

CAPITULO I

1.- EL PROBLEMA

1.1.- CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

En el ámbito nacional se ha encontrado que la participación de los hombres en los procesos de salud reproductiva y en la Planificación Familiar es escasa, lo cual se atribuye por una parte, a que los servicios de Planificación Familiar durante mucho tiempo fueron considerados como parte de los programas de atención materno infantil centrando su atención a la mujer, y por otro lado a la poca disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos masculinos eficaces.

El criterio equivoco que la responsabilidad de la anticoncepción y la crianza es únicamente de las mujeres, todos los trabajos investigativos en esta área han estado orientados, mas hacia ellas, la no participación del varón en el proceso reproductivo aparece reducida en la mayor parte de los análisis. Razón por la cual vale la pena incluir la temática del varón como campo de estudio dentro de la investigación de salud reproductiva e interpretar su presencia en este proceso. (1)

En nuestro medio los agentes de salud y otros sectores han hecho poco esfuerzo para considerar las necesidades de reproducción de los hombres e incorporarlos a la participación activa en la toma de decisiones con respecto a la Planificación Familiar.

La escasa motivación de los hombres para acudir consejería sobre planificación familiar junto a su pareja; la ineficiente labor educativa dirigida a la comunidad como también el predominio del machismo no permiten la participación de estos.

Además es ineficiente la labor educativa del equipo de salud en materia sexual y reproductiva dirigida a la comunidad masculina. Por otra parte, el hecho de tener que compartir entrada a la consulta en una sala de espera llena de mujeres incrementa la timidez y la evitación de dicha situación.

En estudios realizados en hombres, estos refieren no gustarles el uso del condón por que se rompe con facilidad, les produce irritación del pene o les disminuye la sensibilidad en el coito, "Rev Med, Gen Integr v. 17 n. 3 mayo Junio del 2001": Sin embargo se reporta que su uso esta aumentando en el mundo, por ser la estrategia principal para la prevención de SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. (2)

Ya que el sexo masculino ejerce una función regularmente dominante en la toma de decisiones para la salud reproductiva de las mujeres. (3)

Al haber poca disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos masculinos, eficaces de manera que los hombres han tenido pocas oportunidades de recibir orientaciones e información para modificar con respecto a la planificación familiar.

Determinada así la problemática a nivel general, se observa también en el País y Provincia, no existe la participación del hombre en la Planificación Familiar ya sea por desconocimiento, machismo, vergüenza, o simplemente por su dejadez y comodidad al asignar esta acción únicamente al género femenino.

En Ibarra contamos con grupos poblacionales cuya fuerza laboral esta centrada en el género masculino cuyo ejemplo específico está en el taxismo, quienes son exclusivamente hombres a quienes por se un grupo muy bien identificado quienes conocen cual es su participación en los procesos de planificación familiar, puesto que por sondeos de opinión son los hombres quienes participan menos en este proceso, igualmente a los Centros y Subcentros de Salud, ellos no acuden como beneficiarios de este programa.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cual es la participación en planificación familiar de los Señores de Radio Taxi Express de la ciudad de Ibarra en el período 2006- 2007?

1.5.- JUSTIFICACIÓN

La Planificación Familiar no es solo los métodos anticonceptivos a utilizar; o planificar cuántos hijos tener, también implica un crecimiento en todo aspecto ya sea académico, social y mas que todo moral. Esto en la familia se solidifica adquiriendo un buen nivel de conciencia social, al no existir campañas de fomento y participación de pareja, hacer que en este proceso moral se integre la mujer.

Hemos comprobado que la Planificación Familiar en la Realidad, en el convivir diario, como en la bibliografía y estudios realizados demuestran claramente una sobrecarga de responsabilidades a la mujer, liberando al hombre de responsabilidades que debería ser asumida de pareja.

Al observar permanentemente la escasa participación de los hombres en este proceso hemos considerado realizar un estudio sobre este tema puesto que somos los hombres, también los responsables de la procreación.

Es importante hacerlo puesto que la planificación familiar es conjunta, es de pareja y somos los 2 seres humanos quienes debemos intervenir, para actuar en función de una nueva generación.

Pensamos que al insertar al hombre en este proceso ellos van a tomar conciencia de la procreación, organización familiar y participación moral y social en la comunidad.

1.4.- OBJETIVO GENERAL

Determinar cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas de los Señores de Radio Taxi Express de la ciudad de Ibarra en la planificación familiar, mediante una guía educativa para la participación activa del grupo.

Objetivos Específicos:

1. Realizar un Diagnóstico a cerca de la participación o no, en la Planificación Familiar por parte del grupo en estudio.
2. Analizar los factores relacionados a la no participación en los grupos de salud reproductiva y en la planificación familiar.
3. Elaborar una guía educativa para hombres sobre Planificación Familiar, que le permita participar en la planificación familiar.
4. Determinar el grado de conocimiento que tiene el universo en estudio Sobre los métodos anticonceptivos.

1.3.- INTERROGANTES

- a.** ¿El machismo y la idiosincrasia del género incide en la escasa participación de los hombres en planificación familiar?

- b.** ¿Cuáles son los conocimientos que poseen los hombres sobre planificación familiar?

- c.** ¿Los programas de planificación familiar vigentes en el país integran al género masculino en su intervención.

- d.** ¿La guía educativa sobre planificación familiar integral, logrará el cambio de actitudes y conocimientos en los hombres del grupo en estudio?

CAPITULO II

2.2.1 Que es la planificación familiar?

Es el conjunto de normas y reglas que brindan a las parejas, herramientas para que hagan uso del derecho que tienen de elegir libremente el número de hijos que deseen tener.

Además ofrece al ser humano la posibilidad de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras sin presión y sin temor de embarazos no deseados, garantizando el derecho de regular la fecundidad con mínimos riesgos y efectos secundarios indeseables.

2.2.2 Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino.

Está constituido por órganos externos e internos, a los cuales se los llama genitales.

Órganos genitales externos.

- El escroto.- propiamente es un saco de piel arrugada que cuelgan del bajo vientre. Interiormente está dividido por un tabique, por lo cual asoma como dos sacos o bolsas.
- El pene.- es un órgano impar situado por encima del escroto y por delante del pubis. Se distinguen tres partes: una anterior llamada: cuerpo y una anterior llamada glande o balano; otra central llamada: raíz que se une al organismo. Todo el cuerpo incluso el glande, esta cubierto por un repliegue de tegumentos llamado prepucio, el cual esta fijado a lo largo del surco llamado balano prepucial.

<http://www.infoforhealth.org>

Interiormente esta constituido por las partes eréctiles que son: los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso.

Órganos genitales internos.

- Los testículos.- son dos glándulas, de forma ovoidea, situadas en la parte anterior de la región perineal y dentro de los sacos escrútales.

Interiormente están formados por una capa externa fibrosa llamada albugínea y una sustancia compuesta por una serie de pequeños tubos llamados: Seminíferos, en cuyas paredes se forman y maduran los espermatozoides.

Cada testículo propiamente es una glándula mixta, es decir con doble secreción: una externa en la que se vierten las células sexuales masculinas llamadas espermatozoides y otra interna que se vierte a la sangre las hormonas sexuales masculinas llamadas testosterona y androsterona; las cuales son productoras de la aparición de los caracteres sexuales masculinos.

- Las vías espermáticas.- son el conjunto de tubos que transportan el esperma hacia el exterior.

Las principales vías son: el epidídimo, el conducto deferente, los conductos eyaculadotes y la uretra.

- El Epidídimo.- Es un largo tubo de 5 a 7 m. fuertemente apelonado sobre sí mismo. Está colocado sobre y a un extremo de cada testículo (epi=sobre; dirimo=testículo) y se comunica con el conducto deferente por la parte más delgada (cola). La función es almacenar provisionalmente los espermatozoides.
- Los conductores deferentes.- Son tubos largos (40cm.) que empiezan en la cola del epidídimo, luego penetran en la pelvis por

encima de la vejiga urinaria, aquí se curvan y terminan en la vesícula seminal por encima de la próstata.

- El conducto eyaculador.- son tubos pequeños (derecho e izquierdo) que se forman en el interior de la próstata por la unión de los conductores deferentes y las vesículas seminales. Descienden separadamente por el respectivo utrículo prostático, para luego desembocar en el conducto uretral. Llevan el semen desde la próstata hasta la uretra.
- La uretra.- En el hombre tiene una doble función expulsar al exterior la orina y el líquido seminal.
- Las glándulas anexas.- Son tres: la próstata, las vesículas seminales y las bulbo uretrales o de Cowper.
- La Próstata.- Es una glándula impar que rodea al conducto uretral. Tiene la forma de un cono aplanado en cuya base superior descansa la vejiga. Secreta un líquido que se mezcla con el contenido de las vesículas seminales en el momento de la eyaculación.

En las personas adultas se produce a veces un adenoma (tumor glandular), por lo cual llega a obstruir a la uretra dificultándose el paso de la orina.

A esta dificultad de orinar se lo llama enfermedad de la próstata.

- Las vesículas seminales.- son dos glándulas huecas que secretan un fluido albuminoideo denso y viscoso que se mezclan con el líquido espermático.

Las glándulas de Cowper.- son pequeñas glándulas situadas por debajo de la próstata; de forma y de tamaño como un guisante. Secreta una sustancia mucosa que lubrica a la uretra y contrarresta la acidez de la misma por el paso de la orina.

Fisiología del sistema reproductor masculino.

- Producir las células sexuales.- llamadas espermatozoides, a cuyo proceso se llama espermatogénesis.
- Producir las células nutricionales de Sertoli.- en el endotelio de los tubos seminíferos.
- Producir las hormonas sexuales masculinas.- testosterona y androsterona.
- Transportar el líquido esperma-seminal.- hacia el órgano reproductor femenino. Este transporte se considera en dos fases: una pasiva y otra activa.

Pasiva.- comprende el transporte de los espermatozoides desde los túmulos seminíferos hasta la acumulación en el epidídimo.

Activa.- se inicia por la acción de los estímulos sean estos físicos o químicos, psíquicos o biológicos, produciendo la irrigación sanguínea en los tejidos esponjosos, por lo cual el pene y el bulbo cavernoso se endurecen y aumentan de tamaño; luego el contenido de los conductores eyaculadores drena a la uretra.

Termina la fase activa con la eyaculación o expulsión del líquido esperma, o expulsión del líquido esperma-seminal en forma rápida y violenta.

Espermatogénesis.- Es un proceso que comienza en la adolescencia transformándose las células germinales primitivas llamadas espermatogonias en espermatoцитos de primer orden, estos por división

meiótica se convierten en espermátocitos de segundo orden a su vez cada uno de ellos da lugar a dos espermátidas con 23 cromosomas.

Finalmente las espermátidas sufren un proceso llamado espermiogénesis, por el cual pierden todo el citoplasma y adoptan una forma alargada propia del espermatozoide maduro.

2.2.3 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

Se diferencia los órganos externos e internos.

Órganos externos.- Reciben colectivamente el nombre de Vulva y en ella se observa externamente 1. Monte de Venus, 2. los labios vulgares mayores, y 3. Menores, 4. La hendidura vulvar; 5. El clítoris; 6. El himen; 7. Las glándulas de Bartholin y 8. Meato urinario.

- El monte de Venus.- del latín Mons vénereis. Es la parte más eminente la vulva, es de forma triangular y está situado delante del pubis y al llegar la pubertad se cubre de vello pubiano.
- Los labios mayores.- son dos pliegues cutáneos que cubren el resto de la vulva y se cierran hacia dentro.

La función específica es de protección física y biológica de cuerpos y organismos extraños, los cuales se detienen una parte en los vellos pubianos y otra en la unión y depresión de los mismos.

<http://www.infoforhealth.org>

- La hendidura vulvar.- propiamente corresponde a la unión de los labios mayores y constituye el surco característico de identificación del sexo femenino.
- Las funciones principales de esta hendidura son dos: a) de mixión urinaria y b) de guía para la cópula.
- Los labios menores.- se observa al abrir los labios mayores, dispuestos paralelamente a éstos. Anatómicamente son dos pliegues membranosos delgados, están cubiertos por un tejido mucoso liso con terminaciones nerviosas muy sensibles a la excitación sexual.

La función específica es doble:

- Cubrir o proteger las entradas de los órganos internos (uretra y vagina) y también el clítoris,
 - Servir de estímulo erótico para el órgano masculino (pene) en el acto copulativo o llamado “coito”.
- El clítoris.- es un órgano eréctil del tamaño de un guisante, mide 2cm. De largo; por su forma y estructura es considerado homólogo al pene y a igual que éste está cubierto completamente por un pliegue mucoso llamado capuchón.

La función específica.- es estimular la excitación sexual durante la cópula.

- El himen.-es una membrana generalmente débil y delgada que apenas está perforada en la entrada del orificio vaginal de toda mujer virgen. Se rompe fácilmente por algunas causas: en un accidente, en la masturbación, al hacerse el aseo y en el primer

coito por consiguiente no se puede considerar al himen como el símbolo de la virginidad.

- Las glándulas de Bartholino.- son en número par que desemboca en el vestíbulo vulvar. Son glándulas de tejido mucoso que secretan un líquido viscoso y tienen la función lubricar el vestíbulo, los labios vulvares y por ende el órgano masculino cuando se realiza la cópula.
- Las trompas de Falopio.- son dos conductos en forma de embudos de 20 cm. De largo cada uno. Están situados a ambos lados del útero para conducir el óvulo desde el ovario a la matriz. En este trayecto se produce la fecundación del óvulo.
- El útero o matriz.- es un órgano impar hueco situado en la porción media de la cavidad pélvica entre la vejiga urinaria y el recto.

Su forma es como una pera achatada e invertida. Su tamaño en la mujer no embarazada, es algo menor a un puño cerrado. La función del útero es recibir el óvulo fecundado, nutrirlo y desarrollarlo, es decir aquí se produce la gestación de un nuevo ser.

- La vagina.- es un conducto músculo membranoso de 10 cm. De longitud desde la parte inferior del cuello del útero (hocico de tenca), hasta la salida externa que está semicerrada por la membrana del himen en las mujeres vírgenes; pero en las no vírgenes, la vagina se abre exteriormente en el vestíbulo vulvar.
- La pared vaginal es elástica se distiende fácilmente en el coito y en el parto.

Fisiología del sistema reproductor femenino.

- Producir y desarrollar los óvulos (ovogénesis).
- Recibir y conducir en las mejores condiciones a los espermatozoides (copulación).
- Prepara la nidación por si suceda la fecundación (ciclo ovárico-uterino).
- Fecundar al óvulo (fecundación)
- Cuidar el huevo o cigoto (gestación o embarazo)
- Dar a luz al niño (parto).
- Amamantar al niño (lactancia).

Fases del ciclo.

Se presenta propiamente en dos fases simultáneas: la una en el ovario y la otra en el útero.

Fase ovárica.- comprende tres etapas: Folicular, Ovular y Lútea.

La primera etapa es influenciada por la hormona hipofisaria llamada: estimuladora de los folículos (FSH), induce a las células ováricas a formar un folículo primario alrededor de cada ovocito. El folículo primario a su vez crece y se transforma en secundario y éste en folículo De Graaf. Todo esto sucede en los primeros catorce días del ciclo menstrual.

La segunda etapa llamada de: Ovulación, se inicia con la rotura del folículo ovárico maduro y el óvulo sale expulsado a la cavidad peritoneal. Esto sucede a partir de los 13 y 14 días del ciclo.

<http://www.infoforhealth.org>

La tercera etapa llamada: lútea se inicia cuando el folículo ovárico al quedar vacío, las células que lo forman carecen más y cambian de color rosado a gris amarillento, convirtiéndose el folículo en el cuerpo lúteo. Este cambio sucede entre 12 días del ciclo ovárico.

