

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de enfermería
UNAN-LEON**



Monografía para optar al título de *Licenciada en Ciencias de la Enfermería*

Rol de la pareja y accesibilidad de mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva. Puesto de salud Rotterdam, municipio de Corinto. II semestre 2018.

Autoras:

Bra. Jahaira Junieth Méndez Briceño

Tutora:

Aura Herrera Espinoza. Msc. ESS

León Diciembre 2018.

¡A la libertad por la universidad!

Resumen

El objetivo de la investigación es determinar el rol de la pareja y acceso a los servicios de salud relacionados a la salud sexual y reproductiva en mujeres en edad fértil que asisten al control de fertilidad humana en el puesto de salud Rotterdam, Chinandega.

El estudio es descriptivo de corte transversal, el universo fue de 120 participantes, la información se recolectó a través de una encuesta, de acuerdo con la variable rol de la pareja ante las necesidades de salud sexual y reproductiva y el acceso a los servicios de salud.

Los principales hallazgos encontrados de las variables de estudio relacionados a rol de la pareja ante las necesidades de salud sexual y reproductiva se encontraron que el 49% nunca recibe apoyo de su pareja en las labores domésticas, el 57% refiere que la carga doméstica es impedimento para asistir a sus chequeos, el 75% no elige el método de planificación familiar, y el 84% no conoce las ventajas del método utilizado. El acceso a los servicios de salud es satisfactorio en relación a la privacidad, cortesía, e infraestructura. No obstante, las barreras que impiden la toma de PAP un 42% es la vergüenza, el 25% el tiempo disponible y la prohibición por la pareja respectivamente y el 8% siente que a su pareja no le gusta.

Se concluye que el rol de la pareja ante las necesidades de salud sexual y reproductiva se destaca por la falta de apoyo en las labores domésticas, la cual impide la asistencia al chequeo. El acceso a los servicios de salud es adecuado. No obstante, la toma de Papanicolaou está marcada por las barreras de la vergüenza, tiempo disponible, y prohibición de la pareja.

Palabras Claves: Roles en las relaciones de la pareja- Acceso a los servicios de salud - Salud Sexual y reproductiva.

Dedicatoria

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi esposo por su sacrificio y esfuerzo de darme una carrera, por creer en mi capacidad y porque siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y amor a pesar de momentos difíciles que hemos pasado.

A mis hijos por ser mi motivación e inspiración para superarme cada día más y muy en especial.

A mi querida madre que siempre me dijo que estudiara y terminara mi carrera, este es un fruto de todos los esfuerzos que un día ella hizo por mí.

Gracias a Todos

Bra. Jahaira Junieth Méndez Briceño

Agradecimiento

Primeramente, agradezco a Dios por haberme dado la oportunidad por poder concluir una de mis metas.

A la Universidad por haberme abierto las puertas y por aceptarme, ser parte de ella para poder estudiar mi carrera.

Y, por último, pero no la menos importante, a mi tutora de tesis la Lic. Aura Herrera que me brindó todo su apoyo y por permitirme recurrir a su capacidad y a sus conocimientos científicos los cuales me guiaron durante todo el desarrollo de la monografía.

Bra. Jahaira Junieth Méndez Briceño

Índice

Contenido	Pág.
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	3
III. Justificación.....	6
IV. Planteamiento del problema.....	8
V. Objetivos.....--	9
VI. Marco teórico.....	10
VII. Diseño metodológico.....	24
VIII. Resultados	27
IX. Análisis y discusión de datos.....	31
X. Conclusiones.....	35
XI. Recomendaciones.....	36
XII. Bibliografía.....	37
XIII. Anexos.....	39

I. Introducción

Cada año más de medio millón de mujeres mueren en el mundo por patologías o complicaciones relacionadas con aspectos de los procesos sexuales y/o reproductivos, siendo estos determinantes de causas de mortalidad de mujeres en edad fértil.¹ La sexualidad y la reproducción son elementos íntimamente ligados a la calidad de vida, tanto en el ámbito individual como de social.¹

A pesar de ser etiquetado principalmente como un tema de los países en vías de desarrollo, la salud sexual y reproductiva plena y satisfactoria es un tema importante para toda la humanidad. Las complicaciones de eventos ligados a la salud sexual y reproductiva tienen repercusiones a nivel económico y social, pero también cultural en el momento en que las mujeres no tienen el pleno disfrute de sus derechos y de su existencia cultural en condiciones de igualdad y respeto¹.

La Conferencia del Cairo del 1994 sobre Población y Desarrollo produjo un Plan de Acción para gobiernos para comprometerse en la promoción y cumplimiento del derecho de todos los individuos de tomar decisiones acerca de su propio cuerpo y sexualidad.

La Conferencia Mundial de Mujeres de Beijing de 1995 incluyó como una de las áreas críticas, las desigualdades e inadecuaciones y acceso desigual a servicios de salud o servicios relacionados (área 3), así como también la falta de respeto por, y la promoción inadecuada, de los derechos humanos de las mujeres (área9)²

Género se refiere a la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas en función de sus cuerpos. La existencia de diferencias socialmente construidas entre mujeres y hombres que definen riesgos, status de poder y necesidades particulares tanto prácticas como estratégicas de género en salud, determinan una baja capacidad de negociación del uso del condón por las mujeres en sus relaciones sexuales tanto con sus parejas de permanencia como en sus encuentros sexuales con una pareja ocasional.³

La desigualdad de poder en las relaciones de género condiciona la capacidad de autonomía de las personas y sus posibilidades de desarrollo y crecimiento en un ambiente que favorezca su salud y bienestar, lo cual afecta de manera importante a la salud, principalmente la de las mujeres, aunque cada vez más se hacen visibles los costos y efectos en la salud física y mental de los hombres.

La mirada de género implica un proceso complejo y personal de acuerdo con la historia de vida que hemos recorrido, la cual influye de manera importante en la relación que establecemos con los demás hombres y mujeres en nuestras familias, dentro de la institución y con la población usuaria de nuestros servicios de salud.

