC. Dato preocupante. Hay estudios relacionados con este tema, en Perú en 2018 Paiva realizó un estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre MAC en mujeres de 35/45 años”, que concluyó que un 52% de la población investigada tiene un nivel de conocimiento global sobre MAC.

Queda respondida nuestra pregunta en formulación del problema que hay mujeres que no conocen MAC. Sería interesante saber cuál es la razón por la cual no están familiarizadas con este tema. Dejamos abierta ésta interrogante.

Se consultó a las mujeres si actualmente se encontraban utilizando un método anticonceptivo, y se presentó como opción de respuesta sí/no. Como resultado llamativo surgió que del total de las encuestadas un 23% no se encontraba en la actualidad utilizando ningún método contraceptivo. Porcentaje altamente preocupante. Un 23 % de la población se encuentra en riesgo de presentar embarazos no planificados, y todas sus consecuencias como abortos, abandono de hijos, exigencias económicas, rechazo, mortalidad materna e infantil entre otras.

Por otra parte se preguntó a las usuarias que sí utilizan MAC, cuál utilizan. Teniendo como opción de respuesta los principales grupos de los métodos: barrera, DIU, hormonal, irreversible y naturales. De esta manera damos respuesta a la segunda parte nuestro objetivo general. Se obtuvo como resultado que el MAC que más utiliza esta población con un 32% es el MAC irreversible, en este caso es la ligadura tubaria. Le sigue el DIU de cobre con un 26%. En un mismo nivel con un 20% se encuentran los métodos hormonales y de barrera. Por último con un 1% se encuentran los métodos naturales. La población que se seleccionó por edad (entre 35 y 45 años) y que por su edad decimos que es una población madura, la mayoría con hijos, y que ya han tenido experiencias con otros métodos como veremos más adelante, elige en mayor medida el MAC irreversible. Método que tiene ventajas muy buenas. La primera es que es de los MAC más eficaces como contraceptivo, evita el embarazo en más de 99% de los casos. Evita estar pendiente de píldoras o el uso del preservativo, lo cual podría mejorar la calidad de vida sexual de las mujeres. Se puede realizar en cualquier momento, la operación no es complicada y existe facilidad para adquirirla por parte de los prestadores de Salud en nuestro país. Como mayor desventaja se trata de un método irreversible, por lo tanto la persona debe estar bien informada. De aquí que pensamos que estas sean las razones por las cuales las mujeres encuestadas eligieron este método. Como la gran mayoría ya tienen hijos (por la avanzada edad seleccionada) la principal desventaja resulta inocua y las ventajas son

excelentes. Es importante que la decisión sea de la mujer, libre e informada, para evitar complicaciones, ya que como se dijo se trata de un procedimiento irreversible.

Nos pareció interesante en esta investigación conocer el nivel de asesoramiento de las usuarias en MAC, por lo que se planteó en uno de los objetivos específicos y como pregunta de problema. Se consultó entonces a las usuarias si habían recibido asesoramiento sobre MAC a lo largo de su vida, presentando como respuestas las opciones sí/no.

Como resultado un 79% de las encuestadas respondió afirmativamente. Se consultó también por parte de quien habían recibido dicho asesoramiento, mostrando múltiples opciones que se detallan: Partera, Ginecólogo, Médico general, Médico familiar, Promotor de salud, Pareja, Familiar, Amigos, Institución Educativa, u Otras opciones. El más alto porcentaje, un 62% de las que sí recibieron asesoramiento indicaron que fue recibido por parte del médico ginecólogo.

Por último relacionado a este tema se les consultó a las usuarias como consideraban el asesoramiento brindado por el profesional mostrando una escala creciente de opciones de respuesta que contiene: insuficiente, suficiente, aceptable y muy bueno. La gran mayoría con un 49% dijo que consideraba el asesoramiento aceptable.

Es de relevancia destacar que al interrogar sobre el conocimiento del funcionamiento, la eficacia, los efectos adversos, las ventajas y la duración de los MAC se observan en todos los casos altos y preocupantes porcentajes de desconocimiento. Nos encontramos con una discordancia entre asesoramiento y conocimiento. Por lo tanto el asesoramiento que reciben estas mujeres no es el correcto según dichos resultados. Esto podría deberse entre otros factores al tiempo reducido en cada consulta para las usuarias. Por lo que deberíamos trabajar más en este tema, aprovechar al máximo cada consulta y realizar un asesoramiento lo más completo posible para mejorar la calidad de la información brindada y así lograr un mejor servicio para las usuarias. Es muy importante la accesibilidad a los servicios de salud y a todas las prestaciones que necesitan las usuarias. También, la humanización de la atención para

lograr la confianza necesaria que fortalezca el sentido de pertenencia de las usuarias con las instituciones de salud.

Otro de los objetivos de este trabajo es conocer la razón por la cual eligieron el MAC que utilizan actualmente. Se consultó entonces por qué razón eligieron el MAC mostrando como opciones de respuesta posibles las siguientes: recomendación profesional, recomendación familiar, recomendado por amigos, por decisión propia, por decisión de pareja, asesoramiento y decisión propia, otras razones. Las cifras más altas de resultados son por decisión propia un 49% y por recomendación profesional un 31%. Entonces solo la mitad de la población decidió sobre qué MAC utilizar, suponemos que se asesoró y decidió. Y un altísimo porcentaje (31%) utiliza actualmente un MAC porque un profesional se lo recomendó. Recordemos que el MAC de mayor uso en esta población fue la ligadura tubaria, de estas un 31% las indicó el profesional.

Otra propuesta de este trabajo es conocer la historia de las usuarias respecto a los MAC. Se preguntó a la población seleccionada si han utilizado otro MAC antes. Como opciones de respuesta se propuso sí/no.