Fase uterina.- comprende tres etapas: Flujo menstrual, Proliferación y secretoria.

La primera etapa comienza con el flujo menstrual que dura de 3 a 5 días. Este flujo sanguinolento es formado por la desintegración y descarga de los tejidos uterinos blandos (endometrio) y el óvulo maduro no fecundado.

La segunda etapa llamada; proliferación, consiste en el crecimiento de la capa endométrica uterina. Esto sucede aproximadamente del 5 al 14 días del ciclo ovárico.

La tercera etapa llamada: secretoria consiste en mantener proliferada a la capa endométrica uterina, por si sucediera un embarazo. Esta etapa sucede en las dos últimas semanas del Ciclo ovárico, para luego comenzar un nuevo ciclo que se manifiesta con el flujo menstrual.

La fecundación.- es la unión del óvulo con el espermatozoide en la trompa de Falopio, produciéndose como consecuencia la fusión de sus núcleos y la forma de una nueva célula llamada huevo o cigote con todo el aporte genético de sus progenitores.

Condiciones de fecundación.- el camino que recorren los espermatozoides para encontrarse con el óvulo es muy largo, desde la

vagina hasta la trompa de Falopio llegando los más fuertes, los demás mueren en el trayecto.

El tiempo de vida de los espermatozoides y del óvulo dentro del órgano femenino es de 24 a 48 horas, de donde se deduce que el tiempo probable para que se realice la fecundación está entre el día décimo tercero y décimo séptimo, contados desde el primer día del período menstrual u ovulación.

Existen también otras condiciones para la fecundación como: químicas (grado de Ph), biológicas (desarrollo orgánico), psicológicas (estado emocional y afectivo), climáticas (frías, calor, presión atmosférica, altura geográfica, etc.) y alimenticia (proteínas y vitaminas).

2.2.4 .-Métodos anticonceptivos.

Los anticonceptivos son sustancias, objetos o procedimientos, utilizados por la mujer y el hombre que evita que se presente un embarazo. Los métodos anticonceptivos ayudan a las parejas a tener el número de hijos que desean, en el momento en el que están más preparadas para ello. No existe un método anticonceptivo que sea mejor que el otro. Cada pareja debe escoger, con la ayuda de un consejero, el procedimiento que más le conviene de acuerdo a: su edad número de hijos o necesidades particulares.

2.2.4.1 Clases de métodos anticonceptivos.

2.2.4.2 Métodos temporales.

Son aquellos que se pueden usar para evitar el embarazo durante un tiempo específico; cuando se suspenden se retorna a la fertilidad normal.

2.2.4.2.1 Hormonales.

Son preparados de estrógenos y progestagenos que son hormonas femeninas sintéticas. El efecto contraceptivo de los anticonceptivos orales, viene determinado por la acción de estos preparados sobre el aparato genital femenino (hipófisis e hipotálamo) y se puede resumir en:

- Inhibición de la ovulación en el ovario con atresia folicular, lo que con lleva una desaparición del pico de estrógeno periovulatorio y una disminución de la progesterona en la segunda fase del ciclo.
- Desaparición del pico de la hormona folículo estimulante FSH y de la hormona luteinizante LH periovulatoria.
- Inhibición de la liberación de la hormona liberadora de gonadotrofina GnRh en el hipotálamo, que suele ser transitoria revierte al suspender el tratamiento.
- Alteración de la estructura endometrial, produciendo una rápida transformación secretora del mismo y cambios regresivos a partir del decimocuarto día, adelgazando el endometrio. Esto dificulta la implantación.

- Alteración de la composición del moco cervical y del medio vaginal dificultando la penetración y la capacitación de los espermatozoides

2.2.4.2.2 Píldora.

Los anticonceptivos orales forman parte del gran grupo de los anticonceptivos hormonales, siendo estos los más utilizados en la actualidad. La administración vía oral de un preparado de estrógenos y progestágenos a distintas dosis según los comprimidos, ajustándose más al ciclo fisiológico de la mujer. Así se parte de una determinada dosis de estrógenos y progestageno en los primeros seis días, que aumenta en los 5 comprimidos siguientes, para finalizar, en los diez últimos, disminuyendo la dosis de estrógeno y aumentando la del gestageno.

EFFECTOS SECUNDARIOS.

- sangrado irregular durante los primeros mese después que empiezan a tomar las píldoras.
- Hemorragias ínter menstrual.
- Menstruación escasa.
- Náuseas y vómitos.
- Infección del tracto urinario.
- Flujo e irritación vaginal.
- Mastalgia.
- Aumento de apetito.
- Depresión
- Cefalea
- Cambios de peso
- Cambios de la libido

- Aumento de la presión arterial
- Mareo.

COMPLICACIONES.

Se han encontrado afecciones potencialmente serias, pero poco frecuentes, asociadas estadísticamente al uso de los anticonceptivos orales. Estas son:

- Trombo embolismo
- Accidente cerebro vascular
- Infarto de miocardio
- Tumores hepáticos benignos.
- Amenorrea
- Tromboflebitis
- Hemorragia subaracnoidea
- Hipertensión
- Cálculos biliares.

Contraindicaciones para el uso de los anticonceptivos orales.

Anteriormente, cuando se usaban los anticonceptivos con dosis hormonales altas, las pastillas tenían más contra Indicaciones que las modernas, que son de baja dosis hormonal.

Contraindicaciones absolutas.

- Mujeres mayores de 35 años que fuman.
- Tromboflebitis
- Trombo embolismo
- Accidente cerebro vascular
- Enfermedad coronaria.

- Enfermedad hepática grave.
- Cáncer de mama o del sistema reproductor.
- Cefaleas graves no diagnosticadas.
- Amenorreas, ciclos anovulatorios persistentes y menorragias funcionales frecuentes.

Contraindicaciones relativas

- Hipertensión significativa
- Jaquecas fuertes.
- Edad superior a 35 años.
- Hábito de fumar.
- Displasia cervical
- Diabetes
- Enfermedad de la vesícula biliar
- Epilepsia
- Várices.

2.2.4.2.3 Mini Píldora.

La administración oral de bajas dosis de géstasenos, durante todo el ciclo es poco usado por su eficacia, y peor regularización del ciclo. Puede estar indicado en la lactancia, ya que no la afecta, y en mujeres con fertilidad disminuida y en caso de existir contraindicaciones para la toma de estrógenos. Parecería actuar impidiendo la espermomigración por la producción de moco hostil, así como también modificando las secreciones a nivel de los epitelios tubaricos y endometriales e, incluso alterando la función normal ovárica con el uso prolongado.

Su eficacia es mejor que la de los anovulatorios con, aproximadamente, de dos a cuatro embarazos por año de uso. La eficacia de las píldoras con solo progestagenos o mini píldora, es alta, cercana al 99.9%, lo importante es que solo se consigue con la toma correcta del medicamento.

INDICACIONES:

- Mujeres lactantes, después de la sexta semana del parto.
- Mujeres mayores de 35 años.
- Mujeres con tensión arterial alta.
- Mujeres fumadoras.
- Mujeres con sobrepeso.
- Mujeres en post-aborto.
- Mujeres que quieren iniciar su planificación con este método y se consideren sanas.

MUJERES QUE DEBEN SER REMITIDAS PARA VALORACIÓN MÉDICA.

Aquellas que tienen:

- Enfermedades en los senos
- Várices.
- Anemia.
- Sangrado menstrual muy doloroso y abundante.
- Enfermedades de la vesícula.
- Malaria.
- Enfermedades del útero(endometriosis)
- Tuberculosis, cuando se encuentren tomando rifampicina.

INSTRUCCIONES SOBRE EL USO DE LA MINIPÍLDORA.

Mujer en intervalo, es decir se inicia el primer día de la menstruación, para hacerlo, se extrae la primera gragea del envase. Por ejemplo, si la menstruación se inicia el día lunes, se extrae una gragea del lister marcada como LUN (correspondiente al día lunes). Posteriormente se continúa la toma en la dirección que le indica la flecha impresa en el blister, hasta terminar todas las grageas.

Los siguientes envases se inician al día siguiente de haber tomado la última gragea del envase.

Para la toma de la minipíldora se puede elegir cualquier hora, lo importante es que la toma sea todos los días a la misma, ya que el intervalo excede las 27 horas (retraso de más de tres horas en la toma, la eficacia anticonceptiva puede disminuir. Durante los catorce primeros días de toma se debe emplear adicionalmente condón y/o óvulos. Si la paciente no ha lactado, puede iniciar dentro de las primeras tres o cuatro semanas post parto; no es necesario esperar la menstruación. También se puede iniciar después de la cuarta semana, habiendo descartado la presencia de un embarazo; en este caso, se debe recomendar la utilización de protección adicional con métodos no hormonales (condón y/o óvulos).

USO DE LA MINIPÍLDORA DURANTE LA LACTANCIA MATERNA.

La minipíldora se considera un medicamento seguro para ser utilizado durante la lactancia materna, pues brinda protección anticonceptiva sin disminuir la producción de leche, tampoco afecta el crecimiento y desarrollo del bebé. Se puede utilizar en el post- parto en cualquiera de las siguientes condiciones:

- Si la lactancia es exclusiva, a libre demanda y aún se ha iniciado la menstruación, se puede iniciar la toma de la minipíldora en la sexta semana post-parto.

Si ha regresado la menstruación, se debe iniciar el primer día del sangrado.

EFFECTOS SECUNDARIOS.

En casos aislados se pueden presentar náuseas, cefaleas y variaciones del peso.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES.

MECANISMOS DE ACCIÓN.

- Inhiben la ovulación mensual.
- Hacen espesar el moco cervical (dificultan la penetración de los espermatozoides).
- Producen cambios en el endometrio, inhibiendo la fecundación o previniendo la implantación.

ADMINISTRACIÓN.

La aplicación de la inyección se debe realizar el primer día de iniciada la menstruación. Se aplicará intramuscular en el glúteo, siempre en la misma fecha como en el caso del perlutal, se presente o no sangrado o menstruación. Se debe informar a la usuaria que el período menstrual después de la primera inyección aparecerá a los quince o veinte días de la aplicación y, a partir de ese momento, se presentará la menstruación cada 30 días normalizándose el ciclo.

Ejemplo:

- Si el primer día de la menstruación es el 7 de abril, la aplicará este día y las próximas inyecciones, serán siempre los 7 de cada mes (7 de mayo, 7 de junio, etc.).
- Si no se la colocó el día 7, puede darle tranquilidad a la usuaria, pues el esquema de aplicación permite variación hasta de tres días (más o menos) teniendo la precaución de aplicarla nuevamente el día 7 del mes siguiente.
- Si la inyección es trimestral, como el caso de la Depoprovera, se administrará la siguiente dosis a los tres meses exactos y se continuará así durante el tiempo que se ese planificar.

INDICACIONES:

Toda mujer de cualquier edad, en condiciones de procrear y que haya tenido cualquier número de partos que:

- Desea un método altamente seguro que no interfiera con la espontaneidad de la relación sexual.
- Las que deseen usar un método anticonceptivo discreto.
- Las que tienen problemas para recordar que hay que tomar píldoras anticonceptivas diariamente, y que prefieren recibir una sola inyección y no tomar muchas píldoras.
- Mujeres en post-aborto inmediato,(embarazo – 12 semanas)
- Mujeres en post-aborto que no amamanten a su bebé (desde la sexta semana).
- Mujeres con pérdida del embarazo después de la semana 20 pueden iniciar la aplicación del anticonceptivo a partir de la sexta semana de ocurrida la pérdida.

- Mujeres que padezcan de cólicos menstruales por menstruaciones abundantes.

CONTRAINDICACIONES:

- Embarazo.
- Lactancia materna, durante las primeras seis semanas de post-parto (no es un buen método para las mujeres que deseen seguir amamantado).
- Sangrado vaginal inexplicable.
- Cáncer mamario actual.
- Tumores del hígado, hepatitis activa o cirrosis grave.
- 35 o más años de edad, que fuman mucho (20 cigarrillos/día o más).
- Riesgo sumamente elevado de tener condiciones cardiovasculares: presión arterial de 180/110 y más, diabetes con complicaciones vasculares, trombosis venosa profunda actual o pasada, ataque de apoplejía, cardiopatía esquemática, dolor de cabeza intenso con síntomas neurológicos focales.
- Mujeres con sensibilidad conocida a alguno de los componentes.

EFFECTOS SECUNDARIOS

- aumento de la cantidad del sangrado menstrual.
- Disminución en el sangrado menstrual.
- Amenorrea.
- Esterilidad temprana.
- Cefalea.
- Aumento de peso.
- Mareo.

- Náuseas y vómitos.
- Mastalgia.
- Acné.
- Cambios en el estado de ánimo.
- Manchado.

VENTAJAS.

- Es un método muy privado.
- Es de fácil administración y cumplimiento.
- No interfieren en el acto sexual.
- Tienen pocos meses de uso, con los preparados mensuales, se regalan los períodos menstruales y disminuyen los cólicos.

DESVENTAJAS.

- efectos secundarios comunes (especialmente sangrado menstrual irregular o manchado durante los primeros tres meses).
- No protegen contra las enfermedades de transmisión sexual ni el VIH.
- Existe imposibilidad de remover el producto una vez aplicado.
- Puede causar irregularidades menstruales en los primeros meses de utilización.

SIGNOS DE ALARMA.

- Pérdida repentina de la visión.
- Cefalea intensa.
- Ictericia.
- Dolor intenso en el tórax o sensación de ahogo.
- Dolor o calambres en las piernas.

- Sospecha de embarazo.

2.2.4.2.4 Inyección.

La inyección mensual o trimestral de un gestageno de depósito tiene una eficacia algo menor y produce más alteraciones del ciclo, teniendo un efecto similar al la administración oral.

2.2.4.2.5 Implantes.

Implantes subdérmicos o Norplant.

Están compuestos sólo por progestágenos dispuestos para una duración de cinco años. Se aplica con la menstruación o máximo siete días después. Post-parto: su aplicación es a partir de las seis semanas. Su acción anovulatoria se inicia a las 24 horas de implantado. Su eficacia es del 99.8% durante los primeros cuatro años, pero baja a un 95,8% en el quinto año de su uso.

Son seis cápsulas de plástico (silastic) llenas solamente de levonorgestrel (progestina). Estas hormonas se liberan lentamente en el organismo, por un período de cinco años, al cabo de los cuales deben reemplazarse los cilindros. El momento más oportuno para insertar los implantes es durante e durante la menstruación, a más tardar el séptimo día de haberse iniciado. Antes de la inserción, el médico debe realizar un examen ginecológico, al igual que antes de usar cualquier otro método anticonceptivo.

Los implantes se colocan en la parte interna del brazo (parte superior) izquierdo. Si la paciente es zurda, en el brazo derecho. Antes de las

inserción se anestesia esta área del brazo, de modo que la inserción, es decir, el corte a través del cual se colocan los implantes debajo de piel, es muy pequeña y no requiere puntos de sutura.

Las cápsulas de Norplant contienen una hormona sintética, el levonorgestrel, que es liberada lenta y constantemente y que actúa de tres maneras:

- Suprime la ovulación.
- Espesa el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.
- Altera el revestimiento interno del útero.

USUARIAS

- Para las mujeres que desean espaciar por varios años el nacimiento de un hijo (a)
- Para las mujeres que no desean tener más hijos, pero que no quieren la esterilización.
- Para mujeres que desean alto grado de protección anticonceptiva y no les afecta que se altere el sangrado menstrual.
- Para las mujeres quienes se les dificulta recordar diariamente que se deben planificar o que no deseen un método que se utilice antes de la relación sexual.
- Para las mujeres que tienen relaciones sexuales permanentes y estables y no desean quedar embarazadas.