En esta perspectiva, mientras el sexo es una condición biológica “natural”, el género es una construcción “cultural” que se expresa en los valores, normas, instituciones, creencias, usos y costumbres en torno al rol sexual femenino y masculino que presenta una cultura. Sin embargo, las diferencias de género no deberían implicar desigualdad. No obstante, varones y mujeres no tienen las mismas posibilidades de acceder a los bienes, recursos y posiciones sociales. Los atributos y roles asignados al varón son más valorizados y tienen mayor prestigio. Por su parte, las mujeres en su conjunto no participan de igual manera de los ámbitos en los que se deciden cuestiones políticas, científicas y económicas.⁴

La diferencia en las características biológicas de las mujeres y los hombres tiene implicaciones evidentes sobre la salud. En la actualidad, se cuenta cada vez con más datos en favor de la influencia que tienen sobre la salud los roles sociales y las relaciones basadas en la posición social, los valores y el comportamiento que se atribuyen a los hombres y las mujeres.

Por esta razón nos hemos planteado profundizar en el rol de género para el acceso al cuidado a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, que ayuden al profesional de enfermería a orientar, a través de la consejería desde el nivel de atención primaria de salud tanto a las parejas como a las mujeres.⁵

II. Antecedentes

En agosto de 2013, los países miembros de la Cepal reunidos en Montevideo Uruguay. En el encuentro acordaron lo que se llamó Consenso de Montevideo (CDM). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 encaminados a reducir la mortalidad infantil y materna para el año 2015. se estima que en los países en desarrollo y en los países en transición hay 200 millones de mujeres que no tienen acceso a servicios de planificación familiar".

La salud sexual y reproductiva (SSR) se centra en la promoción de la toma de decisiones saludables, voluntarias y seguras en lo relativo a la vida sexual y reproductiva de la pareja, incluyendo las decisiones sobre el tamaño de la familia lo cual es fundamental para el bienestar humano. ⁶

Las recomendaciones de «Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030» afirman que la utilización de métodos anticonceptivos modernos y la atención sanitaria de buena calidad a gestantes y recién nacidos redundarían en beneficios espectaculares, con la reducción del 70% de los embarazos no deseados, el 67% de abortos, el 67% de muertes maternas y el 77% de muertes de recién nacidos.⁷

En los últimos 20 años el problema de la violencia, tanto la que se dirige a las mujeres por razones de género, violencia de género, como aquella que transcurre en el espacio familiar, violencia intrafamiliar, ha cobrado visibilidad social, aunque se mantiene cierta invisibilidad estadística del fenómeno en los campos familiar y social. Prácticamente todos los países de América Latina han adoptado marcos jurídicos y reformas constitucionales para explicitar la equidad de género, combatir la violencia y esto han asumido importantes compromisos en lo que se refiere a derechos de la mujer. todos ellos han ratificado la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

. La situación de las mujeres frente al VIH con perspectiva de género requiere de una sensibilidad de género, tanto en la promoción de salud sexual como en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, para poder identificar necesidades de género que pueden facilitar u obstaculizar el desarrollo de una conciencia y cultura de salud sexual⁸

La violencia de las mujeres es un fenómeno grave y repudiable en todas sus formas. Además, es un problema social que no solo afecta el desarrollo de la mujer si no el de su familia.

Desde el punto de vista de la salud pública, numerosos estudios demuestran que las distintas formas de violencia doméstica y sexual está íntimamente relacionada con afectaciones a la Salud Sexual y Reproductiva tales como alteraciones ginecológicas, parto prematuro, bajo peso al nacer y enfermedad pélvica, infecciones inclusive el VIH, cáncer, sin contar los costos para el sistema de salud directamente producidos por las atenciones de las lesiones y los costos laborales y económicos para la persona afectada y para la sociedad.⁹

Cuando se aplican las perspectivas de análisis de género en el examen de los problemas sanitarios, se puede determinar si existen diferencias entre los sexos en materia de riesgos, comportamiento de búsqueda de atención, respuesta de los profesionales de salud, cumplimiento y finalización del tratamiento, resultados sanitarios o en las consecuencias sociales y económicas de un problema de salud.

La cultura Nicaragüense ha tenido y sigue teniendo una visión sexuada. Practicando el modelo hegemónico de masculinidad. Especialmente en las áreas rurales ha estado marginado y limitado el rol de madre, aspecto familiar y cumplir las tareas domésticas del hogar. en la población estudiada se evidencio que aún persiste esta visión sexuada, en la cual la mujer cumple una función reproductora

de hijos y es responsable de las tareas domésticas, en cambio el varón, es proveedor del sostén económico.

Estudios demuestran que la equidad de género elimina las barreras que impiden el acceso a la educación y el acceso a los servicios de salud.

En el salvador se han desarrollado institucionales a favor de la salud sexual y reproductiva, actualmente se plantea la necesidad de un enfoque más allá de la reproducción, en el marco ético de los derechos humanos, la equidad de género y las determinantes sociales de la salud .¹⁰

III. Justificación

Alrededor de ocho millones de mujeres embarazadas sufren cada año complicaciones potencialmente mortales a consecuencia de infecciones de transmisión sexual y del mal estado de su salud sexual. Se estima que 529 000 mujeres mueren anualmente durante el embarazo y el parto, principalmente en los países en desarrollo, por causas en gran medida prevenibles.

Por otra parte, quienes viven una relación abusiva frecuentemente tienen dificultades para rechazar las relaciones sexuales que no desean, para negociar el uso del condón o para utilizar otros métodos anticonceptivos y, por lo tanto, están en riesgo de embarazos no planeados y de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.⁸

Género no debe ser entendido sólo en el contexto de las relaciones intergenéricas, sino que puede y necesita visualizarse en el impacto que estas relaciones construidas culturalmente tienen en el colectivo de mujeres (intragenéricas)

Durante el proceso de socialización, las mujeres aprendemos las asignaciones sociales al ser mujer y aprehendemos el espacio doméstico como espacio de dominio femenino. Lo que resulta interesante, es que la asignación y asunción de los roles tradicionalmente tipificados como femeninos no se acompañan, siempre, del acceso y el control suficiente sobre los recursos para lograr el ejercicio del poder en el ámbito de lo doméstico.⁶

En el puesto de salud Rotterdam de las 120 mujeres en edad fértil que asisten a dicha unidad de salud el 58.3% no se realizan el Papanicolau, solo un 16% planean el número de hijos, 50 de ella asisten a escondidas a la planificación familiar, el 31%, son maltratadas verbalmente.