Un alto porcentaje, 84% de las encuestadas contestó afirmativamente a esta pregunta. Observamos que la gran mayoría de la población ha presentado necesidades de cambio de MAC en el transcurso de su vida.

Se preguntó también cuál consideraban que puede ser la causa del desuso de otros MAC, marcando como posibles respuestas: Embarazo no planificado, Efectos adversos, Cambio de pareja, avances tecnológicos, interferencia en la vida sexual, Otras. La causa más significativa fue por efectos adversos con un 39%, otras razones 28%, y en menor medida embarazo no planificado con un 22%. Las mujeres han presentado a lo largo de su vida sexual y reproductiva dificultades con la utilización de los MAC que les obligan a la elección de otro. La mayor causa a ello como vimos son los efectos adversos.

Por último y para cerrar con la historia de las usuarias en MAC se cuestionó si han presentado embarazos no planificados mientras utilizaban un MAC. Las respuestas que se expusieron fueron sí/no.

Como resultado se obtuvo que un 36% de estas presentó en el correr de su vida como mínimo un embarazo no planificado. A continuación se propusieron

distintas posibles causas para la pregunta mencionada: Asesoramiento insuficiente, Falla del MAC, Mal uso del MAC, Otras causas. El porcentaje de respuesta más alto que se observó 47% fue para mal uso del MAC. Es decir que la mayoría reconoce que estaba utilizando inadecuadamente el MAC. Un 19% opinó que el embarazo no planificado fue por un asesoramiento insuficiente, y el mismo porcentaje dijo que fue por falla de método.

Ku dice: “La falta de conocimiento sobre los métodos o el lugar donde estos se pueden obtener están asociados al embarazo no deseado”. (2006, p. 125).

Por lo tanto el embarazo no planificado está firmemente ligado con el bajo nivel educativo debido al bajo alcance de programas y educación en salud sexual que presenta esta población.

Para conocer el nivel de conocimiento y utilización de los MAC como pregunta de investigación de este trabajo, indagamos sobre el nivel de satisfacción de la población para con los MAC.

Se preguntó entonces si se encontraban conformes con el método que estaban utilizando, como respuesta se presentaron las opciones si/no.

Un 90% expresaron estar conformes con el MAC que utilizan actualmente.

Para indagar más en profundidad en este tema preguntamos: si el mismo interfiere en la vida sexual de la usuaria, si el MAC fue por elección y decisión propia y si han presentado efectos adversos. En todos los casos se registraron porcentajes bajos de respuestas afirmativas. Por lo tanto estamos frente a una población que dice estar satisfecha y conforme con el MAC, sin embargo presentan dificultades ya mencionadas. Por lo que vemos una discordancia.

Consideramos que la elección y utilización de los métodos anticonceptivos están firmemente ligadas con la religión. Ya que existen religiones que los limitan e incluso los prohíben, un ejemplo de ello es La Iglesia Católica, la cual rechaza la píldora anticonceptiva.

Consideramos interesante realizar esta pregunta a esta población para conocer al respeto. Se consultó entonces a la población si tenían alguna creencia religiosa, las opciones de respuesta sí/no. Y se relacionó esta respuesta con si utilizaban MAC o no y de utilizar con qué MAC.

Para obtener estos resultados se estudió la asociación estadística de las variables cualitativas mediante test de chi cuadrado y test de Fisher.

En nuestro estudio no se encontró relación entre la religión y el MAC que utiliza la usuaria. Ya que los resultados no fueron significativos.

Sin embargo, observamos que de las refirieron tener creencias religiosas uno de los mayores porcentajes que se observa (14%) es para las que no utilizan MAC lo cual podría estar ligado a las limitaciones de las religiones. Ver tabla 4 de resultados.

Otra de las asociaciones estadísticas que nos parecieron interesantes realizar, ya que pensamos que podría estar ligada en esta población de mujeres de edad fértil adulta, es relacionar el número de gestas con el MAC que utiliza. Se realizó una tabla con las que tienen hijos y las que no tienen, y se relacionó con el MAC que utilizan.

Los resultados no fueron significativos, por lo tanto no existe asociación estadística entre el número de hijos y el MAC elegido.

Es de importancia destacar, al observar la tabla 5 en el apartado de resultados, de las multigestas se aprecia un alto porcentaje de uso de MAC irreversible (24%).

Lete en el 2007 realizó un estudio titulado “Utilización de métodos anticonceptivos en España por grupos de edad”.

El mismo concluyó: “el grupo de 30-39 años es el que más utiliza el dispositivo intrauterino (DIU). En el grupo de mujeres de 40- 49 años los métodos quirúrgicos son utilizados hasta por el 28% de las mujeres”. Parece que el MAC irreversible está más ligado a la edad avanzada, sin tener en cuenta datos de la paridad.

Por último nos pareció interesante relacionar la variable nivel educativo con la variable MAC que utiliza. Dado que existen estudios que demuestran que la baja escolarización está ligada con la carencia de uso de MAC, con el mal uso de los mismos, dando como consecuencia embarazos no planificados entre otras complicaciones.

El resultado fue no significativo. No encontramos asociación entre el nivel educativo y el MAC que eligen.

V.2 RECOMENDACIONES

Esperamos que este trabajo sea el punto de partida para nuevas investigaciones en salud sexual y reproductiva en general y sobre anticoncepción en particular.

Donde podamos conocer porqué -si bien en bajo porcentaje- aún existen personas que no conocen MAC. Conocer porqué un 23% de la población no está utilizando ningún método anticonceptivo en el momento de la encuesta. Conocer si las mujeres que se habían realizado la ligadura tubaria por recomendación profesional, habían sido asesoradas.

Continuar mejorando la agenda de derechos con políticas públicas que garanticen el cuidado de la salud para toda la población, sin exclusiones.