CONTRAINDICACIONES:

- Embarazo.

- Estar bajo tratamiento médico con algunas drogas anticonvulsivantes o con tranquilizantes mayores.
- Enfermedades hepáticas agudas.
- Migraña o cefalea intensa.
- Cáncer de seno.
- Anemia falciforme.
- Peso – de 70 Kg.
- Mujeres diabéticas.
- Mujeres con HTA.
- Mujeres que toman drogas contra la epilepsia.

EFFECTOS SECUNDARIOS.

- jaqueca.
- Náuseas.
- Pérdida del apetito.
- Variaciones de peso.
- Pérdida de libido.
- Alteraciones menstruales.
- Acné o aumento de vello facial.
- Cloasma.
- Depresión.

VENTAJAS

- Es muy eficaz (99%)
- No contiene estrógenos.
- Comienza a actuar a las 24 horas de su inserción.
- Es muy cómodo
- Es un método de larga duración.

- No interfiere con el acto sexual.
- No causa molestias gastrointestinales.
- Su colocación no es dolorosa, ya que se utiliza anestesia local.
- No se nota, ni deja cicatriz visible.
- Puede ser retirado tan pronto como la mujer lo desee.
- La fertilidad se recupera in mediatamente después de retirar los cilindros.
- Reduce la anemia por deficiencia de hierro.

DESVENTAJAS.

- Requiere de personal entrenado para su aplicación.
- Altera los patrones normales de menstruación (especialmente durante el primer año).
- Es necesaria una consejería antes de aplicarlo.
- Algunas mujeres pueden padecer dolores de cabeza.
- No protege contra ETS, por lo que debe usar concomitantemente el condón.

EXTRACCIÓN

Para la extracción de los implantes se realizará en el ámbito clínico donde fue insertado, o en una institución donde lo realicen. La extracción de los implantes es muy parecida a la inserción. Los implantes pueden ser extraídos en cualquier momento del ciclo menstrual. Si la mujer desea continuar con el método, un nuevo juego de implantes puede ser insertado inmediatamente a través de la misma incisión, pero en sentido opuesto.

Los causales de retiro pueden ser:

- Jaqueca o migraña.
- Alteraciones visuales.
- Signos de tromboflebitis.
- Hipertensión arterial.
- Inmovilización prolongada.
- Seis semanas antes de una cirugía mayor.
- Embarazo.
- Trastorno menstrual severo.

Al retiro, el 50% recupera fertilidad a los tres meses y 86% en el primer año.

2.1.4.2.6 Método no hormonal temporal (DIU)

El dispositivo intrauterino (DIU), anteriormente también llamado También espiral o bucle, es un dispositivo de control natal que es colocado en el útero de una mujer por un profesional de la medicina. Puede permanecer en el útero durante uno a diez años. Generalmente está hecho de plástico fijado a un cordón. Algunos DIU contienen alambre de cobre o una forma sintética de la hormona femenina progesterona.

- La protección anticonceptiva comienza inmediatamente después de haber colocado el DI, al afectar directamente el movimiento de los espermatozoides que entran al útero, dificultando el ascenso de los mismos.
- Acelera el paso del óvulo por la trompa, disminuyendo el tiempo en que puede ser fecundando.

- El cobre altera la estructura del moco cervical, dificultando el ascenso espermático.
- El DIU, actúa como cuerpo extraño a nivel de la cavidad uterina, tomándola no apta para una posible anidación.

El DIU se puede colocar dentro de los diez minutos siguientes a un parto normal o después de treinta días después de éste. Durante la cesárea o treinta días después de ésta. Inmediatamente después de un aborto, si no se han presentado complicaciones. El DIU puede colocarse un mes después de un parto normal, si está lactando al bebé y no le ha llegado la menstruación, pero antes de su colocación, debe asegurarse mediante un examen médico y una prueba de embarazo, que no hay un nuevo embarazo.

USUARIAS.

- Mujeres que tengan contraindicaciones para las hormonas (orales o inyectables).
- Fumadoras.
- Mujeres lactando.
- Mujeres jóvenes que hayan tenido hijos y vivan con pareja estable.

CONDICIONES DEL DIU.

El DIU debe ser colocado por un método o enfermera entrenada, puede ser colocado en cualquier día del ciclo menstrual, pero preferiblemente los días de la menstruación por dos razones:

- Se asegura que no haya embarazo.
- El cuello del útero se encuentra un poco dilatado para dar paso a la menstruación y esto facilita la inserción del aplicador para colocar el DIU.

QUIENES NO DEBEN UTILIZAR EL DIU.

- Mujeres que tengan varios compañeros sexuales o cuya pareja tenga múltiples compañeros sexuales.
- Mujeres que tengan antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria.
- Mujeres con problemas anatómicos de la cavidad uterina que implica colocar el DIU, tales como tumores.
- Infecciones vaginales.
- Embarazo.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.

EFFECTOS ADVERSOS.

- Sangrado menstrual intenso.
- Sangrado ínter menstrual.
- Cólicos.
- Dolores durante las relaciones sexuales.
- Una infección en cualquiera de sus órganos reproductivos (ovarios, útero, trompas de Falopio).
- Puede favorecer un embarazo ectópico.

VENTAJAS.

- Sus efectos son mínimos.
- Es un método anticonceptivo altamente confiable.
- Brinda protección anticonceptiva por largo tiempo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Su costo es muy bajo, comparado con los años de protección que ofrece.

COMPLICACIONES:

Pueden presentarse varios problemas mientras se utiliza un DIU, algunos de los cuales pueden ser serios. Estos problemas se enumeran a continuación (los dos primeros son los más comunes):

- Manchado entre los períodos menstruales.
- Irritación del pene de su pareja.
- Mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, la cual puede resultar en infertilidad.
- Expulsión accidental inadvertida del DIU, lo cual podría resultar en un embarazo imprevisto.
- Incrustación del DIU en la pared uterina.
- Perforación del útero por el DIU, con posible daño a otros órganos, así como sangrado interno.
- Problemas potenciales si se presenta el embarazo con un DIU colocado en su lugar, incluyendo un riesgo de 2% a 35% de aborto espontáneo además de los riesgos de infección del útero y del nacimiento prematuro del bebé.
- No existen pruebas de defectos de nacimiento resultantes del uso del DIU.

SIGNOS DE ALARMA.

- La usuaria no puede encontrar el cordón del DIU.
- Tiene desecho vaginal con mal olor.
- Tiene dolor intenso e imprevisto en la parte inferior del abdomen, especialmente si ocurre cuando tiene relaciones sexuales.
- Piensa que puede estar embarazada con el DIU todavía en el interior del útero.
- Tiene fiebre sin causa aparente.
- Quiere que se le retire el DIU.

RETIRO DEL DIU.

Se debe retirar el DIU cuando la usuaria desea:

- Tener otro hijo.
- Presente una complicación o signo de alarma.
- Quiera utilizar otro método.
- Se presenten infecciones recurrentes.

2.1.4.3 Método de barrera físicos

2.1.4.3.1 Diafragma

Es un dispositivo vaginal conformado por una copa de caucho delgado

Sobre un resorte metálico, que se coloca como un capuchón sobre el cuello uterino, para bloquear la entrada de los espermatozoides, al útero y las trompas y así evitar que los espermatozoides se encuentren con el óvulo. Su tamaño debe ser escogido de acuerdo con la valoración médica; en una misma mujer varía el tamaño en las diferentes etapas de su vida (embarazos, aumento de peso, etc.) Su efectividad es del 80%, es decir veinte de cada cien parejas pueden llegar a un embarazo. El uso del diafragma como método anticonceptivo debe estar asociado con un espermicida para su uso tenemos las siguientes:

- Colocárselo antes de la relación sexual.
- El espermicida debe aplicarse en ambas caras del diafragma.
- No debe retirarse antes del 6-8 horas después de la relación sexual.
- Con cada relación sexual debe aplicarse una nueva dosis de espermicida.
- Una vez usado. Debe lavarse con agua tibia y jabón.

VENTAJAS.

Entre las ventajas del método podemos señalar:

- Se requiere entrenamiento para su correcta aplicación.
- El diafragma debe tener la talla correcta.
- Puede producir irritación local o reacción alérgica al látex.
- Aumenta la incidencia de infección urinaria por compresión uretral.

- La efectividad de este método es del orden de dieciocho embarazos por cada cien mujeres en un año de uso (82% de efectividad).

2.1.4.3.2 Condón

Consiste en una fina capucha de látex, transparente, que se coloca en pene erecto del hombre antes del acto sexual y evita que el semen se deposite en la vagina de la mujer. Usados correctamente evitan el embarazo y previenen de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

- No deben ser expuestos al calor o un almacenamiento prolongado, pues esto los deteriora. Tampoco deben ser puestos a prueba inflándolos o estirándolos antes de usarlos. Las probabilidades de que se altere o estropee la membrana del condón por exposición al calor o un mal almacenamiento son mucho mayores que las de encontrar un defecto en su fabricación.
- Se debe abrir el sobre o paquete que los contiene sin utilizar instrumentos cortantes, para evitar dañarlos.
Debemos tener cuidado con las uñas o los anillos. Al sacarlo debe verificarse que no esté rasgado o roto, ni reseco o muy pegajoso. Se recomienda la utilización de condones lubricados en casos en los que la penetración vaginal es dificultosa o dolorosa debido a la falta de humedad natural del canal vaginal.
- Los condones tienen en el extremo de la punta un depósito en forma de pezón, que sirve como recipiente para el semen eyaculando. Los condones que llevan lubricante con espermicida

pueden interesar a aquellas parejas que desean lubricación y protección anticonceptiva adicionales.

- Recordemos que es imprescindible colocarlo en el pene antes de cualquier contacto genital. Ponerse el condón puede ser parte de los juegos amorosos previos al coito.

POR QUÉ ES IMPORTANTE USAR UN CONDÓN.

- Basta tener relaciones sexuales sin protección una sola vez para ocasionar un embarazo o contraer una ETS.
- Solo mirando a una persona no se puede saber si tiene una ETS, incluyendo VIH/SIDA, se vea perfectamente saludable.
- La gente que usa condones correctamente cada vez corre menor riesgo de contraer un ETS. Esto puede salvar la vida.

VENTAJAS.

- Cuando se usan correctamente en cada relación coital previenen las ETS, incluyendo VIH/SIDA, así como el embarazo no deseado.
- Ayudan a proteger contra enfermedades ocasionados por ETS, tales como enfermedad pélvica inflamatoria, posee el dolor crónico y, posiblemente, el cáncer cervical en la mujer y la infertilidad, tanto en los hombres como en las mujeres.
- Pueden usarse poco después del parto.
- Pueden interrumpirse en cualquier momento.
- Son fáciles de conseguir y usar, baratos, no producen molestias, no necesitan de receta médica.
- Pueden ser usados por hombres de cualquier edad.
- Permiten que el hombre asuma responsabilidad en la prevención del embarazo y el contagio de enfermedades.

- Aumentan el gozo sexual, ya que no existe necesidad de preocuparse por el riesgo de embarazo o las ETS.
- Frecuentemente, ayudan a prevenir la eyaculación prematura (ayudan a que el hombre demore la eyaculación cuando tiene relaciones cóitales).

DESVENTAJAS.

- Los condones de látex pueden romperse ocasionar escozor en gente que tiene alergia al látex. También es posible que algunas personas sean alérgicas al lubricante usado en algunas marcas de condones.
- Algunas parejas manifiestan que disminuye la sensación placentera, y esto hace la relación menos agradable.
- Deben tenerse condones disponibles, aún cuando ni la mujer ni el hombre hayan planeado tener relaciones cóitales.
- Los condones pueden debilitarse y romperse durante el uso, si se guardan por tiempo prolongado o en condiciones de demasiado calor, exposición directa al sol, humedad, o si se usan con lubricantes manufacturados a partir de petróleo.
- Se necesita la cooperación del hombre para que la mujer pueda protegerse contra el embarazo o enfermedades.
- Tienen una reputación muy menospreciada. Mucha gente los relaciona con relaciones coitales extramaritales o con prostitutas.
- Puede que algunas personas tengan vergüenza de comprarlos, de pedirle a su pareja que los use, de ponérselos o quitárselos, o de tener que desecharlos luego de usarlos.
- Dado que se requiere una cierta habilidad para colocar un preservativo, los hombres con trastornos de la coordinación o

parálisis de las extremidades superiores pueden encontrarlos difíciles o incluso imposibles de utilizar.

- Es posible superar el problema si ambos miembros de la pareja participan y si ella le ayuda a colocarse el condón.
- Los factores que afectan a la constancia en el uso del condón, y por lo tanto a su eficacia, son la edad, la religión, el nivel de educación y la poca responsabilidad.

2.1.4.4 Métodos de barrera químicos o espermicidas

- Los espermicidas se clasifican como métodos de barrera; éstos, además de ser una barrera física, son una barrera química.
- Los dos componentes básicos de los espermicidas son: una base inerte (el ingrediente inactivo), y un agente espermicida (ingrediente activo). La base inerte se presenta bajo distintas formas: jaleas, crema, óvulos, tabletas espumantes y espuma en aerosol.
- El ingrediente activo o agente espermicida inmoviliza los espermatozoides; los dos agentes espermicidas de gran eficacia son nonoxinol-9 (el más ampliamente utilizado) y el octoxinol-9.
- El mecanismo de acción de los espermicidas consiste en matar a los espermatozoides, o hacer que éstos sean incapaces de moverse.
- La mujer los coloca dentro de la vagina poco antes del acto sexual. Si decide colocarse un óvulo vaginal, se requiere que espere al menos diez minutos o más antes de la relación coital, para lograr que este óvulo o supositorio hagan espuma. Los óvulos o supositorios precisan humedad para así liberar el gas

carbónico que da lugar a la espuma, por lo tanto, su eficacia depende de la cantidad de humedad presente.

- Tanto el óvulo como la tableta y la espuma, se colocan en la vagina hasta el cuello del útero o matriz, donde luego se disuelven.
- La espuma se aplica antes de la relación coital. Se agita el frasco y se llena el aplicador que viene con el frasco. La mujer se acuesta boca arriba, se introduce el aplicador profundamente en la vagina y vacía la espuma, al igual que el óvulo, se deben esperar por lo menos diez (10) minutos antes de la penetración.
- Si después del coito la usuaria del espermicida debe ir a trabajar, quiere pasear o ir de compras. Deberá insertar un tampón para impedir que la espuma se escape de la vagina.

VENTAJAS.

- Son económicos, de fácil aplicación, no requieren receta médica y no suelen producir molestias.
- Son apropiados para las parejas que tienen relaciones coitales de manera ocasional.
- Son temporales, se dejan de usar cuando se desea.
- Son métodos que pueden ser utilizados por casi todas las mujeres.
- También se utilizan como lubricante vaginal para las parejas que requieren una lubricación adicional.
- Pueden utilizarse como contraceptivos suplementarios durante el período de la ovulación. Por ejemplo, se puede utilizar un condón más espermicida, simultáneamente, durante los días más fértiles.

DESVENTAJAS.

- los espermicidas son incómodos si no se quiere interrumpir el juego amoroso.
- no son atractivos para una mujer que tiene aversión por la manipulación de sus genitales.
- el período de espera que requieren los óvulos resulta incómodo para muchas parejas.
- la sensación de calor que generan los óvulos puede resultar molestia.
- Las parejas aficionadas al contacto buco genital o sexo oral, pueden considerar desagradable el gusto de los espermicidas.
- Puede ocasionar irritación a la mujer o a su pareja, especialmente si se usa varias veces al día.
- El espermicida puede provocar alguna reacción alérgica local (rara vez) en la mujer o en su pareja.