Un Programa de Acción, en el reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos y en la implementación de políticas y programas que garanticen la salud sexual y reproductiva de la población, sin distinciones ni discriminación nos debe permitir conocer el rol de la pareja y la accesibilidad a

los servicios de salud relacionado con la salud sexual y reproductiva en las mujeres en edad fértil, los hallazgos encontrados contribuirán a que el personal de enfermera dirija eficazmente mensajes sobre la autonomía en la toma de decisiones, inaceptabilidad de violencia de género, consejería en asuntos de salud reproductiva; y acciones de promoción de cambios en conductas y estilos de vida saludables con un enfoque biopsicosocial impulsando el acceso a la educación sexual integral. Que contribuya a una satisfacción plena.

IV. Planteamiento del problema

La perspectiva de género posibilita ampliar el análisis en cuanto a la morbilidad femenina por estas causas y así organizar estrategias que permitan un acercamiento a los indicadores de salud deseados en materia de salud sexual

El concepto de salud sexual y reproductiva implica el reconocimiento de un conjunto de derechos humanos básicos, que permiten a los hombres y las mujeres elegir libre y responsable.

La OMS estima que todos los años se producen 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas de transmisión sexual, como la clamidiasis y la gonorrea, entre la población de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años. Muchos de esos casos no son tratados por falta de acceso a servicios adecuados. La desigualdad por razones de género en el proceso de toma de decisiones sobre cuestiones de reproducción es un elemento clave del contexto social de la salud reproductiva. Estudios revelan que con frecuencia las parejas disienten sobre sus deseos respecto a los embarazos y al uso de anticonceptivos.⁹

Por lo antes mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el rol de la pareja y acceso a los servicios de salud relacionados a la salud sexual y reproductiva en mujeres en edad fértil que asisten al control de fertilidad humana en el puesto de salud Rotterdam del municipio de Corinto II semestre 2018?

V. Objetivos

General

Determinar el rol de la pareja en el acceso a los servicios de salud relacionados a la salud sexual y reproductiva en mujeres en edad fértil que asisten al control de fertilidad humana en el puesto de salud Rotterdam del municipio de Corinto II semestre 2018.

Específicos

1. Describir la caracterización sociodemográfica de las participantes del estudio.
2. Identificar el rol de la pareja ante las necesidades de salud sexual y reproductiva de la mujer.
3. Describir el acceso a los servicios de salud relacionadas a la salud sexual y reproductiva de la mujer.

VI. Marco Teórico

A pesar de que en los últimos años ha aumentado el interés por entender el vínculo entre el VIH y SIDA (problemas sexuales) y la violencia hacia la mujer, la base empírica aún es débil debido a las lagunas existentes en la información (Escuela de Salud Pública de Harvard, 2009). Esto es verdad, al menos parcialmente, debido a la naturaleza de los principales problemas que acarrea esta doble pandemia: sexo y violencia (CWGL, 2006). En muchos contextos en todo el mundo, el sexo y la violencia se consideran asuntos privados y no problemas de la comunidad o del gobierno. El silencio que normalmente rodea a esta doble pandemia dificulta el acceso de las mujeres a la información y a los servicios para recibir tratamiento, atención y prevención tanto para el VIH como para la violencia. A su vez, esto dificulta la recolección de datos fidedignos sobre la confluencia de la violencia y el VIH y otros problemas de salud. (CWGL, 2006). ONU Entidad de las naciones unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres “Comprender los vínculos entre el VIH /SIDA y la violencia contra las mujeres y las niñas” 2006

Roles en las relaciones de la pareja: Los roles en las relaciones de pareja deben fluir de modo que se asuman solo cuando sea necesario, facilitando que ambos miembros de la pareja se sientan con permiso de manifestar sus necesidades. Estos se aprenden en el hogar de origen y en el contexto cultural en que se crece.

Cada miembro de la pareja debe evaluar los roles y expectativas que tiene frente a su cónyuge y ajustarlos a las necesidades reales de la pareja.

Acceso a los servicios de salud

Hace referencia en donde todos los recursos empleados actúan en conjunción para generar un resultado que puede ser medible y observable en términos del estado de salud y que, asimismo, involucra la satisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores del servicio.

Salud Sexual y reproductiva: Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, hombre o mujer, y por lo tanto de la salud individual. Es por eso que el derecho a la salud constituye un derecho humano esencial, y los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos.

Generalidades de la Salud sexual y reproductiva

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos –Teherán, 1968– se reconoce que "los padres tienen el derecho fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos". Asimismo, sucesivos eventos internacionales en materia de Población y sobre la Mujer han seguido especificando el alcance y significado de los Derechos Sexuales y Reproductivo.²

Es primordial asumir la relación entre salud y sexualidad como se propuso en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo en 1994, donde se definió que la salud sexual va más allá de la atención en materia de reproducción y de ITS y está encaminada al desarrollo de la vida, de las relaciones personales y del disfrute de la sexualidad segura. Convirtiéndose en un desafío de género.⁴

La aproximación conceptual desde la perspectiva de género implica el análisis de la sexualidad en el marco de un sistema de relaciones entre el hombre y la mujer y conduce a la deconstrucción de sistemas de valores, normas y creencias para reconstruirlos sobre una visión más justa y acorde con las necesidades y expectativas de cada hombre y de cada mujer, en determinados contextos culturales.

La deconstrucción del concepto salud reproductiva y su formulación como salud sexual y reproductiva no ha estado libre de tensiones. Los debates acerca de la regulación de la fecundidad mediante políticas de planificación familiar, la participación del Estado en la formulación de políticas en torno al tema, la defensa

del derecho de las personas a tomar decisiones libres e informadas en relación con el número de hijos y su espaciamiento, el papel del Estado en asegurar la información y acceso a métodos de control de la fecundidad, el derecho de las mujeres a la integridad física y a decidir por su cuerpo, la necesidad de que las decisiones reproductivas se tomaran considerando las necesidades de los futuros hijos y las responsabilidades de las personas y las parejas con su comunidad, y por último, la salud de la mujer fue puesta en el contexto de su bienestar integral íntimamente relacionado con su participación plena y equitativa de la vida social, cultural, económica y política a nivel, nacional, regional e internacional (Teherán, 1968; Bucarest, 1974; Ciudad de México, 1975; Ciudad de México, 1984; El Cairo, 1994; Beijing, 1995, fueron los escenarios de discusión y cambio del concepto.⁷

Género

El Género es una construcción sociocultural, referida a las características, atributos y roles que cada sociedad asigna a mujeres y hombres debido a su sexo.