Las/los obstetras Parteras/os están capacitados para brindar asesoramiento en salud sexual y reproductiva y ahora también desde el 29/11/2017 a la prescripción de anticonceptivos y suplementos a la mujer para la mejora de la salud sexual y reproductiva.

Por lo tanto es importante que estén integradas/os en todos los equipos de salud, tanto públicos como privados, y en todos los niveles de atención.

Es muy importante la capacitación y formación continua de todos los profesionales para brindar una atención de calidad, adaptada culturalmente, humanizada y digna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Allen, B.; Villalobos, A. ; Hernández, M. ; Suárez, L. ; De la Vara, E. ; De Castro, F. ; Schiavon, R. (2013) ***Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México.*** Salud pública Mex. 2013; 55 supl. 2: 5235 – 5240.

2.- Aller, L. (2017) ***Aspectos relacionados con la toma de decisiones en la elección de métodos anticonceptivos con equidad de género en el Centro de Salud de San Salvador.*** Universidad Andina del Cusco. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Obstetricia. Perú.

3- ANEP (2008). ***Evaluación del Programa de Educación Sexual. Descripción general del Programa de Educación Sexual.*** Recuperado el: 15/09/19. Disponible en:
<https://www.anep.edu.uy/sites/default/files/images/Archivos/publicaciones/programa-educacion-sexual/evaluacin%20programa%20educacin%20sexual.pdf>

4.- Carranza, Y. (2005) ***La esterilización quirúrgica como opción anticonceptiva: significados de algunas mujeres que se practicaron esta cirugía en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón.*** Costa Rica.

5- Escuela de parteras. *Falcultad de Medicina. Udelar. Perfil y Competencias de la/del OBSTETRA-PARTERA/O.* Recuperado el 10/11/19. Disponible en:
<http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/sites/www.escuparteras.fmed.edu.uy/files/Plan/Perfil%20y%20Competencias%20de%20la-del%20Obstetra-Partera.pdf>

6- Gambetta. Sacías y Coraza. P. (2017). **Femicidios íntimos en Uruguay. Homicidios a mujeres a manos de (ex) parejas.** 1ª edición, marzo de 2017 Impreso en Montevideo, Uruguay Recuperado el 17/10/19. Disponible: https://www.minterior.gub.uy/genero/images/stories/Femicidios_Uruguay.pdf

7- Gómez, P. ; Pardo, J. (2009) **Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá (Colombia) 2009, estudio cualitativo.** Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 61, núm. 1. 2010 (34 – 41).

8- Gonsalves, L. ; Say, L. (2018) **La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.** OMS, Human Reproduction Programme (hrp). Disponible: apps.who.int/iris

9- IMPO (2008) **Normativa y avisos Legales del Uruguay Ley N18426 Ley sobre salud sexual y reproductiva** VAZQUEZ. T, MUÑOZ, M. Montevideo. Recuperado el 12/10/19, desde: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

10- IMPO (2008) **Normativa y Avisos Legales del Uruguay.** Montevideo. Recuperado el: 08/09/19. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/317-2010>

11- IMPO (2017) **Normativa y avisos Legales del Uruguay. Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género. Modificación a disposiciones del código civil y código penal.** Derogación de los Arts. 24 a 29 de la ley 17.514. Montevideo. Consultado el 15/08/19, disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

12.- Ku, E. (2006) **Causas de necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal**. Revista peruana de epidemiología, vol. 14, núm. 2. Agosto 2010, p.p. 124 – 132. E-ISSN: 1609-7211. Lima – Perú. Consulta: <http://www.redalyc.org>

13.- Leal, A. (1998) **Diversidad y género en las relaciones interpersonales**. Universidad autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología de la Educación. Bellaterra (Barcelona) España

14.- Lete, I. ; Dueñas, J. ; Serrano, I. ; Doval, J. et al. (1997) **Utilización de métodos anticonceptivos en España por grupos de edad: resultados de 4 encuestas nacionales**. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 50, Issue 6, junio 2007, Pág. 335 – 339.

15.- López Gómez, A. ; Quesada, S. (2002) **Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a equipos técnicos de los centros CAIF. Guía metodológica**. Gurises Unidos. 4ta. Edición. (UNFPA)

16.- Maiztegui, L. (2006) **Conocimiento sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del Hospital Materno Provincial de Córdoba**. Universidad Nacional de Córdoba. Escuela de Salud Pública. Tesis de maestría en salud pública.

17- Mazarrasa, L; Gil, S. **Salud sexual y reproductiva**. Programa de formadores/as en perspectiva de género y salud. Escuela nacional de sanidad. Instituto de salud Carlos III. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. España.

18- Ministerio Del Interior (2018). **Presentación de cifras anuales de violencia de género. División Políticas de Género**. Montevideo, 29 de noviembre de 2018. Recuperado el 10/10/19. Disponible en: <https://minterior.gub.uy/index.php/unicom/noticias/6283-presentacion-de-cifras-anuales-de-violencia-de-genero>

- 19- MYSU (2015). **Leyes decretos y ordenanzas. Consentimiento para la esterilización femenina y masculina.** MSP. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/normativas/ley-decreto-y-ordenanza/consentimiento-informado-para-la-esterilizacion-femenina-y-masculina-msp/>.
- 20- MSP (2005). **Guías en Salud Sexual y Reproductiva Capítulo Anticoncepción (Métodos Reversibles)** Dirección General de la Salud Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Uruguay. Recuperado el 01/09/19. Disponible en: <https://www.sguruguay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-anticoncepcion-metodos-reversibles.pdf>
- 21- MSP 2010, **Guías para implementar servicios de atención de la salud sexual y reproductiva en las instituciones prestadoras de salud.** Uruguay 2010 Ministerio de Salud Pública Dirección General de Secretaría Departamento de Programación Estratégica en Salud. Recuperado el 10/11/19. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/2010-Gu%C3%ADa-Servicios-SSR.pdf>
- 22.- MSP (2013) **Guías en salud sexual y reproductiva. Manual de orientación anticonceptiva. Métodos temporales y permanentes.** Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay.
- 23.- MSP (2014) **Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio.** Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay
- 24.- MSP (2017) **Info Salud San José. Principales indicadores demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos y de producción asistencial.** Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de JUNASA. Dirección General de Coordinación.