2.1.4.5 Métodos Naturales de planificación familiar.

Estos métodos requieren que la pareja no tenga relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer. Cada método identifica a los días fértiles y los tiempos de abstinencia. Las parejas deben recibir entrenamiento y estar dispuestas a abstenerse de tener relaciones sexuales durante el período fértil, si es que quieren evitar el embarazo mediante estos métodos. Para poder emplear estos métodos:

- Los métodos naturales son más efectivos en mujeres que tiene períodos menstruales regulares. La mujer debe registrar durante

seis a doce meses sus ciclos menstruales, antes de usar los métodos naturales, para que se facilite identificar sus días fértiles.

- La ovulación ocurre catorce (14) días (más o menos dos (2) semanas) antes de que la mujer tenga su sangrado menstrual.
- Los espermatozoides, pueden continuar vivos luego de haber entrado al cuerpo de la mujer, durante tres (3) días (72 horas).

2.1.4.5.1 Método de temperatura corporal basal.

Consiste en conocer los días fértiles de la mujer por lo cambios de temperatura de su cuerpo. Alrededor de la fecha de ovulación existe un cambio brusco de la temperatura que oscila entre 0,5 grados centígrados y 1 grado centígrado, la cual se debe al aumento del nivel de progesterona post-ovulación. La mujer debe tomar la temperatura todos los días, sin levantarse en ayunas, colocando el termómetro bajo la lengua durante tres (3) minutos y anotando el dato en una hoja destinada para ello, se recomienda llevar un registro gráfico diario para poder identificar la fecha de ovulación. Cualquier enfermedad o malestar que produzca fiebre puede alterar la temperatura corporal basal, lo cual dificultará la identificación de la fase de fertilidad, que es después de tres (3) días de haberse elevado la temperatura. Presenta el gran inconveniente de permitir relaciones sexuales sólo en la segunda mitad del ciclo, con un período alto de abstinencia.

2.1.4.5.2 Método del moco cervical (Billings).

También llamado de "BILLINGS", se basa en el reconocimiento, por parte de la mujer, del moco cervical que es producido en el cuello uterino. El moco aumenta al máximo su

producción un día antes de la ovulación: denominado “cúspide”, encontrándose claro y acuoso, similar a la clara de huevo crudo. Inmediatamente ocurre la ovulación, el moco cambiará de consistencia y color, más espeso y seco (días secos) hasta el inicio de la siguiente menstruación. Los días en los que permiten relaciones sexuales son los secos, a partir del cuarto (4) día de la cúspide. Para la mejor utilización del método se dan algunas recomendaciones generales.

- Durante los días del período menstrual deben evitarse las relaciones sexuales. Pues existen ciclos con ovulaciones tempranas que se pueden dar antes de haber terminado la menstruación y, en este caso, la identificación del moco cervical se dificultaría.
- Después de haber terminado la menstruación se debe observar si hay presencia del moco cervical; si está presente, no se deben tener relaciones sexuales hasta tres días después que el moco haya desaparecido.
- Los días secos después de la menstruación son fértiles, sin embargo el semen puede ser confundido con el moco cervical. No se debe pensar que toda la secreción posterior a un coito es semen, por que podría estarse iniciando la fase de ovulación, por esta razón, durante la fase antes de la ovulación en presencia de días secos, se permiten las relaciones sexuales cada tercer día.
- Cuando la sensación de sequedad o aparece el moco, comienza la fase fértil, y se debe entrar en período de abstinencia total.

2.1.4.5.3 Método del calendario o del ritmo (Ogino-Knaus)

Consiste en abstenerse de la relación durante el período de tiempo en el cual un óvulo viable puede ser fecundado por un espermatozoide. Para el cálculo de este período es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- La ovulación ocurre el día catorce (14) antes de aparecer la siguiente menstruación. Tomando un ciclo de 28 días como promedio, la ovulación ocurrirá el día catorce (14) y tomando un ciclo de 30 días la ovulación será el día dieciséis (16).
- El óvulo sobrevive 24 horas después de la ovulación.
- El espermatozoide tiene una vida de tres (3) días dentro de la vagina.

La fecha del período de la fertilidad, según Ogino-Knauss, se calcula mediante la observación del ciclo menstrual, durante un período de seis a doce meses en donde al ciclo más corto, se le restan 18 días (es una constante): primer día fértil, y al ciclo más largo se le restan 11 días (es una constante): último día fértil. Hay que tener en cuenta que para la obtención de los períodos de inseguridad, hay que anotar las fechas de las doce (12) últimas menstruaciones y continuar haciéndolo mientras se utilice este sistema.

La efectividad es del 80%, es decir, 20 de cada cien parejas pueden llegar al embarazo. Muchas de las fallas se deben a ovulaciones inesperadas que se producen por diferentes motivos, como por ejemplo, alguna situación psicológica. Por otro lado, las irregularidades menstruales disminuyen también la efectividad del método.

Ejemplo:

Una mujer calculó durante un año sus ciclos menstruales. Estos tuvieron una duración de: 26,28,27,30,29,31,27,26,32,28,29,30.

De estos valores se escogieron: el más corto (26) y el más largo (32).

Ciclo más corto $26-18=8$.

Ciclo más largo $32-11=21$.

Es decir que entre los días 8 al 21 esta mujer no debe tener relaciones sexuales.

Suponiendo que la menstruación llegó el día 5 de marzo, teniendo como base el ejemplo anterior, el día anterior, el día octavo corresponderá al 12 de marzo y el día vigésimo primero corresponderá al 25 del mismo mes. Esto indicará que, durante este período, no se deben tener relaciones sexuales por existir riesgo de embarazo.

2.1.4.5.4 Método sinto-térmico.

Este método es la conjugación de los métodos anteriores ritmo, temperatura basal y moco cervical, para identificar con mayor exactitud la fase fértil de la mujer. Adicionalmente, utiliza otros indicadores menores a la ovulación que se presentan en algunas mujeres, como son: manchando a la mitad el ciclo y/o dolor a la mitad del ciclo, referido al ovario que ovula.

2.1.4.5.5 Coito interrumpido.

También llamado retiro o coito interrumpido consiste en tener la relación sexual normal hasta el momento previo a la eyaculación, donde el hombre retira el pene de la vagina. Eyaculando por fuera de los

genitales. Existe una alta tasa de fracasos debido a que los fluidos preyaclulatorios pueden contener espermatozoides que podrían fecundar el óvulo en época fértil. Sus desventajas son la insatisfacción sexual y su alta tasa de fallas, accesoriamente, presenta efectos secundarios de tipo psicológico, generando tensión. Su efectividad es del 80% es decir: veinte (20) de cada cien parejas pueden llegar al embarazo.

2.1.4.5.6 MELA (lactancia).

El hecho de que una mujer en el post-parto inmediato no presente su menstruación, ha sido reconocido como un mecanismo natural para evitar un nuevo embarazo. Sin embargo, el hecho de que regrese la menstruación, lo cual es un indicio aproximado del regreso de la fertilidad, varía de acuerdo a si la mujer está o no lactando. El 20% de las mujeres lactantes menstrúan antes de la duodécima (12) semana de post-parto, en contraste con el 100% de las no lactantes.

2.1.4.6 Métodos Definitivos o quirúrgicos.

2.1.4.6.1. Para la mujer la ligadura (pomeroy).

Es una cirugía que se realiza con el fin de unir las trompas (trompas de Falopio) de una mujer, lo que produce esterilidad permanente, ya que se evita el paso del óvulo hacia el útero y se obstruye el paso de los espermatozoides.

La ligadura de trompas se hace bajo anestesia, es un hospital o en un centro de atención médica ambulatoria.

Para realizar este procedimiento, se hacen una o dos pequeñas incisiones en el abdomen (generalmente cerca al ombligo) y en un tubo flexible (denominado laparoscopio) se inserta un dispositivo similar a un telescopio pequeño. Luego, utilizando instrumento que se insertan a través del laparoscopio, las trompas se coagulan (se queman) y se sellan por medio de cauterización o con un pequeño gancho que se ubica en la trompa.

EFFECTIVIDAD.

Una de cada cien mujeres que se hayan sometido a la ligadura de trompas resultará embarazada después de un año de ligadura.

INDICACIONES.

La ligadura de trompas se puede recomendar para mujeres adultas que están seguras de su deseo de evitar embarazos futuros (esterilización permanente). Se debe tener en cuenta que la esterilización de las trompas no es un procedimiento quirúrgico trivial y que conlleva algunos riesgos. Si bien la esterilización es muy popular, muchas de las mujeres que se someten a este procedimiento posteriormente se arrepienten de haber tomado esta decisión. Mientras más joven sea la mujer, mayores son las posibilidades de arrepentimiento. La ligadura de trompas como procedimiento temporal o reversible no es recomendable (ya que se le considera como un método de planificación familiar permanente).la

cirugía puede , en ocasiones ser reversible cuando la mujer que se somete al procedimiento decide embarazarse en una época posterior, sin embargo, esto requiere de un procedimiento quirúrgico mayor. Después de que una ligadura de trompas se revierte, más o menos del 50% al 80% de las mujeres finalmente logran embarazarse.

RIESGOS.

Los riesgos que implica cualquier tipo de procedimiento con anestesia son:

- Reacciones a los medicamentos.
- Problemas respiratorios.
- Los riesgos que implica cualquier tipo de cirugía son:
 - sangrado.
 - Infección.
- Cierre incompleto de las trompas y posible continuación de la fertilidad. La tasa de embarazo después de la ligadura de trompas es de cada 200 mujeres.
- En caso de presentarse un embarazo después de una ligadura de trompas, existe un alto riesgo de que se trate de un embarazo ectópico (o tubárico).
- Lesión en los órganos o estructura adyacentes por la utilización de los instrumentos laparoscópicos.

VENTAJAS.

- Es una operación sencilla con molestias leves.
- Es un método permanente, no tendrá que usar ningún otro anticonceptivo.
- Es el método más seguro para la mujer.

- Sus relaciones sexuales se harán más gratas y placenteras por que ya no hay temor a un embarazo no deseado.
- Es una decisión de la mujer en beneficio de la calidad de vida de la familia.
- Es muy económica por los beneficios que con lleva.

DESVENTAJAS.

- Es permanente. En algún caso la fertilidad puede ser restablecida, sin embargo, esto demanda una operación quirúrgica complicada y los resultados no siempre son positivos.
- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual.
- Requiere chequeo médico previo y una operación quirúrgica.
- Existen raros casos donde las trompas de Falopio vuelven a unirse y puede ocurrir un embarazo.
- Un pequeño porcentaje de mujeres pueden sufrir de un incremento en el dolor durante los períodos.
- Solo se debe efectuar cuando la mujer esta totalmente segura de no querer tener hijos.

2.1.4.6.2. Para el hombre la vasectomía.

La vasectomía es la cirugía para “ligar los conductos” (conductos diferentes) de un hombre para producir esterilidad permanente, evitando el paso de los espermatozoides fuera de los testículos.

La vasectomía se hace generalmente en el consultorio del cirujano, mientras el paciente está despierto y se actúa sin dolor, bajo anestesia local. Se hace una pequeña incisión en la parte superior del escroto debajo del pene luego se ligan y se cortan los conductos deferentes para separarlos. Se cierra la incisión en la piel con puntos de sutura. El paciente puede volver a su casa inmediatamente, puede retornar al trabajo al día siguiente (si es un trabajo sedentario) y reanudar la actividad física extenuante de tres a siete días. Esta cirugía no afecta la capacidad del hombre para alcanzar orgasmos, eyacular y lograr erecciones (potencia). La producción de líquido en la eyaculación continúa normalmente, pero sin presencia de espermatozoides, de tal manera que el hombre no puede embarazar a su compañera.

La vasectomía se puede recomendar para hombres adultos, quienes tengan la seguridad de que desean evitar futuros embarazos (esterilización permanente).

El examen post-operatorio de la muestra de semen asegura que todos los espermatozoides han desaparecido y que los dos conductores quedaron divididos.

La vasectomía es reversible para aquellas personas que cambien de opinión, sin embargo, se necesita una operación un poco más importante que requiere técnicas micro quirúrgicas.

Los resultados varían, dependiendo de la localización del sitio de la vasectomía y los vasos deferentes, al igual que la experiencia del cirujano.

VENTAJAS.

- Es una operación sencilla y sin molestias.
- Es el método anticonceptivo definitivo y permanente.
- es el método más seguro para el hombre.
- Su relación sexual y sus eyaculaciones seguirán iguales.
- Hace más grata y placentera la relación sexual, porque no hay temor a un embarazo.
- Es una decisión del hombre, en beneficio de la calidad de vida de la familia.
- Es muy económica.

EXPECTATIVAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA.

La mayoría de los hombres se recuperan rápidamente y sin problemas. El conteo de los espermatozoides disminuye gradualmente después de la vasectomía y entre la cuarta y sexta semana ya no hay presencia de espermatozoides en el semen.

Antes de que el paciente pueda confiar en la vasectomía como método para el control natal, una muestra de semen examinada un mes o más después de la vasectomía debe resultar totalmente libre de espermatozoides. Se recomienda continuar con el uso de anticonceptivos hasta que los resultados de dos o tres exámenes de conteo de espermatozoides arrojen resultados negativos, lo cual indica que el paciente es estéril.

Se recomienda el uso de un soporte escrotal durante un período de tres a cuatro días después del procedimiento, además se puede usar una compresa de hielo para evitar o disminuir la inflamación

2.2.5. Comunicación de pareja

La comunicación entre la pareja o los esposos puede ser un paso crucial hacia la participación creciente de los hombres en la salud reproductiva. Puesto que tanto el hombre como la mujer desempeñan un papel fundamental en la salud reproductiva, la comunicación es necesaria para tomar decisiones responsables y saludables.

La comunicación permite que los cónyuges se enteren de la actitud de cada uno de ellos hacia la planificación familiar y el uso de anticonceptivos. Les permite expresar sus preocupaciones acerca de las cuestiones relativas a la salud reproductiva, como los embarazos no deseados o las ETS. La comunicación también puede estimular la adopción conjunta de decisiones y un papel más equitativo de acuerdo con el género.

La relación de pareja no es el único tema importante que nos afecta en la vida; hay muchos otros frentes que nos desafían. Incluso hay otros temas que a lo mejor son más urgentes. Sin embargo, creo que se trata de un tema que define la calidad de nuestro ser y de nuestra vida. Sobre todo la calidad, en cuanto a este termómetro que marca la felicidad o la infelicidad. Probablemente la mayor cantidad de alegrías que vivimos en el transcurso de la vida son alegrías de amor. Y la mayoría de las penas son también penas de amor.

La única manera en que nutrimos cualquier relación es a través de la comunicación. No podemos amar lo que no conocemos. La comunicación en la pareja abarca varios aspectos, a través de los cuales podemos lograr ese acercamiento.

2.2.5.1. Tipos de comunicación de la pareja

2.2.5.1.1 La Comunicación Intelectual.

Cada vez que nos sentamos a platicar y expresamos nuestras ideas, nuestros conceptos, lo que pensamos de tal o cual cosa, estamos fortaleciendo esa relación. El simple hecho de compartir lo que leímos en un libro nos acerca. El hablar de política, el conocer los puntos de vista del otro y respetarlos, y compartir experiencias que vivimos en el trabajo, etcétera. Todo lo que sea compartir ideas nos acerca.

2.2.5.1.2.- La Comunicación Emocional.

Tiene su propio lenguaje, se refiere al tono de voz que usamos al hablarle, a la mirada que se intercambia cariñosamente, la sonrisa compartida, el contacto físico (abrazos, caricias), cualquier detalle a nivel emocional que demuestra que te ocupas de tu pareja. Por ejemplo, levantarte a media noche y no hacer ruido, o abrirle la puerta del coche. En fin, la ternura y la admiración son la clave para tener una mayor fuerza emocional.