El género determina lo que se espera, se permite y valora en una mujer o en un hombre, en un determinado contexto.

Identidad de Género

Sentirse hombre y mujer de acuerdo con las características y valores de nuestra sociedad y con nuestra elección de identificarnos con ello.

Concepto de género emerge como una construcción cultural y social (no inherente o propia de su naturaleza) que pauta lo que cada sociedad va a definir como femenino o masculino, estableciendo patrones de conducta que deberán ser asumidos por hombres y mujeres en cada contexto y momento histórico.

El género ha estructurado los comportamientos sexuales e indagar sobre su repercusión en las condiciones de vida, de salud y de satisfacción personal de los seres humanos. El análisis de los fenómenos sociales desde la perspectiva de

género implica estudiar el lenguaje, el contenido y las acciones o actividades en torno a determinada situación. De esta manera se puede descifrar cómo la estructura de poder en las relaciones entre los hombres y las mujeres se perpetúa en estos espacios (la mayoría de las veces de manera inadvertida), convirtiendo en dogmas y principios, pautas y costumbres socioculturales que no siempre responden a los principios de equidad e igualdad consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y que muchas veces resultan perjudiciales tanto para las mujeres como para el hombres.¹⁰

La Salud Sexual y Reproductiva (SS-SR) desde una perspectiva de género

El sexo (aspecto biológico) y el género (aspecto cultural) condicionan en gran medida el acceso a la SS-SR de las mujeres. Desde el plano biológico, el embarazo, prevención del cáncer de útero, de mama, y la menopausia, entre otras, constituyen temas de salud que afectan exclusivamente a la mujer y por tanto requieren una atención particular.

Desde el plano de los estereotipos de género, el rol que se le asigna a la mujer dentro de la sociedad la pone en situación de vulnerabilidad, ya que condiciona sus derechos y responsabilidades como individuo. Es así como, a muchas mujeres, por ejemplo, se les obliga a tener relaciones sexuales no deseadas y sin protección, limita el acceso a la educación o al trabajo, reciben una alimentación deficiente, o sufren abuso físico y psicológico.

Esta desigualdad está asentada sobre la base de un sistema dominado por los hombres, cuyo núcleo fundamental se encuentra en el control que ejercen sobre la reproducción y la sexualidad de las mujeres⁵, y que limita las posibilidades de que ellas alcancen, desarrollando autonomía en sus decisiones, niveles de bienestar en esos ámbitos, tanto para sí mismas como para su familia. Sin embargo, los riesgos para su salud que se derivan de tales eventos no sólo están relacionados con dichos papeles biológicos en sí, sino de manera muy fuerte con las

posibilidades de atención o desatención de estos problemas, con las labores domésticas y extra-domésticas que realizan con o sin apoyo de sus parejas masculinas aun en esos períodos, y con la capacidad o no de decidir sin intermediaciones sobre los cuidados a recibir y la oportunidad de estos. Estas están ligadas, junto a la pertenencia a una clase social, a la equidad o inequidad de género existente.⁸

El análisis de género permitirá visualizar nuevas estrategias orientadas a garantizar la igualdad en el ejercicio de derechos y responsabilidades entre los sexos, en el marco de la igualdad, la equidad y el respeto a la dignidad de cada persona, para la creación de SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS Y LOS ADOLESCENTES hombre o mujer.¹⁰

Rol de genero relacionada a la atención de la salud sexual

El uso de servicios médicos en cuanto a sexualidad debería de darse en pareja y no solo implicar a la mujer, en el caso de la atención prenatal beneficia a ambos y no solo a la mujer que es la que da a luz a los hijos, esto implica un mejor plan de sus vidas. Prevalecen estigmas relacionados a los métodos anticonceptivos, en que solo la mujer debe utilizarlos. Sin embargo, tanto el hombre como la mujer tienen el deber y derecho de usarlos, es una decisión que debe tomarse en pareja no solo para evitar la concepción sino también para la protección de sus cuerpos contra enfermedades de transmisión sexual.¹¹

Desigualdades de poder

La desigualdad de poder en las relaciones de género condiciona la capacidad de autonomía de las personas y sus posibilidades de desarrollo y crecimiento en un ambiente que favorezca su salud y bienestar, lo cual afecta de manera importante a la salud, principalmente la de las mujeres, aunque cada vez más se hacen visibles los costos y efectos en la salud física y mental de los hombres.

La desigualdad de poder entre los géneros se expresa, en diversos grados y formas de violencia que atraviesan gran parte de su vida cotidiana y no sólo como un hecho aislado o una problemática particular.

Muchas mujeres, parten de la adquisición de una cierta feminidad relacionada con procurar cuidados y atención para otras y otros, descuidando muchas veces su propio bienestar corporal, lo cual se expresa de manera dramática, entre otras cosas, en altos índices de cánceres mamario y cervico uterino detectados sólo hasta etapas avanzadas de la enfermedad o también soportando los malestares de la violencia en silencio y pasividad ante sus agresores y ante el personal de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “El estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades”, se puede comprender cómo el enfoque de género en salud implica necesariamente identificar y reconocer de qué manera el derecho a la salud es vulnerado y limitado por pertenecer a uno u otro sexo.

El desconocimiento que existe entre los hombres sobre planificación familiar representa una barrera importante para tomar decisiones eficaces en este aspecto, apoyar a su pareja y adoptar conductas de auto precaución. Uno de los objetivos importantes de la salud reproductiva es lograr una cohesión familiar en torno a ella, por eso, si trabajamos con la familia como un grupo dándoles a sus diferentes miembros determinadas tareas para que todos participen de manera dinámica en la adopción de una paternidad responsable, sus miembros pueden adquirir de forma activa conocimientos y habilidades que les permitan contribuir con eficiencia a la salud reproductiva de su grupo familiar.

La comunicación deficiente de pareja se ha relacionado con mayor tasa de abandono de los MAC, con el embarazo no deseado y con la propagación de las ITS,^{15,16} y además es una razón importante para la no participación del hombre en la PF.