25.- Mundigo, A. (2005) **Religión y salud reproductiva: encrucijadas y conflictos**. Center for health and social policy. Manchester, VT. II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe Ciudad de México, 17 a 19 de agosto de 2005. Red iberoamericana por las libertades laicas.

26.- Nazar, A. ; Molina, D. ; Salvatierra, B. ; Zapata, E. ; Halperin, D. (1994) **La educación y el no uso de anticonceptivos entre mujeres de bajo nivel socio-económico en Chiapas**. Perspectivas internacionales en planificación familiar. Número especial, 1999, págs. 9 – 15.

27.- OMS (2015) **Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos**. Quinta edición 2015

Disponible: www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning

28- OMS 2018 **Género y salud**. Consultado el 15/11/19. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

29.- OMS (2018) **Planificación Familiar**. Disponible: www.who.int

30.- Paiva, L. (2018) **Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en mujeres de 35 – 45 años del vaso de leche “Jesús amigo de los niños”**, Piura, Perú. Universidad católica los Ángeles de Chimbote. Facultad de ciencias de la salud. Escuela profesional de Obstetricia.

31.- Panchi, P. ; Sandoval, P. (2016) **Análisis de la asesoría en los métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil que acudieron al Hospital básico de Píllaro, en el período enero – diciembre del 2016**. Proyecto de investigación para optar al título de Obstetriz. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia. Quito, agosto 2017.

32.- Perdomo, E. et al. (1999) **Factores asociados al uso de DIU en mujeres de 35 a 49 años en un policlínico de ciudad de La Habana**. Revista cubana de endocrinología. Versión on line. ISSN, 1561 – 2953. Vol. 15, núm. 2. Ciudad de La Habana. Mayo – Agosto 2004.

33- ROU poder legislativo (2002) Ley N° 17.514 **Violencia Doméstica. Decláranse de interés general las actividades orientadas a su prevención, detección temprana, atención y erradicación**. Montevideo. Recuperado el 20/08/19. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1974689.htm>

34.- Silva, D. (2010) **La ciudadanía de las mujeres en clave de derechos sexuales y reproductivos: una mirada al debate sobre la despenalización del aborto en Uruguay**. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.

35.- Ulloa, C. (2004) **Anticoncepción en la mujer de mediana edad. Hospital docente Gineco-Obstétrico América Arias**. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología. Versión on line. ISSN 1561 – 3062. Vol. 30, núm. 1. Ciudad de La Habana.

36.- Varela, C. ; Fostik, A. (2008) **Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?** Revista latinoamericana de población, vol 5, núm. 8, enero – junio 2011, pp 115-140. ISSN: 2175-8581 Asociación latinoamericana de población, Buenos Aires, Organismo Internacional. Disponible: www.redalyc.org

37.- Vazquez, A. ; Suárez, N. (2005) **Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana Conduacán**. Tabasco. Horizonte sanitario, vol. 5, núm. 2, Mayo – Agosto 2006, pp 8 – 25. Universidad Juárez autónoma de Tabasco. Villahermosa, México. Disponible: www.redalyc.org

38.- Velazquez, S. **Sexualidad responsable. Programa institucional. Actividades de educación para una vida saludable.** Universidad autónoma del estado de Hidalgo. Disponible: www.uaeh.edu.mx/virtual

39- Yarzabal. L. (2008). **Incorporación formal de la educación sexual al sistema educativo público uruguayo.** Director Nacional de Educación Pública. Presidente del Consejo Directivo Central de la ANEP. Consultado el: 24/10/19. Disponible en: <http://ceip.edu.uy/IFS/documentos/2015/sexual/materiales/educacion-sexual--su-incorporacion-al-sistema-educativo/educacion-sexual--su-incorporacion-al-sistema-educativo.pdf>

ANEXOS:

TABLAS DE RESULTADOS:

Tabla 1. Frecuencia utilización de método anticonceptivo actualmente.

¿Actualmente se encuentra utilizando algún método anticonceptivo?	Frecuencia	Percent	Cum. Percent	
No	23	23,00%	23,00%	
Yes	77	77,00%	100,00%	
Total	100	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits	
No	15,17%
Yes	67,51%

Tabla 2. Frecuencia de Asesoramiento recibido.

¿Recibió asesoramiento sobre MAC?	Frequency	Percent	Cum. Percent	
No	21	21,00%	21,00%	
Yes	79	79,00%	100,00%	
Total	100	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits	
No	13,49%
Yes	69,71%

Tabla 3. Por parte de quien recibió el asesoramiento?

	Frecuencia			Porcentaje
	No	Si	Total	No
Partera	87	13	100	87,00%
Ginecólogo	38	62	100	38,00%
Médico gral	99	1	100	99,00%
Médico fliar	99	1	100	99,00%
Promotor de salud	99	1	100	99,00%
Pareja	98	2	100	98,00%
Familiar	91	9	100	91,00%
Amigos	86	14	100	86,00%
Instit. educativa	95	5	100	95,00%
Otros	94	6	100	94,00%

Tabla 4. Frecuencia de consideración de asesoramiento profesional.