2.2.5.1.3.- La Comunicación Motriz.

Esta se da cuando se comparte una actividad, como bailar, salir a correr, andar en bici, hacer deporte juntos, o el simple hecho de ir al cine, a un museo, salir a comer una vez a la semana solos. Divertirse juntos, compartir alegrías fortalece enormemente la comunicación. Hay que buscar, como crear esos momentos, ya que no llegan solos.

2.2.5.1.4.- La Comunicación Instintiva.

Esta se da a través de los sentidos, la atmósfera, el entorno que nos rodea en la casa. El disfrutar de sabores, aromas, colores y temperaturas. Cuando logramos una mayor afinidad en estos aspectos, estrechamos lazos que crean identidad.

2.2.5.1.5.- La Comunicación Sexual.

Es la manifestación íntima del amor. La pareja debe vivir conquistándose y teniendo presente que si se deja abandonada la plantita, o damos por un hecho de que ahí está segura, en cualquier momento se puede perder. En el amor soñamos mucho y trabajamos poco.

Es importante mantener esa ilusión de novios, y no hacernos parásitos del amor, donde se cree que lo único que se requiere es el encanto personal, y no es así. Enrique Cueto dice “El amor no existe, sino el gerundio estar amando”, cada momento de todos los días. Cuando una pareja decide hacer la vida junta, la historia del amor está en sus manos. No es magia, hay que construirla. Cuando nos casamos, comenzamos literalmente a hacer el amor.

Si procuramos practicar estas cinco formas de comunicación cotidiana, creceremos juntos en pareja, logrando así fortalecer el amor.

2.2.5.2.- Grado de comunicación de la pareja sobre planificación familiar

Muchas parejas raramente hablan sobre la fecundidad y la

planificación familiar. Varios estudios sugieren que la comunicación conyugal acerca de la planificación familiar generalmente se inicia después del nacimiento de uno o dos hijos.

Otros estudios en los que se entrevistó a maridos y esposas sobre la fecundidad y la planificación familiar ofrecen percepciones sobre el alcance de la comunicación sobre estos temas. Es difícil, sin embargo, valerse de las encuestas para evaluar la comunicación conyugal. La comunicación es un proceso continuo, pero las encuestas recogen información de un solo momento en el tiempo. No trazan la progresión de la discusión o adopción de decisiones de una pareja. Además, las encuestas por sí solas no pueden determinar en qué medida la comunicación entre la pareja promueve el uso de anticonceptivos y en qué medida el uso de anticonceptivos lleva a la comunicación entre los esposos.

También se da conocer dos aspectos de la comunicación entre la pareja acerca de la planificación familiar, su ocurrencia y frecuencia. Primero las EDS preguntan a los maridos y esposas si han discutido o no la planificación familiar con su cónyuge el año anterior. A los maridos y esposas que declaran haber hablado sobre la planificación familiar, las EDS les preguntan cuán a menudo lo hicieron, una o dos veces, o más a menudo.

En países de África Occidental, sólo una minoría de los hombres casados encuestados declararon que habían discutido la planificación familiar con sus esposas el año anterior, del 23% en Níger y Senegal al 43% en Malí. En los países de África Oriental encuestados era más probable que los hombres hubieran discutido la planificación familiar — del 49% en Burundi al 68% en Kenya.

En Egipto, Marruecos y Bangladesh, era más probable aún que las parejas hubieran discutido la planificación familiar el año anterior. En Pakistán, por otra parte, sólo 25% de los hombres declararon haberlo hecho.

Entre las parejas que habían discutido la planificación familiar, los maridos y las esposas coincidieron aproximadamente en la frecuencia de las discusiones. En su mayoría dijeron que lo habían discutido más de dos veces en el curso del año anterior. En África Oriental era más probable que las parejas declararan discusiones frecuentes y los hombres citaron discusiones más frecuentes que las mujeres. Las parejas de Malí, Níger y Pakistán eran, según sus declaraciones, las que menos frecuentemente discutían el tema.

Los estudios llevados a cabo en otras regiones también revelaron que la comunicación conyugal acerca de la planificación familiar es poco común. Por ejemplo, en los estudios de las Repúblicas Centrales Asiáticas de Kazajstán, Kirguizistán, Turkmenistán y Uzbekistán se encontró que las parejas casadas rara vez discutían asuntos relacionados con la actividad sexual la salud reproductiva. En las discusiones de grupos de enfoque las mujeres dijeron que les daba vergüenza hablar de estas cuestiones. En su mayoría, los hombres dijeron que dejaban las decisiones sobre la planificación familiar a cargo de sus esposas, pero que esperaban que ellas les pidieran su aprobación para practicar la anticoncepción. Raramente, sin embargo, rechazaban el método escogido por la mujer.

De manera parecida, en las zonas urbanas de Perú las mujeres dijeron en discusiones de grupos de enfoque que los maridos y sus esposas rara vez hablan acerca del número de hijos que desean tener. Las mujeres dijeron que tienen que tener hijos poco después del matrimonio

para complacer a sus maridos. En un estudio de parejas de Bolivia se encontró que, en su mayoría, los hombres y las mujeres tienen una actitud positiva hacia la planificación familiar, pero sólo la mitad de ellos dijeron que habían discutido con el cónyuge el número de hijos que deseaban.

2.2.5.3. Obstáculos que se oponen a la comunicación entre la pareja

Numerosos obstáculos impiden que los hombres y las mujeres hablen acerca de cuestiones relativas a la sexualidad y la reproducción. Aunque hay pocos estudios, éstos sugieren que esas discusiones se ven impedidas por una compleja red de factores sociales y culturales. En muchas sociedades el tema sexual es un tema tabú en las discusiones de hombres y mujeres. Además, hombres y mujeres suelen temer el rechazo del compañero, especialmente al comienzo de la relación. Por consiguiente, quizá no quieran abordar temas molestos, como la historia sexual o el uso de anticonceptivos.

Como ocurre con el proceso de toma de decisiones en general, la condición inferior y la falta de poder de la mujer limitan la comunicación de las parejas. Muchas mujeres saben bien que los papeles tradicionales basados en el género no les permiten tener voz en las cuestiones sexuales ni las ponen en posición de influir en el comportamiento de sus compañeros. Aun cuando los hombres y las mujeres discutan cuestiones relativas a la salud reproductiva, generalmente no lo hacen en pie de igualdad.

Las culturas tradicionales suelen disuadir a las mujeres casadas de iniciar discusiones sobre la anticoncepción. Por su parte, los hombres

pueden creer que no hay nada que discutir o que no hay necesidad de tener en cuenta los sentimientos y opiniones de sus esposas. En países como la India, Kenya y Nigeria, el predominio masculino tradicional es un importante obstáculo en la comunicación entre los esposos sobre planificación familiar. Además, el marido podría considerar que su esposa le es infiel si trata de discutir la anticoncepción con él. En algunas culturas las mujeres no casadas y las prostitutas pueden negociar la actividad sexual con los hombres, incluido el uso del condón, más fácilmente que las mujeres casadas con sus esposos.

En grupos de enfoque, mujeres haitianas describieron una situación que muchas mujeres deben enfrentar. Estas mujeres dijeron que temían contraer el VIH de sus maridos, pero que les resultaba difícil hablar sobre este asunto con ellos. Pocas mujeres creían en la fidelidad de sus maridos, pero en su mayoría se sentían incapaces de lograr que cambiaran su comportamiento sexual. Tenían miedo de que éstos las golpearan o violaran si hablaban de la anticoncepción o rechazaban sus requerimientos sexuales. También temían que, si se negaban a tener relaciones sexuales, los maridos recurrirían aún más a las prostitutas u otras mujeres.

2.2.5.3.1. La condición de la mujer y la comunicación.

A medida que aumenta la igualdad de la mujer y el hombre, también aumenta su capacidad para comunicar su opinión sobre cuestiones relativas a la reproducción y para participar en las decisiones sobre la reproducción. Cuando la mujer comparte el poder para tomar decisiones, es más capaz de abordar y discutir la planificación familiar y las relaciones sexuales con su compañero sexual.

En particular, las mujeres mejor educadas pueden comunicarse más fácilmente con sus maridos. Las mujeres más educadas están mejor informadas, son más capaces de obtener información de los periódicos y otros medios de difusión, y generalmente son más elocuentes. La educación también puede contribuir a aumentar la capacidad de la mujer para generar ingresos, y por lo tanto su influencia en la toma de decisiones familiares, y elevar su autoestima.

Cuanto más parecidos son los niveles de educación del hombre y la mujer y cuanto más educación tengan, más probable es que discutan y practiquen la planificación familiar. En un estudio de parejas de Nigeria se encontró que, cuando tanto el marido como la esposa tenían educación secundaria o superior, 61% de las parejas decían que habían discutido la planificación familiar. Cuando ninguno de los cónyuges había recibido educación, sólo 15% declaraban haber discutido el tema.

También es más probable que la mujer con algún poder económico discuta la planificación familiar con su marido. En Togo las mujeres que recibían remuneración en efectivo por su trabajo e invertían algo del dinero en planes de crédito o ahorros eran las que exhibían los más altos niveles de comunicación con los maridos acerca de la planificación familiar.

El nivel era considerablemente más alto que entre las mujeres remuneradas en efectivo pero que no invertían el dinero o que no trabajaban por dinero en efectivo.

El tipo de matrimonio, sea por libre elección, arreglado por las familias o polígamo, también influye en el poder relativo de la mujer y por ende en la medida en que se comunica la pareja. En Togo, por ejemplo, las mujeres que eligen a sus maridos sin asesoramiento de la familia

notificaron los niveles más altos de discusión con sus maridos sobre la planificación familiar. Las de matrimonios arreglados por las familias notificaron los niveles más bajos de comunicación. Las mujeres en matrimonios polígamos suelen estar en condiciones de inferioridad y notifican poca comunicación con los maridos.

También la edad de la mujer al casarse por primera vez está relacionada con su capacidad de comunicación. Cuanto más joven sea la mujer, especialmente si es mucho más joven que el marido, menor es la comunicación sobre la planificación familiar.

2.2.5.4.- La comunicación es la clave para una percepción correcta

Por lo común, no hay comunicación entre las mujeres y sus maridos acerca de la planificación familiar, de modo que las esposas creen que los maridos se oponen a ella cuando en realidad la aprueban. Esta idea equivocada puede ser una de las razones para que se haya difundido la creencia de que los hombres se oponen a la planificación familiar, pese al testimonio de muchos hombres que dicen estar en favor de ella.

Los datos de encuestas emparejadas de maridos y esposas ilustran la medida en que estas últimas están equivocadas. En la República Dominicana, por ejemplo, 14% de las mujeres piensan que sus maridos rechazan la planificación familiar cuando en realidad la aceptan. Otro 8% no saben qué opinan sus maridos, pero éstos realmente aprueban la práctica de la planificación familiar. Estos resultados sugieren que la necesidad insatisfecha de planificación familiar de las mujeres podría

reducirse si se estableciera una mejor comunicación entre ambos cónyuges. Las EDS demuestran constantemente que, especialmente en el África subsahariana, muchas mujeres suponen erróneamente que sus maridos están en contra de la planificación familiar.

En discusiones de grupos de enfoque con hombres y mujeres por separado en Burkina Faso se encontró que la comunicación entre los sexos acerca de la planificación familiar era casi inexistente. Esta falta de comunicación daba a entender que a menudo percibían erróneamente las opiniones del otro. "Los hombres pensaban que las mujeres no conocían mayormente la planificación familiar, por lo común se oponían a ella y necesitaban ser educadas., Las mujeres decían lo mismo acerca de los hombres".

2.2.6.- Llegar al público masculino con mensajes apropiados

Una información concisa oportuna y motivante hacia el público masculino estimulara toda cooperación de nosotros en la planificación familiar.

2.2.6.1.- Basarse en la aprobación de los hombres en la planificación familiar.

Modelo de los pasos para cambiar de comportamiento

Conocimiento

- Recuerda los mensajes sobre la planificación familiar y otras cuestiones relacionadas con la salud reproductiva
- Comprende el significado de los mensajes
- Puede nombrar productos, métodos u otras prácticas y fuentes de servicios/suministros

Aprobación

- Responde favorablemente a los mensajes sobre salud reproductiva
- Discute los mensajes o cuestiones con sus relaciones personales (familia, amigos)
- Piensa que la familia, los amigos y la comunidad aprueban la práctica
- Aprueba la práctica

Intención

- Reconoce que ciertas prácticas sanitarias pueden satisfacer una necesidad personal
- Se propone consultar a un proveedor de servicios de salud
- Se propone practicarlas en algún momento

Práctica

- Va a ver un proveedor de servicios para pedir información, suministros o servicios. (el ente de salud)
- Elige un método o práctica y comienza a usarlo
- Continúa el uso

Apoyo

- Experimenta y reconoce los beneficios de la práctica
- Aboga por la práctica ante otros
- Apoya los programas de la comunidad

Muchos hombres parecen preparados para cambiar de comportamiento en relación con la salud reproductiva y están dispuestos a participar más en las actividades relacionadas con ella. Cuando cambian de comportamiento, las personas generalmente pasan a través de cinco etapas: conocimiento, aprobación, intención, práctica y apoyo.

Las encuestas y otros estudios sugieren que muchos hombres ya han pasado a través de las etapas de conocimiento y aprobación y están ahora preparados para adoptar prácticas más saludables. Cientos de millones de hombres y sus compañeras están practicando la planificación familiar. Millones más conocen y aceptan la anticoncepción, pero no la practican. La necesidad insatisfecha de planificación familiar es considerable. Aun donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es baja, como en África occidental, muchos hombres dicen que quieren aprender todo lo relacionado con la planificación familiar y mejorar su salud reproductiva y la de sus familias.

2.2.6.1.-Valerse de los medios de difusión pública para comunicarse con los hombres.

Una forma comprobada de llegar e informar a los hombres es a través de los medios de difusión pública. Éstos pueden exponer al público masculino a los mensajes que pueden influir en el conocimiento, actitud y comportamiento de esos hombres respecto de la salud

reproductiva. Por lo común los hombres están más expuestos a la radio y la televisión que las mujeres, probablemente porque tienen más tiempo libre, más educación, más ingresos disponibles, y en muchas culturas más libertad de movimiento que las mujeres.

Los medios de difusión pueden impartir diferentes mensajes según las necesidades de los auditorios específicos y la fase que atraviesan en el proceso de cambio de comportamiento. Por ejemplo, los hombres necesitan información correcta sobre los métodos anticonceptivos, los ciclos menstruales y fértiles de las mujeres, la transmisión y prevención de ETS, el embarazo, la salud infantil y la propia salud reproductiva. También necesitan saber dónde obtener servicios, orientación y respuestas a sus preguntas.

La radio, televisión, video y periódicos pueden emplearse de manera estratégica para suministrar a los hombres información importante sobre la salud reproductiva. Para que una campaña tenga éxito deberá estar basada en análisis y estudios del público. Se adoptará un modelo comprobado de cambio de comportamiento para diseñar la campaña, someter los mensajes y el material a pruebas preliminares, observar su marcha y evaluar los resultados.

En Uganda, por ejemplo, el Programa de Educación para la Vida Familiar de la Diócesis de Busoga llegó a los hombres con información sobre la salud reproductiva a través de radionovelas breves que abordaban preguntas tales como "¿A qué se parece una ETS?".

En Bolivia, la Campaña de Salud Reproductiva *Las Manitos* llegó a unos 500.000 posibles usuarios de métodos de planificación familiar a través de espacios publicitarios y también a través de videos pasados en dispensarios, audio casetes en autobuses públicos y carteles. El

porcentaje de hombres que dijeron que pensaban buscar servicios de salud reproductiva se elevó del 25% en la encuesta inicial al 60% en la encuesta siguiente, después de la campaña.