Cuando la pareja se comunica de manera abierta e íntima adoptan una actitud más flexible ante las problemáticas que plantea el tener y mantener una salud reproductiva y la adopción de una paternidad responsable, convirtiéndose esto en una premisa para una mayor efectividad y calidad del accionar de los servicios sanitarios en esta dirección.¹²

El rol del hombre en la Salud Sexual y Reproductiva SS –SR

Tradicionalmente, las políticas en SS-SR han estado destinadas principalmente a las mujeres. Sin embargo, cada vez se tiene más conciencia sobre el rol protagónico que los hombres juegan en este tema. A fin de cuentas, la manera como un hombre lleve su vida sexual y reproductiva tiene repercusiones directas sobre su pareja y familia.¹³

El dominio de este rol sobre muchas mujeres ve limitado su acceso a los servicios de salud.

Los servicios que integran la perspectiva de género reconocen que: Las prácticas sociales, como el abuso doméstico y la MGF, perjudican la salud de las clientas.

Muchas mujeres tienen poco control sobre su vida sexual y las opciones anticonceptivas.

Las mujeres tienen el derecho de llevar una vida sexual satisfactoria y segura.

Las necesidades de salud de las mujeres van más allá de los asuntos relacionados exclusivamente con la fertilidad.¹⁴

Género y atención en salud

Cuando enfocamos la salud desde la óptica del género, existen diversas problemáticas que hasta ahora se han analizado y tratado de forma aislada como propias de hombres o mujeres, encuentran explicación en factores culturales

relacionados con creencias, valores y asignaciones de género profundamente arraigadas.

Es también en la adolescencia cuando se refuerzan los factores de género que contribuyen a la falta de poder de decisión en el ámbito de la sexualidad.

En sociedades patriarcales no se devalúa a los hombres que inician precozmente su vida sexual, tienen múltiples parejas sexuales y poco compromiso con algunas consecuencias inesperadas de riesgo, como pueden ser un embarazo no deseado o las infecciones de transmisión sexual.

En cambio, de las mujeres se espera que asuman una actitud pasiva, sean fieles y preserven su virginidad y su cuerpo para la maternidad. Estos valores dificultan que se hable de manera abierta de la sexualidad no dirigida a la reproducción, de la satisfacción y el placer y se realicen negociaciones sobre el uso de anticonceptivos. En muchas culturas, la falta de poder de las mujeres para decidir sobre cuándo y cómo tener relaciones sexuales, usar anticonceptivos o incluso para ir al médico, suele tener consecuencias graves sobre su salud sexual y reproductiva. Generalmente, las decisiones sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres son tomadas por otras personas.¹⁵ La Salud Reproductiva (SR) es un estado de pleno bienestar físico, mental y social (no la mera ausencia de enfermedad o debilidad) en todo lo relativo al sistema reproductivo y a sus funciones y procesos. Por lo tanto, salud reproductiva implica que las personas tengan la posibilidad de llevar una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos y tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

En esto último están implícitos los derechos de hombres y mujeres a estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles, aceptables y de su elección, como también a otros métodos de su elección para la regulación de la fertilidad que no sean contrarios a la ley. Deben

tener además el derecho de acceder a servicios adecuados de atención de la salud que posibiliten a las mujeres transitar sin riesgos el embarazo y el parto y brinden a las parejas las mejores posibilidades de tener un bebé sano.

El dominio del rol en la pareja se ve influenciado por la creencia de rol asignado al varón como el experto sexual que contribuye se depositen en estos, la toma de decisiones relativas al disfrute de la sexualidad (esto incluye el uso o no de condón).

Las diferencias de edades entre las parejas (mayor edad de los varones) se acompaña de mayores cuotas de prestigio (asignación cultural), más cuotas de poder y un número más elevado de parejas sexuales lo que dibuja más subordinación de las mujeres

Estas diferencias marcadas de roles establecen diferencias para el deleite sexual de mujeres y varones en las sociedades.¹⁶

Las diferenciaciones de roles entre otras barreras culturales influyen de forma negativa en la autonomía en recibir atención sobre Papanicolau, planificación familiar y negociación del uso del preservativo.

Barreras para la realización de Papanicolau

Una de las formas más popular y relativamente efectiva en la prevención del cáncer de cuello de útero es la realización del Papanicolaou. Sin embargo, existe una serie de barreras imaginarias o reales que las mujeres deben enfrentar tanto en su vida cotidiana como en el Centro de Salud, cuya estrategia de 'atención con calidez' puede ser una determinante en la decisión de éstas sobre la realización o no del examen ofrecido de forma gratuita.

Pena o vergüenza: Por lo general, las mujeres sienten vergüenza de realizarse el examen porque implica la exposición de una parte privada de su cuerpo ante la persona que las atiende en el Centro de Salud. Este sentimiento se agrava si la persona que les realiza el examen es hombre.

Disposición de tiempo de las usuarias para hacerse el Papanicolau:

Es otro aspecto clave a considerar es el tiempo disponible para realizarse el Papanicolaou, algunas expresaron sentirse sobrecargadas de trabajo, lo cual las deja sin la oportunidad de asistir a la unidad de salud en espacios convenientes.

Culturalmente las mujeres están ubicadas en su rol social de cuidadoras naturales del hogar y los hijos (as), en donde 'cuidar' significa para ellas el descuido para lograr el cuido. Esto se evidencia en los roles de género y cómo su posición subordinada en la familia y la sociedad influyen en su capacidad para acceder a los servicios que el MINSA presta de forma gratuita, pero en horas y días específicos de atención, que generalmente coinciden con los mismos 'tiempos' que ellas usan para cumplir con su rol social. En el caso particular de las comunidades del Centro, el Occidente, Costa Caribe Norte y Sur del país, la barrera del tiempo es aún más fuerte y tangible por la distancia entre sus hogares y los Centros de Salud, las hace invertir varias horas y hasta días para poder realizarse el examen.

Una de las barreras más duras que las mujeres manifiestan en su vida cotidiana es la **falta de apoyo que reciben de su pareja**. Esto se debe a que la socialización patriarcal limita la capacidad de acción de las mujeres que, aunque posean información adecuada sobre los riesgos y opciones para cuidar de su salud, no les sea posible optar libremente sobre cómo cuidar de sus propios cuerpos. P.ej; "recibir el permiso' para realizarse el examen de Papanicolaou.

En este contexto, no es difícil reconocer que los hombres parecen tener menos conocimientos sobre la infección del VPH y las consecuencias de la infección (CaCu) como menos graves para 'ellos' que para las 'mujeres' por lo que no se ubican como causa del problema.