Cómo considera que fue el asesoramiento profesional?	Frequenc y	Percent	Cum. Percent	
Aceptable	35	49,30%	49,30%	
Insuficiente	4	5,63%	54,93%	
Muy Bueno	21	29,58%	84,51%	
Suficiente	11	15,49%	100,00%	
Total	71	100,00%	100,00%	

Exact	
95%	
Conf	
Limits	
Aceptable	37,22%
Insuficiente	1,56%
Muy Bueno	19,33%
Suficiente	8,00%

Tabla 5. Frecuencia de Conocimiento de funcionamiento del MAC.

¿Conoce el funcionamiento?	Frequenc y	Percent	Cum. Percent	
No	78	78,79%	78,79%	
Yes	21	21,21%	100,00%	
Total	99	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits	
No	69,42%
Yes	13,64%

Tabla6. Frecuencia de Conocimiento de eficacia.

¿Conoce la eficacia de los MAC?	Frecuencia	Percent	Cum. Percent	
No	55	55,56%	55,56%	
Yes	44	44,44%	100,00%	
Total	99	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits	
No	45,22%
Yes	34,45%

Tabla 7.Frecuencia de Conocimiento de efectos adversos.

¿Conoce los efectos adversos de los MAC?	Frecuencia	Percent	Cum. Percent	
No	61	61,62%	61,62%	
Yes	38	38,38%	100,00%	
Total	99	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits	
No	51,30%
Yes	28,78%

Tabla 8. Frecuencia de Conocimiento de ventajas de los MAC.

¿Conoce las ventajas de los MAC?	Frequency	Percent	Cum. Percent	
No	42	42,42%	42,42%	
Yes	57	57,58%	100,00%	
Total	99	100,00%	100,00%	

Tabla 9. Frecuencia de conocimiento de duración de los MAC

¿Conoce la duración de los MAC?	Frecuencia	Percent	Cum. Percent	
No	60	60,61%	60,61%	
Yes	39	39,39%	100,00%	
Total	99	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits	
No	50,28%
Yes	29,72%

Una sola tabla de:

Tabla 10. Razones por las que eligieron dicho método.

	Frecuencia			Porcentaje	
	No	Si	Total	No	Si
Recomendación profesional	69	31	100	69,00%	31,00%
Recomendación familiar	100	0	100	100,00%	0,00%
Recomendado por amigos	97	3	100	97,00%	3,00%
Por decisión propia	51	49	100	51,00%	49,00%
Por decisión de pareja	89	11	100	89,00%	11,00%
Asesoramiento y decisión propia	99	1	100	99,00%	1,00%
Otras razones	97	3	100	97,00%	3,00%

Tabla 11. Frecuencia Ha utilizado otro MAC antes del actual.

¿Ha utilizado otro MAC antes del actual?	Frecuencia	Percent	Cum. Percent	
No	16	16,00%	16,00%	
Yes	84	84,00%	100,00%	
Total	100	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf	
-----------------------	--

Limits	
No	9,43%
Yes	75,32%

Tabla 12. Razones del desuso.

	Frecuencia			Porcentaje
	No	Si	Total	No
Embarazo no planificado	78	22	100	78,00%
Efectos adversos	61	39	100	61,00%
Cambio de pareja	93	7	100	93,00%
avances tecnologicos	99	1	100	99,00%
interferencia en la vida sexual	99	1	100	99,00%
Otras	72	28	100	72,00%

Tabla 13. Frecuencia de causa de embarazo no planificado.

¿Cuál considera que pudo ser la causa?	Frecuencia	Percent	Cum. Percent	
Asesoramiento insuficiente	7	19,44%	19,44%	
Falla del MAC	7	19,44%	38,89%	
Mal uso del MAC	17	47,22%	86,11%	
Otras	5	13,89%	100,00%	
Total	36	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf

Limits

Asesoramiento insuficiente 8,19%

Falla del MAC 8,19%

Mal uso del MAC 30,41%

Otras 4,67%

Tabla 14. Frecuencia de conformidad con el método actual.

¿Se encuentra en conformidad con el método actual?	Frecuencia	Percent	Cum. Percent	
No	8	9,64%	9,64%	
Yes	75	90,36%	100,00%	
Total	83	100,00%	100,00%	

Tabla 15

¿El MAC interfiere en su vida sexual?	Frecuencia	Percent	Cum. Percent	
No	71	88,75%	88,75%	
Yes	9	11,25%	100,00%	
Total	80	100,00%	100,00%	

Tabla 16.

¿Lo utiliza por decisión propia?	Frecuencia	Percent	Cum. Percent	
No	3	3,75%	3,75%	
Yes	77	96,25%	100,00%	
Total	80	100,00%	100,00%	

Tabla 17.

¿Ha presentado efectos adversos de dicho MAC?	Frecuencia	Percent	Cum. Percent	
No	66	82,50%	82,50%	
Yes	14	17,50%	100,00%	
Total	80	100,00%	100,00%	

Construcción tabla 1 de resultados.

A) Frecuencia del Nivel Educativo alcanzado.

¿Cuál es su Nivel Educativo alcanzado?	Frecuencia	Percent	Cum. Percent	
Bachillerao Completo	5	5,00%	5,00%	
Bachillerato Incompleto	12	12,00%	17,00%	
Ciclo Básico Completo	11	11,00%	28,00%	
Ciclo Básico Incompleto	22	22,00%	50,00%	
Primaria Completa	33	33,00%	83,00%	
Primaria Incompleta	9	9,00%	92,00%	
Terciario/Universitario Completo	4	4,00%	96,00%	
Terciario/Universitario Incompleto	4	4,00%	100,00%	
Total	100	100,00 %	100,00%	

B) Frecuencia de la ocupación actual.

¿Cuál es su ocupación actual?	Frecuencia	Percent	Cum. Percent	
Ama de casa	39	39,00%	39,00%	
Changas	12	12,00%	51,00%	
Desocupada	9	9,00%	60,00%	
Estudiante	2	2,00%	62,00%	
Trabajo estable	38	38,00%	100,00%	
Total	100	100,00%	100,00%	

C) Frecuencia del Estado Conyugal actual.