2.2.6.3.- Comprender la influencia del género

En los programas de salud reproductiva, sean para hombres o para mujeres, la comprensión del género es importante. Los programas que reconocen la amplia influencia del género, especialmente la manera en que la desigualdad entre el hombre y la mujer les afecta la salud reproductiva, pueden abstenerse mejor de reforzar los perjudiciales papeles basados en el género. En cambio, pueden diseñar programas y servicios de comunicación que tengan en cuenta los papeles basados en el género y, a la larga, fomentar una mayor igualdad entre los sexos. En los últimos años se han confeccionado varias guías para ayudar a incorporar la sensibilidad sobre el género en el diseño, aplicación y evaluación de programas.

En 1990 UNICEF lanzó en Asia una campaña por diferentes medios de difusión para promover los posibles logros de las niñas cuando éstas reciben igual educación y apoyo. Meena, la joven heroína de una serie de dibujos animados, confronta problemas encarados por muchas niñas: la preferencia por el hijo varón, el matrimonio temprano, la falta de oportunidades de educación y la pobreza. La serie de Meena ha sido transmitida en 14 idiomas por televisión y radio, alcanzando a un público de unos 57 millones de personas. Recientemente UNICEF dio inicio a 13 nuevos episodios en Bangla Desh, India, Nepal y Pakistán.

La serie está contribuyendo a cambiar la actitud de la gente. Como un padre de cuatro hijas dijo después de ver a Meena, "Me aseguraré de que mis hijas tengan más oportunidades que mi esposa y mi madre". Basándose en el éxito de la campaña de Meena en Asia, se ha creado un personaje parecido con el nombre de Sara para el África. Los investigadores se apoyaron en discusiones con más de 5.000 personas de Eritrea a Sudáfrica para crear una muchacha realista con la que los africanos puedan relacionarse y aprender.

También se han aprendido importantes lecciones sobre la percepción del género a partir de las consecuencias involuntarias de programas destinados a aumentar la participación de los hombres. Por ejemplo, durante los años setenta y principios de los años ochenta, Pro familia, en Colombia, se valió de la idea del "machismo" para promover la vasectomía. Como la Directora Ejecutiva María Isabel Plata explica, ése fue un error, pues reforzó ideas estereotipadas negativas, como la promiscuidad sexual y el dominio del hombre en la adopción de decisiones. El número de vasectomías siguió siendo bajo. En 1985 Pro familia adoptó una nueva estrategia en la que se ponía de relieve la responsabilidad masculina. "Por primera vez se les dijo a los hombres que ellos también podían participar. Porque éramos sensibles al género, el número de vasectomías se duplicó y triplicó", dice Plata

2.2.6.4.- Estimular la comunicación entre la pareja

Cada vez más, los proveedores de atención de salud y los investigadores se dan cuenta de que el cliente más apropiado para recibir información y servicios de salud reproductiva sería más bien la pareja que el individuo. Por ejemplo, los hombres que discuten la planificación familiar con sus esposas tienden más a usar

anticonceptivos y apoyan la práctica de la anticoncepción por sus esposas.

Recientemente se registró en varios proyectos un aumento en el uso de anticonceptivos cuando se facilitó la comunicación entre los maridos y sus esposas. En Bangladesh, por ejemplo, el proyecto *Jiggasha* se vale de las redes rurales de comunicación existentes para que la comunicación sobre la salud reproductiva sea más culturalmente aceptable y para lograr que haya más comunicación entre hombres y mujeres. En bangla, la palabra *jiggasha* significa "inquirir".

Los *jiggashas* son grupos de discusión compuestos de hombres o mujeres de la aldea que se reúnen por separado. Los *jiggashas* crean un lugar cómodo en donde hombres y mujeres hacen preguntas sobre la planificación familiar, los métodos anticonceptivos y la salud reproductiva. Agentes locales especialmente capacitados colaboran con las personalidades masculinas y femeninas de la aldea para impartir enseñanza sobre los métodos anticonceptivos, responder a las preguntas, distribuir anticonceptivos y enviar personas a los servicios correspondientes. También incitan a hombres y mujeres a hablar con sus cónyuges sobre planificación familiar. La participación de los hombres en los *jiggashas* ayuda a crear un ambiente favorable a la planificación familiar.

Los resultados de las encuestas complementarias sugieren que el sistema de *jiggashas* complementó el trabajo de los agentes locales en favor de la planificación familiar. En las aldeas con agentes locales de planificación familiar y *jiggashas*, la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (TPA) se elevó del 38% al 56%. En las aldeas con agentes locales pero sin *jiggashas*, la TPA subió del 26% al 32%.

En zonas rurales de Honduras un programa de extensión agrícola ofrece un ejemplo de la manera de conseguir a bajo costo la participación de los hombres en la salud reproductiva y de aumentar la comunicación sobre planificación familiar de la pareja. Cuando se reúnen con los agricultores, los agentes de extensión remunerados se valen de un manual interactivo para conversar sobre la salud reproductiva. En algunas zonas también se entrega a las parejas un folleto destinado a ayudar a los cónyuges a planear sus objetivos familiares a largo plazo. En ambas zonas la comunicación entre los cónyuges mejoró. El porcentaje de mujeres que declararon haber discutido la planificación familiar con sus maridos se elevó del 36% al 50%.

2.2.6.5.- Llevar información a donde se reúnan los hombres

Los programas pueden llegar a un número mayor de hombres si se los lleva a donde éstos se congregan naturalmente, como el lugar de trabajo, los clubes sociales o los acontecimientos deportivos. Los hombres se sienten más cómodos en estos lugares, forman un auditorio listo para escuchar y pueden mostrar más receptividad ante la nueva información. Los felices resultados de numerosos programas de comercialización de anticonceptivos a lo largo de los años son prueba de la validez de este acercamiento directo (*Population Reports, El hombre: Nuevo enfoque de los programas de planificación familiar*, 1986).

Hay muchas maneras diferentes de salir al encuentro de los hombres. En el sur de la India, más de 250.000 barberos han recibido capacitación para actuar como agentes de salud de la comunidad. Hablan sobre los condones y los distribuyen en sus negocios entre los clientes. Los hombres de las aldeas dicen que se sienten más cómodos conversando con los barberos que con el personal de los dispensarios.

En 1995 la Asociación de Planificación Familiar de Kenya (APFK) puso en marcha un ambicioso proyecto quinquenal para lograr que los hombres participaran en actividades relacionadas con la planificación familiar y la salud reproductiva. El Proyecto de Participación Masculina llega a los hombres a través de una variedad de conductos, inclusive los lugares de trabajo. John Karanja es un motivador típico en un lugar de trabajo. Empleado en la fábrica de frazadas Nakuru, enseña a sus compañeros de trabajo durante la hora del almuerzo y en seminarios después del trabajo las cuestiones relativas a la anticoncepción, el espaciamiento de los nacimientos y el VIH/SIDA.

Vende anticonceptivos, como la píldora y condones, a los hombres después del trabajo. Va en bicicleta a las casas de los empleados en el terreno de la fábrica para contestar las preguntas de los hombres y para incitar a las parejas a tomar juntos las decisiones concernientes a la reproducción. En estas visitas domiciliarias también envía clientes a los dispensarios de la APFK para las vasectomías o ligaduras tubáricas, si la pareja decide que quiere un método anticonceptivo permanente.

Para llegar a otros trabajadores del distrito de Nakuru, el personal masculino del dispensario de la APFK organizó funciones de títeres en el parque local durante la hora del almuerzo. Los títeres entretienen a los hombres y a las mujeres al tiempo que los educan, sin intimidarlos, acerca de los métodos anticonceptivos, la prevención de las ETS/VIH y los servicios de salud reproductiva existentes. Al final de cada representación, los titiriteros invitan al público a hacer preguntas.

2.2.5.6.- Ofrecer la información y los servicios que los hombres quieren

Los hombres necesitan recibir información sobre los métodos anticonceptivos. Cuando conocen cómo son realmente los métodos masculinos, es más probable que los usen. Es menester que los proveedores de atención ofrezcan orientación sensible a los hombres, cuyas preocupaciones generalmente no coinciden con las de las mujeres.

Los hombres tienden a recurrir a servicios de salud reproductiva .Los hombres necesitan recibir información sobre los métodos anticonceptivos. Cuando conocen cómo son realmente los métodos masculinos, es más probable que los usen. Es menester que los proveedores de atención ofrezcan orientación sensible a los hombres, cuyas preocupaciones generalmente no coinciden con las de las mujeres. Los hombres tienden a recurrir a servicios de salud reproductiva que forman parte de una variedad de servicios que les interesan .oductiva que forman parte de una variedad de servicios que les interesan.

2.2.6.7.- Informar a los hombres sobre los condones y la vasectomía

Cuando mayor sea el número de hombres que conocen la verdad acerca de los condones y la vasectomía y los beneficios que reportan, mayor será el número de hombres que recurran a estos métodos. En gran parte del mundo los condones y la vasectomía sufren los efectos de la información errónea y de una fama inmerecida.

En el mundo en desarrollo, con exclusión de China, la prevalencia del uso del condón y la vasectomía entre las parejas casadas es, en

promedio, de sólo 4% y 3%, respectivamente. Esto se debe en parte a que los hombres no conocen bien estos métodos y pueden creer los rumores. Los hombres necesitan información clara y factual de fuentes fidedignas que inspiren confianza.

Condomes. La promoción y la venta de condones han aumentado en respuesta a la epidemia del VIH/SIDA, pero su uso está muy por debajo de la necesidad que hay de ellos. Para las personas sexualmente activas con varios compañeros, el uso de condones es la única manera de protegerlos contra el VIH/SIDA. Pero a muchos hombres no les gustan los condones porque interrumpen el acto sexual y reducen el placer. Otros no confían en ellos. Muchos hombres y mujeres piensan equivocadamente que los condones se rompen con frecuencia o que diminutos agujeros invisibles dejan pasar el esperma y el VIH.

En muchos países la comercialización social ayuda a que los condones se hallen ampliamente disponibles. Mundialmente, los programas de comercialización social vendieron 937 millones de condones en 1997, o sea, 20% más que el año anterior. Los programas de comercialización social promueven los condones tanto para la planificación de la familia como para la prevención de ETS. En Vietnam, por ejemplo, la comercialización social de los condones está dedicada a la planificación familiar. El Programa de Comercialización de Condomes de Cambodia ha ayudado a promover el comportamiento sexual sin riesgos y a aumentar la demanda de condones para planificar la familia. Antes de que Population Services International (PSI) pusiera en marcha un programa de comercialización social en 1993, la venta de condones en Cambodia era, término medio, de 2 a 3 millones anuales. En 1997 se estimó que las ventas totalizaban 10,5 millones.

Además de una mayor promoción y una mejor disponibilidad, otra forma de aumentar el uso de condones es crear modelos nuevos que dejen sentir más placer sexual y sean más convenientes. En Europa se ha lanzado un condón más flojo para atraer a los hombres que miran con escepticismo este método. El condón está diseñado para ser más confortable y fácil de colocar. Está hecho de poliuretano, no del látex habitual, y tiene aproximadamente la mitad del grosor del condón común.

Vasectomía. Muchos hombres no recurren a la vasectomía porque quieren tener más hijos, pero hay quienes la rechazan porque creen erróneamente que les disminuirá el vigor sexual, les causará impotencia y será un inconveniente. Varias campañas de comunicación se han valido de los medios de difusión para informar a los hombres acerca de la inocuidad y la facilidad de la vasectomía. En un proyecto de promoción de la vasectomía llevado a cabo en Kenya en 1994, por ejemplo, se transmitieron avisos por una estación de televisión privada para mejorar la actitud de los hombres hacia la vasectomía. Los avisos en periódicos indujeron a los hombres a pedir más información sobre la vasectomía y les suministraron información sobre los dispensarios que las practican. Como resultado, 835 hombres de la zona de Nairobi solicitaron información sobre este método, más del doble de los pedidos anteriores a la campaña. Después de seis meses de iniciada la campaña, el número de vasectomías había aumentado en un 125%.

En Dar es Salaam, Tanzania, una campaña de IEC buscó disipar los rumores acerca de la vasectomía y promover sus beneficios. Durante 1995 y 1996 el Proyecto de Promoción de la Vasectomía difundió información sobre la vasectomía y los servicios disponibles a través de la radio, periódicos y testimonios de clientes satisfechos. Para corregir una

idea errónea común entre los hombres, la campaña puso de relieve que la vasectomía difiere de la castración. Se buscó aquietar el temor de los hombres acerca de los efectos secundarios, como pérdida de vigor sexual, obesidad e impotencia. La campaña, que llegó a más del 60% del público destinatario, demostró que los hombres están dispuestos a elegir la vasectomía si los proveedores de servicios los educan y les suministran información sobre su disponibilidad.

2.2.6.8.- Orientar a los hombres con respeto y sensibilidad

Los proveedores de servicios que comprenden y respetan las necesidades de salud reproductiva de los hombres son más capaces de ayudarlos. Una buena orientación puede ser fundamental para atender a los hombres, como puede serlo para atender a las mujeres. La experiencia de Brasil, Colombia y Uganda sugiere que los hombres aceptan la información y los servicios de consejeros y proveedores de servicios de ambos sexos, siempre que éstos sean calificados y respetuosos.

Los proveedores de servicios pueden asesorar bien si se dan cuenta de qué es lo que preocupa a los hombres. Cuando éstos visitan los dispensarios, al principio quizá quieran hablar de alguna otra cosa y no de la verdadera razón de la visita. Un consejero sensible dirige la conversación hacia los temas de la salud reproductiva y hace preguntas para sonsacar cuáles de esas cuestiones interesan y preocupan a los hombres. Éstos a veces hacen preguntas difíciles acerca de cuestiones tales como el placer sexual, el vigor sexual y la anatomía sexual. La mejor manera de responder a esas preguntas es ofreciendo información en forma tranquila, no condenatoria y servicial. Para estimular la

participación de los hombres, los proveedores de servicios no se limitarán a contestar las preguntas que aquéllos les hagan sobre los métodos anticonceptivos, sino que también los ayudarán a considerar sus objetivos para la reproducción, los objetivos de sus compañeras y las decisiones que enfrentan juntos.

Algunos hombres, especialmente los jóvenes, no quieren revelar su ignorancia acerca de la sexualidad y la reproducción. De allí que quizá no hagan preguntas, se queden callados dentro de un grupo y actúen de forma diferente si está presente con ellos la esposa o novia. De todas maneras, si los educadores y consejeros perciben la inquietud de los hombres, podrán determinar qué información necesitan y suministrarla sin que se sientan molestos.

En Colombia, Pro familia aprendió la importancia de una buena orientación a través de más de 10 años de labor en dispensarios para hombres. En el dispensario para hombres de Bogotá, un consejero se reúne brevemente con cada hombre antes de la visita médica para darle oportunidad de hacer preguntas confidenciales. Antes de proceder de esta manera, los clientes masculinos solían recibir y pagar servicios médicos que no necesitaban.

Puesto que son pocos los programas que tienen experiencia con clientes masculinos, es especialmente importante impartir capacitación al personal para garantizar atención de alta calidad. El personal de la clínica puede tener prejuicios contra los hombres e incluso puede disuadirlos de buscar información y servicios de planificación familiar. En Kenya, por ejemplo, un estudio de clientes misteriosos reveló que la calidad de la orientación para hombres no era homogénea. Clientes del sexo masculino empleados por los investigadores visitaban dispensarios de planificación familiar y fingían querer una vasectomía. Algunos de los

hombres recibían tratamiento cortés y asesoramiento bien informado. Pero en su mayoría, los hombres notificaron experiencias contradictorias con el personal. En 4 de las 14 visitas los consejeros no explicaron correctamente el procedimiento de la vasectomía. Durante ocho visitas mujeres consejeras les preguntaron a los clientes misteriosos por qué sus esposas no habían tenido una ligadura tubárica. Algunos consejeros incluso trataron de disuadir a los hombres de hacerse practicar la vasectomía.