En este escenario, las mujeres que no reciben apoyo de sus compañeros son más propensas a no realizarse un Papanicolaou, debido a que se ven socialmente obligadas a 'vivir a la sombra de decisiones machista'. En este caso es importante señalar tres aspectos:

Sus parejas conciben su cuerpo como un espacio 'prohibido' que no puede ser expuesto en ningún lugar, inclusive si es un ambiente institucionalizado y

profesionalizado como son los Centros de Salud. Esto se agrava con el hecho de que sus parejas no consienten que estas vayan a realizarse un chequeo ginecológico y más aún si quien atiende es un varón. Este conlleva a que muchas de las mujeres sientan que deben de **pedir permiso** u autorización a su pareja para realizarse el papanicolaou, de lo contrario puede acarrearles muchos problemas e incluso ser víctimas de maltrato verbal o físico. La aptitud de su pareja tiene grado de influencia debido a la presencia de **desinformación** que percibida de las mujeres en los varones. Esta provoca que el Papanicolaou lo relacionen con: Señales de infidelidad en el caso de que quien realice el examen sea hombre o falta de higiene de sus esposas.¹⁷

Negociación de Preservativo

De ahí que, mencionar el condón, negociar la posibilidad de su uso en el espacio doméstico puede ser muy conflictivo para muchas mujeres por razones muy diversas:

- ✓ Despierta fantasías de infidelidad en sus parejas
- ✓ Descoloca la visión cultural ancestral de la pasividad erótica femenina.
- ✓ Pone en tela de juicio el mito del amor romántico considerado como fundante de la subjetividad femenina.
- ✓ Desventaja por temor a la pérdida del soporte afectivo y económico de la pareja
- ✓ (en mujeres con dependencia, tanto afectiva como económica).

Las razones antes enumeradas, aunadas a la asunción por las mujeres de los roles tradicionalmente tipificados como femeninos, y la responsabilidad por el cuidado de los otros en el ámbito doméstico permite situar a las mujeres heterosexuales, unidas en una relación de pareja de permanencia, con bajo control de los recursos y pobre ejercicio del poder en el espacio doméstico entre los grupos más vulnerables a la infección de transmisión sexual y /VIH.¹⁸

Acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud, en particular en las mujeres comprende, el acceso a información, servicios y apoyo para ayudarlas a tomar decisiones

informadas y autónomas sobre su salud y aspectos de su vida reproductiva entre estos se describen los siguientes.

Información que se da a los usuarios de los servicios

- Medidas mínimas preventivas y de atención en el hogar.
- Lugares y horarios de los servicios.
- Dónde acudir en busca de atención.
- Conocimiento adecuado para tomar decisiones basadas en información.
- Orientación en los tratamientos (cómo tomar la medicación, efectos secundarios, derivación, cuándo volver)

Satisfacción del beneficiario: ¿Qué quiere el paciente?

- Privacidad con respecto la vista o la escucha de los demás.
- Confidencialidad (no revelar información sobre el paciente sin el consentimiento del paciente).
- Cortesía.
- Eficiencia.
- Eficacia.
- Seguridad.

Aunque la comunicación informal transmitida por el círculo familiar y las amistades puede jugar un papel muy importante en la motivación, también puede ser un medio de difusión de información inexacta. Por esta razón es importante que el profesional de enfermería dialogue con las usuarias sobre sus necesidades y les ofrezcan Información centrada en el conocimiento y la tecnología disponible, es decir, información completa, veraz y oportuna.

El permitir involucrar a las familias de las mujeres durante la etapa fértil, gestacional, del parto y el puerperio, implica por parte del profesional de enfermería, conocer las capacidades y la realidad de dichas familias. A partir de ello desarrollar la preparación requerida para el cuidado de la mujer, el feto y el recién nacido. De

igual manera ofrecer las explicaciones e información requeridas teniendo en cuenta la realidad de las mujeres en términos de creencias culturales, tradiciones y limitaciones.¹⁹ El nivel educativo no sólo influye en las posibilidades de integración laboral, política y cultural de las mujeres, sino que incide de modo significativo en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, en la toma de decisiones autónomas e informadas acerca de su sexualidad, la planificación del número de hijos y su espaciamiento, el empleo de métodos anticonceptivos seguros, el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles, la edad de inicio de las relaciones sexuales, la selección de la pareja, la prevención de embarazos precoces o tardíos, el enfrentamiento de la violencia de género, entre otros.

Finalmente, el permitir involucra el seguimiento que el profesional debe hacer a los compromisos adquiridos por la mujer y por su familia en cuanto a su cuidado propiamente dicho.

La enfermera o el enfermero que cuida a la mujer con el apoyo de la familia debe sostener la fe en la capacidad del compañero o de la familia para atravesar el evento por el que está pasando, a fin de que se comprendan las implicaciones en cada uno de los procesos que vive.

Para un cuidado que respete los derechos de las mujeres, se deben tener en cuenta varios aspectos esenciales:

- Disponer de un lugar iluminado, limpio, ordenado, que brinde privacidad para que la mujer sienta confianza para hablar y para permitir el examen físico.
- Disponer de los materiales necesarios para la valoración, la educación, la asesoría y la atención.
- Acoger a la mujer con cordialidad y respeto, saludarla y presentarse.
- Se debe destinar el tiempo necesario para la atención, sin interrupciones que interfieran la comunicación.
- Se debe escuchar activamente a la mujer y establecer contacto visual con ella.
- Brindar seguridad, confianza y confidencialidad teniendo en cuenta el estado emocional de la mujer.

La recuperación del derecho sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción como ejercicio de libertad y garantía del desarrollo humano coadyuva a la mejora de una calidad de vida de las mujeres. Hay 350 millones de parejas que carecen de acceso a una opción entre diversos métodos anticonceptivos seguros y costeables. Estudios realizados en más de 60 países en desarrollo indican que más de 100 millones de mujeres que actualmente no están utilizando un método anticonceptivo quieren aplazar el nacimiento de su hijo siguiente o dejar de tener hijos.