¿Cual es el Estado conyugal actual?	Frecuencia	Percent	Cum. Percent	
Soltera	37	37,00%	37,00%	
Unión Estable	63	63,00%	100,00%	
Total	100	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits	
Soltera	27,56%
Unión Estable	52,76%

ENCUESTA.

Edad:
 Edad Reproductiva: FUM ----- MENOPAUSIA----- EMBARAZADA ----- Planificado SI ---- NO -
 --- Aceptado ----

Usaba MAC SI----
 NO----
 Nivel Educativo: ANALFABETA -----
 PRIMARIA ----- INCOMPLETA ---- COMPLETA ----
 -
 CICLO BASICO ---- INCOMPLETO ---- COMPLETA ---
 --
 BACHILLERATO --- INCOMPLETO ---- COMPLETO ---
 --
 TERCARIO/UNIVERSITARIO ---- INCOMPLETO ---- COMPLETO -

ESTADO CIVIL: SOLTERA ----- UNION ESTABLE -----

Ocupación Actual: DESOCUPADO ----- ESTUDIANTE ----- TRABAJO ESTABLE ----- AMA DE CASA ---
 -- CHANGAS -----

PARIDAD: NULIGESTA ----- PRIMIGESTA ----- MULTIGESTA -----

DESEO DE EMBARAZO: SI ---- NO ----

CREENCIAS RELIGIOSAS: SI ---- NO ----

Religión repercute en la decisión MAC? SI ----- NO -----

¿Conoce algún método anticonceptivo? SI ---- 1 ---- 2-4 ---- 5 o más ----
 ninguno ----
 NO -----

Si la respuesta es SI, Cual/es? Orales ---- Barrera ---- DIU ---- Irreversible ---- Implante Subdermico ----
 Naturales ---- Inyectables ---- Otros ----

Conoce :
 Funcionamiento? Eficacia? Efectos Adversos? Ventajas?
 Duración?
 SI ---- ---- ---- ----
 NO ---- ---- ---- ----

¿Recibió asesoramiento sobre MAC? SI ---- NO ----
 ¿Realizó consulta profesional por MAC? SI ---- NO ----

¿ Por parte de quien? Partera ----- Ginecologo/a ----- Medicina Familiar ----- Medicina General-----
 Pareja ----- Familiar ----- Amigo/a ----- Institución Educativa ----- Promotor De Salud ----- Otros -----

¿Cómo consideras que fue el asesoramiento? Insuficiente ----- Aceptable ----- Suficiente ----
 - Muy bueno -----

¿Actualmente esta utilizando algún MAC?

SI -----:Cual? Hormonal ---- Barrera ----- Irreversibles ---- DIU ---- Naturales -----

NO -----:Causas? Decisión propia ----- Deseo concepcional ----- Violencia ----- Otras -----

¿Hace cuanto tiempo lo utiliza? Menos de 1 año ----- Entre 1-5años ----- Entre 5-10años -----
Más de 10 años -----

¿Utiliza preservativo asociado a otro MAC? Siempre ----- Ocasionalmente ----- Nunca -----

Objetivo del uso : Prevención de ITS ----- MAC ----- Otras -----

Tipo de preservativo que utiliza: FEMENINO ----- MASCULINO ----- AMBOS -

Se encuentra conforme con el MAC actual? SI ----- NO -----

Se encuentra en conformidad o disconformidad con las siguientes opciones:

	conforme	desconforme
Efectos adversos no deseables	-----	-----
Interfiere con su vida sexual	-----	-----
No tomo la decisión ella	-----	-----
Económico	-----	-----

Presento embarazo no planificado por falla del MAC:

SI ----- Motivos: Mal uso de MAC ----- Asesoramiento insuficiente ----- Falla de MAC -----
Otros-----
NO -----

¿Consideras que estas utilizando tu MAC 100% correctamente? SI ----- NO -----

Según MAC que utilice :

DIU: CONTROL: SI -----: Completo ----- Incompleto -----
NO -----
DURACIÓN: SI ----- NO -----

ACO: Toma Diaria ----- Horaria -----

Pérdida de eficacia: (DIARREA ----- VOMITOS ----- TOMA DE ANTIBIOTICOS -----

BARRERA: como usarlo? ----- cuando usarlo? ----- estado del envase -----

IMPLANTE SUBDERMICO: Duración -----

RAZONES POR LAS QUE ELIJO DICHO MAC

RECOMENDADO POR : PROFESIONAL ----- FAMILIAR ----- AMIGOS ----- OTROS -----

POR DECISION DE PAREJA ----- POR DECISION PROPIA ----- ASESORAMIENTO Y DECISION PROPIA -----
OTROS -----

HISTORIA DE LOS MAC DE LA USUARIA:

A utilizado otro MAC antes del actual? SI ----- NO -----
Cual-es?

Barrera ----- : Preservativo masculino -----/ femenino ----
Hormonal:-----: Píldoras----- / implantes sub dérmicos ----- /Parche ----/ Anillo vaginal -----/
Diu hormonal -----
DIU Cobre: -----
Otros: -----

Razones del desuso: Embarazo no planificado ----- Efectos adversos ----- Cambio de
pareja ----- Avances tecnológicos ----- Interfiere con su vida sexual ----- Otros -----

Periodo de Tiempo: Enero 2019 – Junio2019.

CONSENTIMIENTO LIBRE INFORMADO:

Estimado/a:

En el marco de la elaboración del trabajo Final de Grado para la obtención del título Obstetra Partera/o de la Escuela de Parteras de Facultad de Medicina de la Universidad de la República, se realizará una investigación titulada: Nivel de conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos en mujeres de 35 años a 45 años, que concurren al centro de salud público de la ciudad de San José de Mayo en el período Enero 2019 – Junio 2019.