2.2.6.9.- Ofrecer a los hombres una variedad de servicios de salud

Los programas de salud reproductiva de diversas partes del mundo han encontrado que los hombres tienen preocupaciones y necesidades parecidas en materia de salud reproductiva. Mientras trabajaban con sus clientes del sexo masculino, organizaciones tales como Marie Stopes International, Pro familia de Colombia, Promoção da Paternidade Responsavel (PRO-PATER) de Brasil, Asociación de Planificación Familiar de Kenya y Dispensario de Hombres Jóvenes de la ciudad de Nueva York han identificado los servicios de salud reproductiva que necesitan los clientes masculinos:

- Detección y tratamiento de ETS, inclusive el VIH/SIDA,
- Asesoramiento sobre la manera de prevenir las ETS y el VIH/SIDA,
- Suministro de información correcta sobre planificación familiar,
- Provisión de métodos anticonceptivos,
- Orientación y tratamiento para la infertilidad,
- Orientación y tratamiento para la disfunción sexual,

- Detección y tratamiento del cáncer de pene, testicular y de próstata.

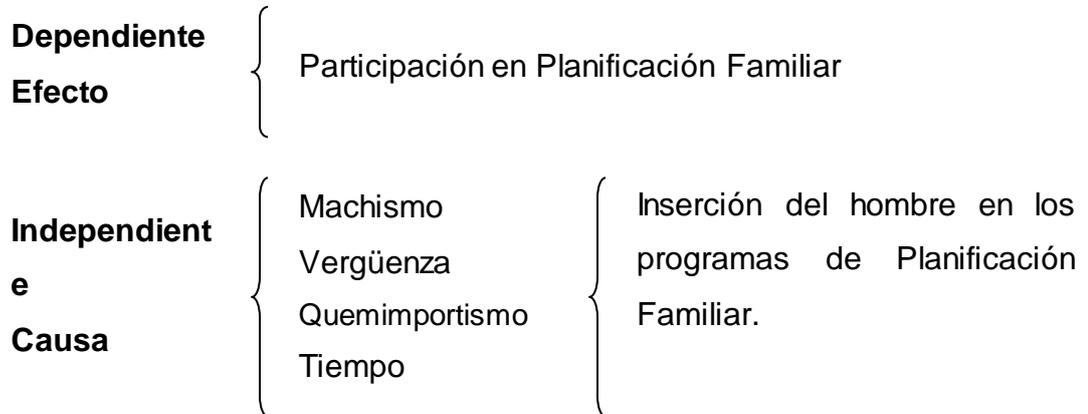
En los dispensarios de salud reproductiva, el ofrecimiento de una constelación de esos servicios de salud incrementa la probabilidad de que los hombres concurran al dispensario. Otra forma de hacer más atractivos los dispensarios de salud para hombres es el ofrecimiento de orientación para el empleo, desarrollo de aptitudes, asesoramiento jurídico y otros servicios no médicos. Un ejemplo es AVSC Internacional, que ha creado un modelo integral de servicios de salud reproductiva para hombres para la iniciativa MAP (Hombres Como Compañeros). De manera similar, Marie Stopes Internacional ha diseñado el enfoque denominado "Examen Colectivo de Hombres Sanos".

Más de 15 años de experiencia programática demuestran el valor de ofrecer una variedad de servicios. En Brasil, por ejemplo, PRO-PATER, que se estableció en 1980 primordialmente para satisfacer las necesidades de salud reproductiva de los hombres, ofrece servicios de ETS, tratamiento de problemas de salud reproductiva, vasectomía sin bisturí y otros métodos anticonceptivos. Los consejeros suministran a todos los clientes información sobre métodos anticonceptivos, incluida la vasectomía, y los ayudan a tomar decisiones informadas. PRO-PATER también dirige cursos sobre salud reproductiva de los hombres para enfermeras, médicos, asistentes sociales y psicólogos.

En Colombia, los tres dispensarios para hombres de Pro familia dispensan una variedad de servicios, inclusive exámenes médicos generales, servicios urológicos, orientación sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, detección y tratamiento de la infertilidad, tratamiento de ETS, detección de VIH, terapia sexual y cirugía plástica. Además, la organización ofrece servicios jurídicos a los hombres para el

divorcio, separación y mantenimiento de los hijos. Pro familia también educa a los hombres acerca de la salud reproductiva, incluidas cuestiones sobre el género, mediante folletos y carteles.

2.3.- VARIABLES.



2.3.1 Operacionalización de Variable

| CATEGORÍAS | CONCEPTO | DOMENSIONES E INDICACIONES |
|--------------------------------------|---|--|
| <p>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</p> | <p>Conjunto de reglas normas y procedimiento que brindan alas personas, hombres y mujeres, como pareja. Herramientas para hacer uso del derecho, que tienen de elegir libremente el número de hijos que deseen tener.</p> | <p>CULTURA Idiosioncracia</p> <p>Religión</p> <p>Nivel Económico</p> <p>Mico.</p> <p>MASCULINO: Vasectomía</p> <p>Profilácticos</p> <p>Coito interrumpidos</p> <p>FEMENINOS: Métodos Temporales</p> <p>Métodos permanentes</p> <p>Métodos barrera-Físicos.</p> <p>Métodos de barrera Químicos.</p> <p>Métodos naturales</p> |

CAPITULO III

3.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es un estudio retrospectivo longitudinal, ya que estudia una o más variables a lo largo de un periodo que puede cambiar porque toma en cuenta los conocimientos actitudes y practicas adquiridos en el pasado.

3.2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Nuestra investigación es de tipo analítico porque busca contestar cual es la causa para que no participen en los programas de planificación familiar.

3.2.1.- POBLACIÓN O MUESTRA

La población en estudio son todos los Señores de Radio Taxi Express de la ciudad de Ibarra.

3.2.2.- INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

El método que se utilizo es la encuesta mediante el cuestionario, con el cual obtuvimos respuesta sobre el problema en estudio y que nos sirvió como base para el desarrollo de nuestro trabajo y la técnica es la

entrevista, y esta fue aplicada a los señores de Radio taxi Express de la ciudad de Ibarra.

3.3.3.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

El método que se utilizó fue la encuesta y se validó con la prueba piloto aplicada en otra institución de iguales características; los resultados fueron confiables por que las preguntas de dicha encuesta fueron cerradas y de fácil elección, además se guarda absoluta reserva de la identidad de los encuestados por no pedir datos personales; por ende los resultados son legítimos.

3.3.4.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Una vez recopilada la información se procederá a la cuantificación y sistematización de la información utilizando el software, Excel y el paquete electrónico EPI INFO 6.0 para determinar valores estadísticos y significancia.

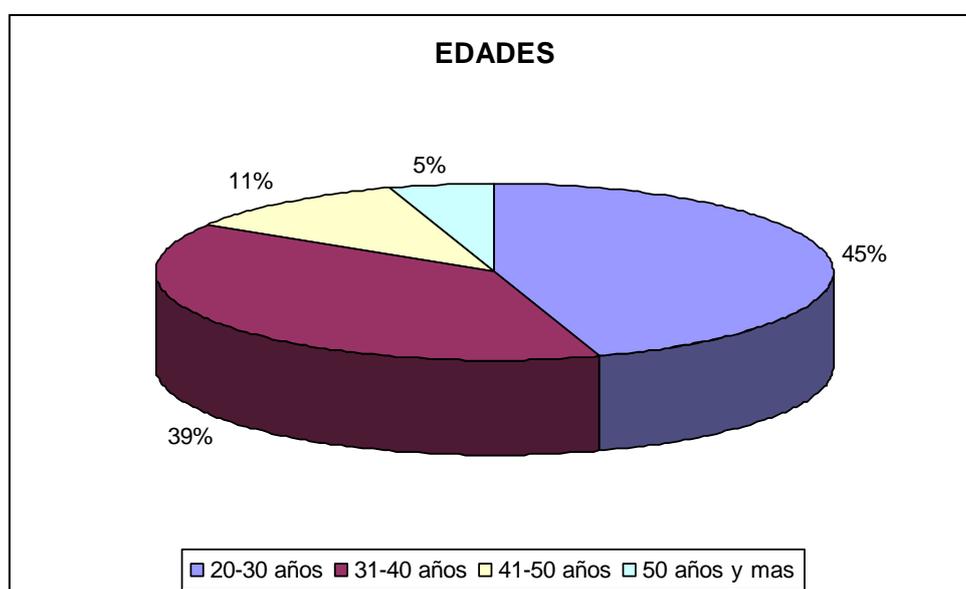
INTERPRETACION

Y ANALISIS

DE RESULTADOS

CUADRO N° 1.- Edades.

| EDAD | Nº | % |
|---------------|----|----|
| 20-30 años | 45 | 45 |
| 31-40 años | 39 | 39 |
| 41-50 años | 11 | 11 |
| 50 años y mas | 5 | 5 |



FUENTE: ENCUESTA LEVANTADA A LOS SOCIOS DE RADIO TAXI EXPRESS EN LA CIUDAD DE IBARRA.

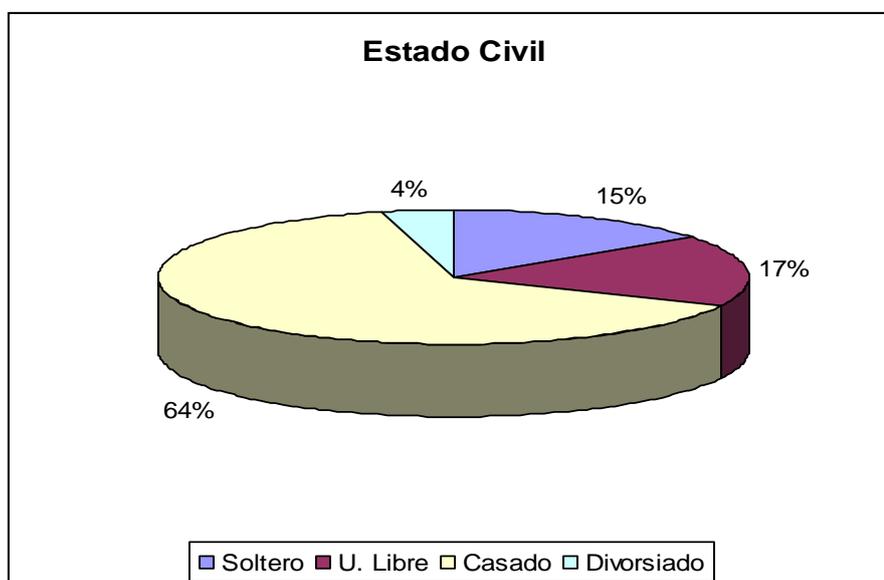
ELABORADO POR: INVESTIGADORES

ANALISIS

En el presente estudio podemos ver que el 45% de los socios de radio taxi Express que es la mayoría, esta conformada por gente joven lo cual facilita la aplicación de nuestro trabajo.

CUADRO N° 2.- Estado civil.

| ESTADO CIVIL | Nº | % |
|--------------|----|----|
| SOLTERO | 15 | 15 |
| U. LIBRE | 17 | 17 |
| CASADO | 64 | 64 |
| DIVORCIADO | 4 | 4 |



FUENTE: ENCUESTA LEVANTADA A LOS SOCIOS DE RADIO TAXI EXPRESS EN LA CIUDAD DE IBARRA.

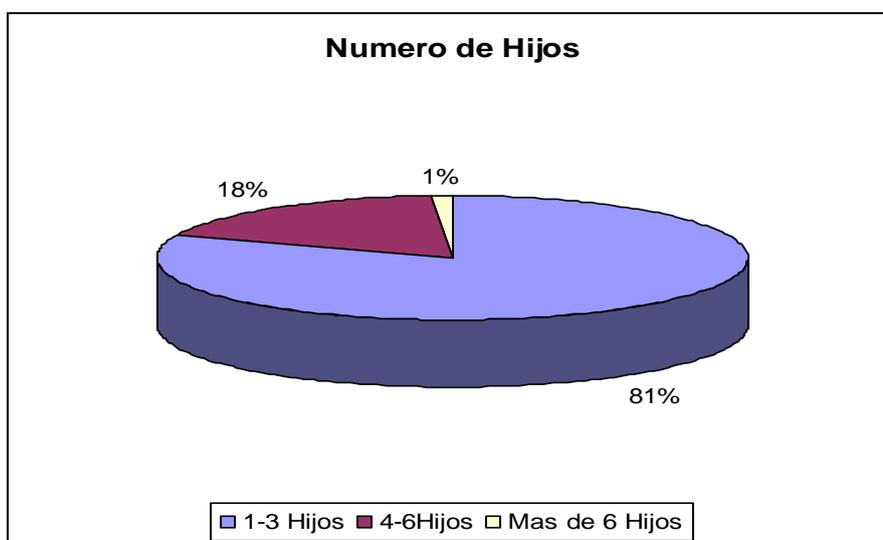
ELABORADO POR: INVESTIGADORES

ANALISIS

En el grupo estudiado encontramos un porcentaje muy alto de personas casadas el 64% de los socios taxistas, que de igual manera ayuda al normal desarrollo de nuestro trabajo, seguido por un 17% de personas que mantienen su relación de pareja por unión libre.

CUADRO N° 3 Numero de hijos.

| NUMERO DE HIJOS | Nº | % |
|-----------------|----|----|
| 1-3 Hijos | 76 | 81 |
| 4-6Hijos | 17 | 18 |
| Mas de 6 Hijos | 1 | 1 |



FUENTE: ENCUESTA LEVANTADA A LOS SOCIOS DE RADIO TAXI EXPRESS EN LA CIUDAD DE IBARRA.

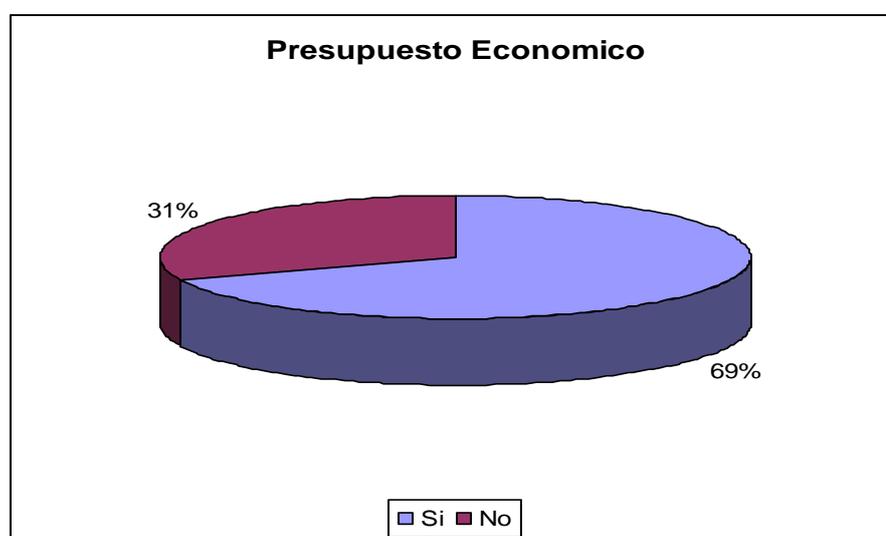
ELABORADO POR: INVESTIGADORES

ANALISIS

De los socios encuestados el 81% tienen no más tres hijos, seguidos de un 18% que tienen de 4 a 6 hijos y un mínimo porcentaje que tienen más de 6 hijos.