Al establecer un marco “neutral” y general de los Derechos Humanos, se vio la necesidad de reconocer los Derechos Sexuales y Reproductivos. Las mujeres necesitaban que el mundo aceptara que tales derechos comienzan en el entorno individual. La realidad y el discurso feminista al interpretar los diferentes instrumentos internacionales con una perspectiva de género hicieron evidentes los vacíos, las exclusiones y las inconsistencias que ponían en evidencia que los espacios privados como la familia y el ejercicio de la sexualidad, la reproducción y el hogar son campos de ejercicio de derechos en los cuales hay que establecer límites y controlar los desafueros del poder rompiendo así la dicotomía entre espacio público y privada. En materia de Educación de la Sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, con vistas a promover el cambio de las actitudes y concepciones culturales profundamente arraigadas respecto a las relaciones entre los géneros y contribuir a la flexibilización de los roles estereotipados. Desde esta óptica, entre los acuerdos de Beijing+5 (Nueva York, 2000) ⁸

VII. Diseño metodológico.

Tipo de estudio: Es descriptivo de corte transversal

Área de estudio: El estudio se realizó en el puesto de salud Rotterdam municipio de corinto limita:

Al Norte: Frente al hospedaje Vargas

Al Sur: Casa De Tomasa

Al Este: Comedor Leticia

Al Oeste: Mercado Central

Unidad de análisis: Fue cada una de las mujeres en edad fértil, que son atendidas en el puesto de salud distribuidas de la siguiente manera Sectores 7 30, Sector 8 20, El Chorizo 10, Los pescadores 27, y Barrio nuevo 33.

Población de estudio: Lo constituyeron 120 mujeres en edad fértil pertenecientes a los sectores antes mencionados y que pertenecen al puesto de salud Rotterdam.

Fuente de información

Fuente primaria: Los datos se obtuvieron de primera mano, a través de una encuesta la cual fue aplicada a cada participante.

Fuente secundaria: Fueron los datos registros de expediente, ficha de Dispensarización y registro del censo gerencial.

Variable de estudio:

Variable independiente: Rol de género

Variable dependiente: Acceso a los servicios de Salud.

Criterios de inclusión: Mujeres en edad fértil, que residen en los sectores que atiende el puesto de salud Rotterdam, que tenga un tiempo de vida conyugal estable mayor de 2 años, tengan al menos dos hijos y deseen participar en el estudio.

Procedimientos de recolección de datos: Para la recolección de los datos se visitó la unidad de salud, se solicitó autorización a la dirección del puesto de salud, y a las participantes del estudio, se les dio a conocer sobre el consentimiento informado se pidió, la autorización para participar en el estudio. La recolección de

la información fue través de una encuesta, la que contenía preguntas cerradas, que midan las variables de estudio y se proporcionó a cada participante de forma personal por medio de una visita domiciliar.

Instrumento de recolección de datos: Dicho instrumento consta de cinco secciones la primera sobre los datos generales de las participantes del estudio, la segunda sobre los datos de la pareja, la tercera sobre los aspectos sexuales y de reproducción, la cuarta sobre rol de género relacionado a la salud sexual y reproductiva y el acceso a los servicios de salud y la quinta incluye aspectos sobre la información sobre la salud sexual y reproductiva.

Prueba piloto: Se realizó una prueba piloto a diez pacientes con las mismas características de los sujetos participantes que no formen parte de la población de estudio, se aplicó el instrumento de recolección de los datos que permitió realizar la evaluación de redacción de las preguntas, comprensión del vocabulario, y posterior a ello realizó los ajustes correspondientes.

Procesamiento y Análisis de información: Después de recolectar la información esta se registró de forma digital, a través del paquete estadístico SPSS, se registró los datos, para facilitar la tabulación de estos. Para el procesamiento se realizó medidas de tendencia central (Frecuencias y porcentajes, media y moda), por ser un estudio descriptivo solo se determinó cuáles son las variables de mayores porcentajes presente en los resultados y se contrastaron con la teoría citadas en el marco teórico. Los datos se representaron a través de tablas y gráficos, para su mayor comprensión.

Consideraciones éticas: Consentimiento informado Apegado a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, sobre principios éticos para las investigaciones en seres humanos. (Ratificadas en 52 asamblea general Edimburgo, Escocia, octubre 2000).

Derechos del paciente:

1. El paciente será informado con claridad antes de obtener el consentimiento informado por escrito.
2. El paciente tiene derecho de retirarse del estudio en cualquier momento de este sin que afecte la relación médico paciente.
3. El paciente tiene derecho a que se resguarde su privacidad, la información que el investigador obtenga por encuesta y se mantendrá en extrita confidencialidad.

Riesgo de participar en la investigación: No existe ninguno

Anonimato: La encuesta es anónima, no se compartirá la información a personas que no estuvieran involucradas con la investigación.

VIII. Resultados

I. Datos Sociodemográficos.

En relación a los datos sociodemográficos de las participantes del estudio se encontró en relación a la edad de las participantes del estudio entre los 18-22 años 10 (8.3%) y la de su pareja 6(5%), la de 23-28 años 64 (53.3%) y la de sus parejas 36 (30%), las de 29-34 40 (33.3%) y la de su pareja 52(43%), las de 35-40 años 4 (3.3%) y la de su pareja 24 (20%) y las del grupo de 41-45 años 2 (16%) y la de sus parejas 2(2%).

Con respecto a la religión que profesan las participantes 69(57%) son católicas y su pareja 82(68.3%), las participantes son evangélicas 31 (26%) y su pareja 22(18.3%) y otras las 20 (17%) los profesan las participantes del estudio y 16(13.3%).

Con respecto a la procedencia los 120 (100%) son del área urbana, tanto las participantes como sus parejas.

En cuanto a la escolaridad no presentan estudios las participantes 3(3%) y sus parejas 19(16%), poseen escolaridad primaria 40 (33%) por parte de las participantes y 54(45%) su pareja. 61(51%) de las participantes tienen secundaria, 40(33%) su pareja, y 16(13%) de las participantes tiene escolaridad universitaria y 7(6%) su pareja.

Con respecto a la actividad laboral de las participantes 77(64%) son amas de casa, 4(3%) estudian, 12(10%) trabajan en casa, 27(23%) trabajan fuera de casa, y con respecto a la actividad laboral de la pareja 9(7%) está desempleado, 18(15%) trabaja por cuenta propia, 36(30%) es obrero y 57(48%) empleado. (Ver anexo tabla N°1).