Las responsables de la misma serán Laura Meyer y Alexandra Pérez, con la tutoría la Profesora O.P Cecilia Fernández.

Dentro de sus principales objetivos, se puede mencionar: : Conocer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y elección de los mismos en mujeres mayores e iguales a 35 años a 45 años, que concurren a la consulta ambulatoria en policlínicas públicas de San José de Mayo en el periodo Enero– Junio 2019

Objetivos específicos:

Relevar el nivel de asesoramiento de la usuaria sobre métodos anticonceptivos en general y del que se encuentre usando actualmente

Razones por las que eligieron dicho método

Conocer la historia de la usuaria en métodos anticonceptivos y nivel de satisfacción con los mismos

Conocer el método anticonceptivo elegido según proyecto de vida, paridad, vivencias, cultura , creencias y educación.

Para la consecución de este fin, se realizarán entrevistas (ver formulario de encuesta en anexo 1) impresas en papel, a mujeres de entre 35 y 45 años de edad. Dicho cuestionario se aplicara durante el periodo enero - junio del año 2019 en las diferentes policlínicas de la ciudad de San José de Mayo

Cabe aclarar que la participación en este estudio es voluntaria y no implica ningún beneficio ni perjuicio personal (no afectando la calidad de asistencia).

Solamente tendrá que responder de la forma más clara y honesta que pueda algunas consignas. La información se manejará de forma confidencial, siendo de uso exclusivo las responsables de la investigación, quienes garantizarán la confidencialidad y el anonimato de los participantes durante todo el proceso. Se señala que las entrevistas serán revisadas, siendo las mismas llevadas a cabo por las investigadora, a los efectos de preservar su confidencialidad.

El tiempo dedicado por cada participante será de 15 minutos en total.

La participación en la presente investigación, no constituye objeto de remuneración o compensación material o de cualquier otro tipo. Así, los beneficios de la misma se encuentran vinculados a los aportes que esta investigación pueda realizar en torno a la temática central que aborda. Asimismo, cabe destacar que esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo para los participantes, y que en caso contrario, el/la/los investigador/a/es a cargo será/ responsable/s de aquello que pudiera resultar un perjuicio para los mismos, así como de la búsqueda y obtención de los recursos que sea necesario desplegar para compensar la mencionada situación. Por último, mencionar que la contribución de los participantes es muy valiosa, y se les recuerda que pueden rechazar la respuesta a cualquier pregunta y tienen derecho de desistir de participar en cualquier momento del proceso, opción que no involucra ningún tipo de consecuencia para quien la tome. Por cualquier consulta o duda pueden comunicarse en cualquier momento del proceso con las investigadoras responsables, Alexandra Pérez y Laura Meyer 091647170/091246378

Firma investigador/a/es responsable/: Aclaración de firma: XXX

Declaración de consentimiento:

En el presente documento, manifiesto que leí y escuché la información que se me ha brindado sobre la investigación: “Nivel de conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos en mujeres de 35 años a 45 años, que concurren al centro de salud público de la ciudad de San José de Mayo en el período Enero 2019 – Junio2019”.

Se me ha concedido la posibilidad de plantear dudas y preguntas, ante lo cual considero satisfactorias las respuestas recibidas. Acepto voluntariamente participar en la mencionada investigación y comprendí claramente que tengo derecho a retirarme de la misma en cualquier momento sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mi persona. Acuerdo asimismo ser entrevistado y que la mencionada entrevista sea revisada por las investigadoras responsables.

Firma: Aclaración: Fecha:

En caso de no consentimiento explicar brevemente los motivos del mismo:

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 26 de Diciembre de 2018.

INTEGRANTES

Coordinadora:
Prof. Dra. Gabriela Garrido

Dra. Beatriz Ceruti
Dr. Bruno Cuturi
Sra. Eloisa Barreda
Dra. Mariana Malet.
Lic. TS. María del Carmen Canavessi
Dra. Olga Larrosa.
Quím. Farm. Fernando Antunez.
Lic. Enf. Scheley Santos.
Prof. Adj. Dr. S. Scasso.
Prof. Adj. Dra. Fernanda Gomez
Lic. Psic. Ruben Garcia.

Secretaria
Obst. Part. Julie Nathalie Canobra
comite.etica.investigacion@gmail.com

A: Dirección General del Centro
Hospitalario Pereira Rossell
Dra. Victoria Lafluf

De: Integrantes del Comité de
Ética en investigación

Por la presente se deja constancia que el Comité de Ética en
Investigación da por APROBADO, " **NIVEL DE CONOCIMIENTO Y
UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES
DE 35 AÑOS A 45 AÑOS, QUE CONCURREN AL CENTRO DE
SALUD PUBLICO DE LA CIUDAD DE SAN JOSE DE MAYO EN EL
PERIODO DE ENERO 2019 - JUNIO 2019**". Resp. Br. OP
Alexandra Perez, Br. OP. Laura Meyer. Prof. Adj. OP Cecilia
Fernandez.

Recepción de Protocolos

Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
7º Piso - Tel/Fax: + (598) 2 707 5224
Br. Artigas 1550 C.P. 11600
direccion.pereirarossell@asse.com.uy
Montevideo - Uruguay

Sin más, saluda a Ud. muy atentamente,


Prof. Dra. Gabriela Garrido
Coordinadora

C. H. P. R.
ENTRADA
Fecha... 27 / 12 / 18
DIRECCION GENERAL

Comité de Ética en Investigación
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Tel/Fax: + (598) 2707 5224
e-mail: comite.etica.investigacion@gmail.com

Montevideo, 27 de diciembre de 2018.