CUADRO N° 4.- Presupuesto económico.

| PRESUPUESTO ECONOMICO | Nº | % |
|-----------------------|----|----|
| SI | 69 | 69 |
| NO | 31 | 31 |



FUENTE: ENCUESTA LEVANTADA A LOS SOCIOS DE RADIO TAXI EXPRESS EN LA CIUDAD DE IBARRA.

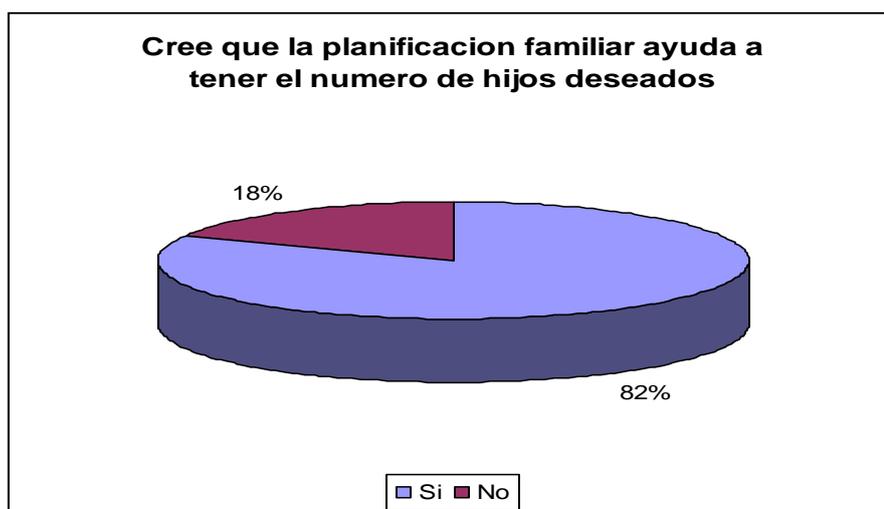
ELABORADO POR: INVESTIGADORES

ANALISIS

Del universo estudiado encontramos que el 69% de los socios refieren que su ingreso económico si cubre las necesidades básicas, mientras que el resto de socios por razones desconocidas tiene ciertas falencias para cubrir sus necesidades económicas.

CUADRO N° 5.- Importancia de la planificación familiar.

| Importancia de la P.F. | Nº | % |
|------------------------|----|----|
| SI | 82 | 82 |
| NO | 18 | 18 |



FUENTE: ENCUESTA LEVANTADA A LOS SOCIOS DE RADIO TAXI EXPRESS EN LA CIUDAD DE IBARRA.

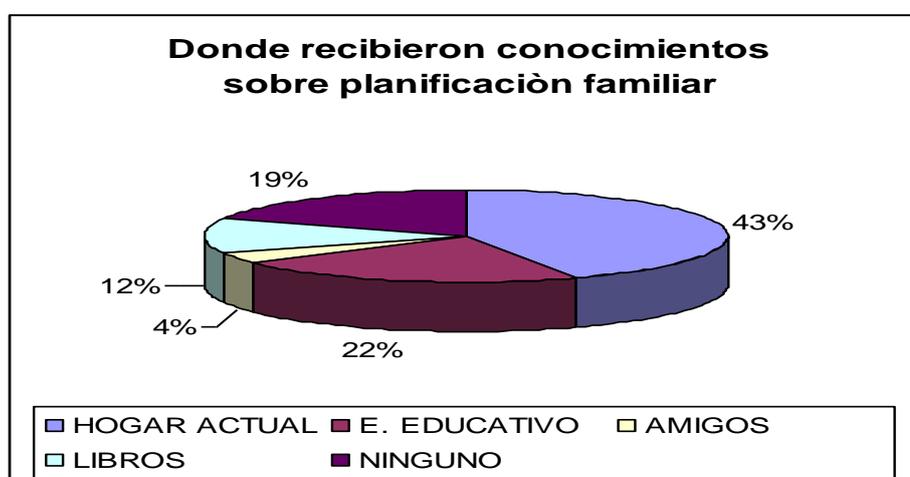
ELABORADO POR: INVESTIGADORES

ANALISIS

Este estudio demuestra que el 82% de los socios taxistas si cree que la educación en planificación familiar es importante para saber cuantos hijos tener, mientras que un 18% respondió lo contrario.

CUADRO N° 6.- Donde recibieron conocimientos sobre planificación familiar

| | Nº | % |
|--------------|----|----|
| HOGAR ACTUAL | 43 | 43 |
| E. EDUCATIVO | 22 | 22 |
| AMIGOS | 4 | 4 |
| LIBROS | 12 | 12 |
| NINGUNO | 19 | 19 |



FUENTE: ENCUESTA LEVANTADA A LOS SOCIOS DE RADIO TAXI EXPRESS EN LA CIUDAD DE IBARRA.

ELABORADO POR: INVESTIGADORES

ANALISIS

En el hogar actual con un 43% fue donde adquirieron conocimientos sobre como planificar, seguido de un 22% que los recibieron de un establecimiento educativo, luego con un 19% que aseguran no haber recibido planificación familiar, con un 12% esta quienes se educaron mediante la lectura, y un 4% sus conocimientos de planificación familiar lo percibieron de los amigos.

CUADRO N° 7.- Conocimiento sobre programas de planificación familiar

| | Nº | % |
|----|----|----|
| SI | 61 | 61 |
| NO | 39 | 39 |



FUENTE: ENCUESTA LEVANTADA A LOS SOCIOS DE RADIO TAXI EXPRESS EN LA CIUDAD DE IBARRA.

ELABORADO POR: INVESTIGADORES

ANALISIS

Los socios de radio taxi Express aseguran conocer los programas de planificación familiar con un porcentaje del 61% ante un 39% que asegura no conoce.

CUADRO N° 8.- Participación en programas de planificación familiar.

| | Nº | % |
|----|----|----|
| SI | 48 | 48 |
| NO | 52 | 52 |



FUENTE: ENCUESTA LEVANTADA A LOS SOCIOS DE RADIO TAXI EXPRESS EN LA CIUDAD DE IBARRA.

ELABORADO POR: INVESTIGADORES

ANALISIS

En el grupo estudiado el 48% han participado en los programas de planificación familiar, y un 52% no lo ha hecho.

CUADRO N ° 9.- Motivos de la no participación en planificación familiar.

| | Nº | % |
|----------------------|----|----|
| VERGÜENZA | 11 | 11 |
| FALA DE INTERES | 6 | 6 |
| DESCONOCIMIENTO | 26 | 26 |
| CUESTION DE LA MUJER | 4 | 4 |
| FALTA DE TIEMPO | 53 | 53 |



FUENTE: ENCUESTA LEVANTADA A LOS SOCIOS DE RADIO TAXI EXPRESS EN LA CIUDAD DE IBARRA.

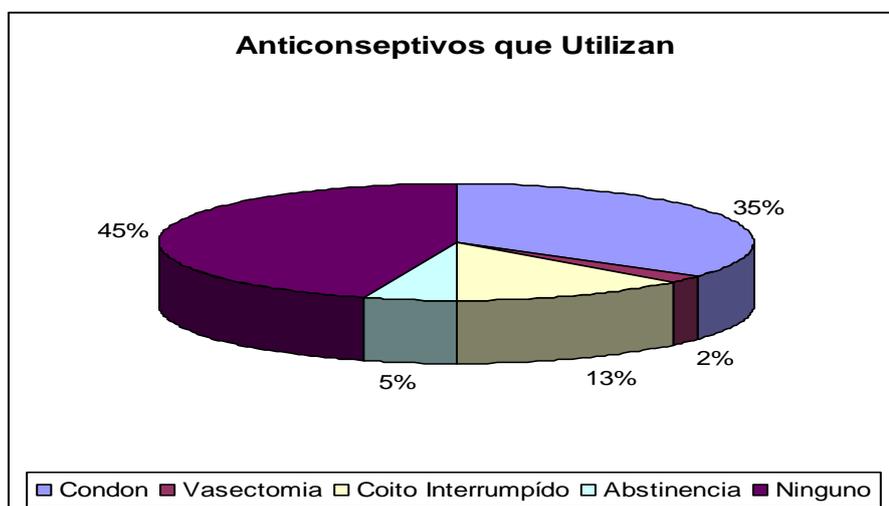
ELABORADO POR: INVESTIGADORES

ANALISIS

Relacionando con la pregunta anterior los que respondieron que no han participado en Planificación Familiar, un 53% asegura que por falta de tiempo, el 26% por desconocimiento, un 11% por vergüenza, 6% por falta de interés, y finalmente con un porcentaje mínimo del 4% que creen que es cuestión de la mujer.

CUADRO N ° 10.- ANTICONCEPTIVO DE ELECCION.

| METODO ANTICONCEPTIVO | Nº | % |
|-------------------------|----|----|
| PRESERVATIVO/ CONDON | 35 | 35 |
| VASECTOMIA | 2 | 2 |
| COITO INTERRUNPIDO | 13 | 13 |
| ABSTINENCIA | 5 | 5 |
| NINGUNO | 45 | 45 |



FUENTE: ENCUESTA LEVANTADA A LOS SOCIOS DE RADIO TAXI EXPRESS EN LA CIUDAD DE IBARRA.

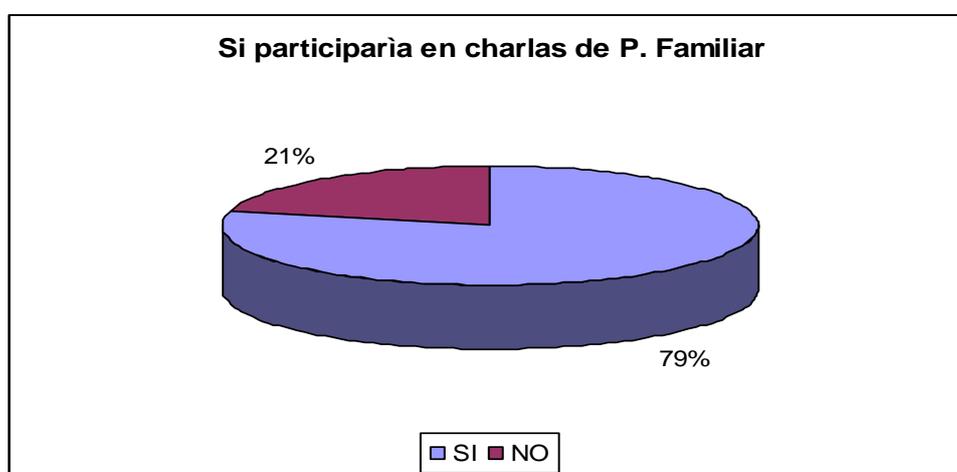
ELABORADO POR: INVESTIGADORES

ANALISIS

45 de cada 100 hombres asegura no utilizar ningún método anticonceptivo, seguido de un 35% que usan el preservativo, un 13% practican el coito interrumpido, el 5% practican la abstinenca, con porcentaje significativo, seguido del coito interrumpido, y finalmente el 2% la vasectomía.

CUADRO N ° 11 Predisposición para participar en charlas de planificación familiar junto a la pareja.

| | Nº | % |
|----|----|----|
| SI | 79 | 79 |
| NO | 21 | 21 |



FUENTE: ENCUESTA LEVANTADA A LOS SOCIOS DE RADIO TAXI EXPRESS EN LA CIUDAD DE IBARRA.

ELABORADO POR: INVESTIGADORES

ANALISIS

De los datos obtenidos observamos que si existe una buena predisposición para participar o asistir con su pareja a charlas sobre planificación familiar un 79%, y un 21% no asistirían.

CAPITULO IV

4.- MARCO ADMINISTRATIVO.

4.1.- RECURSOS HUMANOS

Director de tesis

Investigadores

Socios de la cooperativa "Radio Taxi Express"

4.2.- RECURSOS MATERIALES.

Papel bond

Internet

Trasporte

Impresión

Empastado

Impresión de la Guía

Alquiler del computador

Materiales de escritorio

CONCLUSIONES

Nuestra Investigación, dio como resultado, que la poca participación de los hombres en los programas de Planificación Familiar, se debe a la falta de tiempo, ocupándose más en su trabajo y no como se creía al comienzo de nuestro trabajo que el machismo era causa de la escasa participación de los hombres en la Planificación Familiar.

Más del cincuenta por ciento del Grupo estudiado, no ha participado en programas de planificación Familiar, pero casi en su totalidad tienen una predisposición para participar a futuro en dichos programas.

Un alto porcentaje de los encuestados no utilizan ningún método anticonceptivo porque su pareja (la mujer) lo utiliza.

RECOMENDACIONES

- En vista de la situación actual es necesario que en sus trabajos dediquen un espacio para guiar al género masculino, para que de esta manera el trabajo no sea un obstáculo en la Planificación Familiar
- Se debe hacer hincapié que la Planificación Familiar es de pareja, aunque la falta de tiempo sea un factor que se opone a la participación del hombre.
- La guía Educativa debe fomentar en el uso del preservativo, por ser un método anticonceptivo además de que evita algunas enfermedades de transmisión sexual.
- La comunicación de pareja es la base fundamental para una buena interacción de la familia, por lo que se debe fomentar y reforzar conocimientos sobre la comunicación en pareja con la finalidad de resolver inconvenientes y problemas con el diálogo, además de elegir el método anticonceptivo de mutuo acuerdo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **ÁLVAREZ, J.** (1974); Elementos de Sexología, Editorial Interamericana SA, México.
2. **BENENSON, A.** (1996); Control de Enfermedades Transmisibles en el Hombre,
3. Editorial Pub. Cient, OPS.
4. **BUCHELI, R,** (1997); Temas de Anticoncepción, Editorial EDIMEC, Quito - Ecuador.
5. **BUCHELI, R,** (1997). Enfermedades Transmisibles por Contacto Sexual, Editorial EDIMEC, Quito -Ecuador.
6. **EDITORES,** Lexus Edición (2003); Manual de Enfermería.
7. **GRANDA, María Victoria,** (1990) La Mujer y el Proceso Reproductivo, Washington.
8. **NELSON, Jean;** Consultor de Enfermería Obstétrica.
9. Microsoft ® Encana ® 2006, © 1993-2005 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
10. Normas y Procedimiento para la Atención de la Salud Reproductiva M.S.P. / 1999 / Quito.
11. **STELLA, C,** (1990). Sexualidad Humana. 4ta Edición, México.

PAGINAS WEB:

- * http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sj46/sj46chap5_l.shtml
- * <http://scholar.google.com/scholar%3Fq%3Dcomunicacion+de+pareja+en+planificacion+familiar%26hl%3Des%26lr%3D%26oi%3Dscholart>
- * http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sp_fpp_97_33/fpp_97_33_6.s.html
- * <http://www.who.int/reproductive-health/publications/spJpp9733/fpp9733ll.s.html>
- * http://www.fhi.org/sp/RH/Publications/Network/vl6_3/ntl634.htm
- * http://www.fhi.org/sp/RH/FAQj/natural_faq.htm
- * <http://www.irh.org/spanish/nfp.jr.html>
- * <http://familvdoctor.org/el26.xml>
- * <http://wwwJutromedico.com/temas/contracepcion.htm>
- * <http://www.reproline.jhu.edu/spamsh/ljp/lfp.htm>
- * http://www.fhi.org/sp/RH/FAQs/natural_faq.htm
- * <http://www.embarazada.com/Etapas011P.asp>
- * <http://es.wikipedia.org/wiki/Planificaci%C3%B3nfamilLar>

- * <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/1999jPPF/99Q14.pdf>

- * <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=mtp,htm&module=toolkit&language=Spanis>

ANEXOS