De: Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Dra. Victoria Lafluf

A: Resp. Br. OP Alexandra Pérez –
Br. OP Laura Meyer
Prof. Adj. OP Cecilia Fernández

Por la presente adjunto a usted nota del Comité de Ética en Investigación de este Centro Hospitalario, referente al Proyecto "Nivel de conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos en mujeres de 35 años a 45 años, que concurren al Centro de Salud Público en la Ciudad de San José de Mayo en el período de enero 2019- junio 2019".

Le saluda atentamente,


Dra. Victoria Lafluf
Directora General
Centro Hospitalario Pereira Rossell

Ley N° 18.426

1 DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1.1.1 NORMAS

1.1.1.1 El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

1.1.2 DECRETAN:

1.1.2.1 **CAPÍTULO I**

1.1.2.2 **De los Derechos Sexuales y Reproductivos**

Artículo 1º. (Deberes del Estado).- El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes.

Artículo 2º. (Objetivos generales).- Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

- a) universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados;
- b) garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias;
- c) asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las

personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona;

- d) capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar;
- e) impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva;
- f) promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario.

Artículo 3º. (Objetivos específicos).- Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

- a) difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva;
- b) prevenir la morbilidad materna y sus causas;
- c) promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;
- d) promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de "embarazo no deseado-no aceptado" desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos;
- e) promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación;
- f) garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables;
- g) incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente;
- h) fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la

- violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias;
- i) prevenir y tratar las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas;
 - j) promover climaterios saludables desde la educación para la salud;
 - k) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual;
 - l) prevenir y reducir el daño de los efectos del consumo de sustancias adictivas legales e ilegales.

Artículo 4º. (Institucionalidad y acciones).- Para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos enumerados en los artículos 2º y 3º de la presente ley, corresponde al Ministerio de Salud Pública:

- a)
 - 1 dictar normas específicas para la atención integral de la salud sexual . y reproductiva de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes;
 - 2 impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y . responsable de los derechos sexuales y reproductivos;
 - 3 implementar acciones de vigilancia y control de la gestión sanitaria en . salud sexual y reproductiva en el nivel local y nacional;
 - 4 desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que . afectan la salud sexual y reproductiva;
 - 5 fortalecer el sistema de información sanitario como herramienta para . conocer el desarrollo nacional de la salud sexual y reproductiva de la población;
 - 6 promover la investigación en salud sexual y reproductiva como . insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.
- b)
 - 1 Promover la captación precoz de las embarazadas para el control de . sus condiciones de salud;
 - 2 implementar en todo el territorio nacional la normativa sanitaria . vigente (Ordenanza 369/04, de 6/8/2004 del MSP) acerca de la atención integral en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, denominada "Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo";
 - 3 dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y . reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal;

- 4 promover la investigación y sistematización sobre las principales . causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla.
- c) Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.
- d)
 - 1 Promover la participación comprometida de los hombres en la . prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables;
 - 2 promover cambios en el sistema de salud que faciliten a los hombres . vivir plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción.
- e)
 - 1 Apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia . de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos;
 - 2 protocolizar la atención sanitaria en materia de anticoncepción e . infertilidad.
- f)
 - 1 Brindar atención integral de calidad y derivación oportuna a las . personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual, en los términos de la Ley Nº 17.514, de 2 de julio de 2002 y del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual;
 - 2 detectar la incidencia en la morbi-mortalidad materna de la violencia . física, psicológica y sexual, a los efectos de fijar metas para su disminución;
 - 3 protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y . sexual;
 - 4 incorporar a la historia clínica indicadores para detectar situaciones . de violencia física, psicológica o sexual.
- g) Impulsar campañas educativas de prevención de las enfermedades crónico degenerativas de origen génito-reproductivo desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva.
- h) Dictar normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio, incorporando la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de mejorar la calidad

de vida y disminuir la morbi-mortalidad vinculada a patologías derivadas de esta etapa del ciclo vital.

- i) 1 Promover en todos los servicios de salud sexual y reproductiva la . educación, información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables y los métodos eficaces de prevención de las infecciones de transmisión sexual en todas las etapas etarias;
- 2 proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la . información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de embarazo y parto;
- 3 impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia . las personas que conviven con enfermedades de transmisión sexual, y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad;
- 4 investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos . de transmisión del VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas.

Artículo 5º. (Coordinación).- En el cumplimiento de los objetivos establecidos en los artículos 2º y 3º de la presente ley, así como en la ejecución de las acciones a su cargo, el Ministerio de Salud Pública coordinará con las dependencias del Estado que considere pertinentes.

Artículo 6º. (Universalidad de los servicios).- Los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población. Dichos servicios contemplarán:

- a) la inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etarios en su población objetivo;
- b) el involucramiento de los sub-sectores de salud pública y privada;
- c) la jerarquización del primer nivel de atención;
- d) la integración de equipos multidisciplinarios;
- e) la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales, particularmente con el sector educativo;

- f) la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

1.1.2.3 CAPÍTULO II

1.1.2.4 Disposiciones finales

Artículo 7º.- Incorpórase al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo:

"ARTÍCULO 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.

En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible".

Artículo 8º. (Derogaciones).- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Sala de Sesiones de la Asamblea General, en Montevideo, a 20 de noviembre de 2008.

1.1.2.5 JOSÉ MUJICA,

Presidente.

Hugo Rodríguez Filippini,

Marti Dalgalarondo Añón,
Secretarios.

1.1.2.6 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

1.1.2.7 Montevideo, 1º de diciembre de 2008.

De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 145 de la Constitución de la República, cúmplase, acútese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se establecen normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

1.1.2.8 TABARÉ VÁZQUEZ.
MARÍA JULIA MUÑOZ.

1.1.2.9

Montevideo, Uruguay. Poder Legislativo.