II Aspectos sexuales y reproductivos de las participantes del estudio

En relación al número de hijos de las participantes del estudio se encontró que 66(55%) tienen 2 hijos, 44(36%) tienen 3 hijos, 8(7%) 4 hijos, y 2(2%) tienen 5 hijos. (Ver anexo tabla N°2).

En relación a los años de estar juntos a las parejas de las participantes se encontró que 73(61%) tienen de 2-5 años de vida conyugal, 32(27%) de 6-10 años y 15(13%) de 10-13 años. (Ver anexo grafico N°1),

Con respecto a los aspectos reproductivos 70(58%) fue su primera pareja la actual y 50(42%) no, 30(25%) tienen hijos de pareja anterior, y 90 (75%) no, 26(22%) sus hijos fueron planeados y 94(78%) no. (Ver anexo grafico N°2).

III. Rol de genero relacionado a la salud sexual y reproductiva

Con respecto al rol de genero relacionado a la salud sexual y reproductiva, se encontró que el apoyo por parte de la pareja es recibido siempre 13(11%), a veces 48(40%) y nunca 59(49%).

En relaciona al apoyo de la pareja en el cuido de los niños se encontró que lo hace 4 (3%) siempre, 84(70%) a veces y nunca 32(27%), la carga doméstica impide asistir a sus chequeos 68(57%) refiere que sí y 52(43%) que no. en relación a si su pareja le prohíbe realizarse el Papanicolaou 30(25%) se lo prohíbe y 90(75%) no. (Ver anexo tabla N°3).

Con relación a la decisión del número de hijos 44(37%) deciden ambos el número de hijos y 76(63%) no, en relación a expresar las necesidades de salud a su pareja 95(79%) lo expresa y 25(21%) no.

En relación a mostrar interés su pareja por el control de salud de las participantes del estudio se encontró que 68 (57%) si se interés y 52(43%) no, 78(65%) son escuchadas por su pareja cuando comparten sus necesidades prioritarias de salud su 42(35%) no. (Ver anexo grafico N°3).

III. Rol de genero relacionado a la salud sexual y reproductiva

Con respecto a si elige el método de planificación familiar solo 30(25%) lo elige, 90(75%) no, solo 19(16%) conoce las ventajas del método de planificación familiar utilizado y 101(84%) no, el 100% de las participantes han planificado alguna vez, y la duración ha sido de 1 año 9(8%), 1 año y ½ 29(24%), 2 años 25 (21%), 3 años 30(25%) 3 años y ½ 8(7%), 4 años 10(8%) y de 5 a más años 9(7%). (Ver anexo tabla N°4).

IV. Acceso a los servicios de salud relacionados a la salud sexual y reproductiva.

En relación a su asistencia a la atención a escondidas 48(40%) asisten a escondidas y 72(60%) no, 115(96%) refiere ser atendida con privacidad y 5(4%) no. 119 (99%) es recibida con cortesía por la persona que la atiende y (1%) refiere que no, 120(100%) refieren tener una atención satisfactoria en relación a lo que esperaba.

118(98%) refieren encontrar durante la atención un ambiente iluminado y confortable y 2(2%) refieren que no. 120(100%) consideran que el tiempo de espera es aceptable, en cuanto a las Barreras que impiden la toma de papanicolaou se encontró que 50(42%) refieren la vergüenza, 30(25%) el tiempo disponible, 10(8%) siente que a su pareja no le gusta y 30 (25%) la pareja se lo prohíbe. (Ver anexo tabla N°5).

En relación a la información sobre salud sexual y reproductiva en relación a la información recibida sobre la importancia de toma de papanicolaou se encontró que 116(97%) la recibe y 4(3%) no, 120 (100%) recibe información sobre la importancia de la planificación familiar y 101 (84%) recibe información sobre los derechos sexuales y reproductivos y 9 (16%) no. (Ver anexo gráfico 4)

V. Reacción o actitud de la pareja cuando asiste a atención de su salud

Con respecto a la reacción de la pareja cuando asisten a atención de su salud las participantes del estudio refirieron 10(8%) se enoja cuando mencionan el tema y 110(92%) no, 20(17%) refieren que es pérdida de tiempo y 100(83%) no, 19(16%) dicen que no es necesario que asistan y 101(84%) no, 2(2%)

no le habla durante el día, 118(98%) no, 60(50%) no quiere que muestre sus partes a nadie y 60(50%) no, 20(17%) refiere que a nada va, que está sana y 100(83%)no, 20(17%) refiere que es perder el tiempo y 100(83%)no, 5(4%) refiere que no puede dejar la casa sola y 115(96%) no, 12(10%) refiere quien vera los niños y 108 (90%) no, y 6(5%) refieren que tienen mucho que hacer y 114(95%) no refiere nada. (Ver anexo Tabla N°. 6)

IX. Análisis y discusión de datos

Caracterización sociodemográfica de las participantes del estudio.

En relación a los datos sociodemográficos de las participantes del estudio se encontró en relación a la edad de las participantes del estudio que la edad de más predominio es entre los 23 -28 años, seguido de las de 29-34 años y la de su pareja la que más se destaca es la de 29-34 seguida de 23-28 años.

Con respecto a la religión que profesan tanto en las participantes como en sus parejas profesan en su mayoría la religión católica. Ambos son de procedencia urbana.

En cuanto a la escolaridad es mayor predominio de secundaria en las participantes del estudio no así en las parejas hay predominio de escolaridad primaria, cabe destacar que no tener estudios es mayor en las parejas que en las participantes del estudio.

Con respecto a la actividad laboral de las participantes la mayoría son amas de casa, seguido de las que trabajan fuera de la casa, en cuanto a la actividad laboral de la pareja la mayoría tiene empleo, seguido de obrero

En relación al número de hijos la mayoría tienen de 2 hijos, seguidos de 3, con un intervalo de 5 años de ser parejas en su mayoría, seguido de las de 5-10.

La mayoría fue su primera pareja la actual y no tienen hijos de pareja anterior, no obstante, en su mayoría los hijos no fueron planeados.

Alfonso refiere que el nivel educativo no sólo influye en las posibilidades de integración laboral, y cultural de las mujeres, sino que incide de modo significativo en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, en la toma de decisiones autónomas e informadas acerca de su sexualidad, la planificación del número de hijos y su espaciamiento, el empleo de métodos anticonceptivos seguros, el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles.

En este estudio es una desventaja nivel instruccional es bajo de las participantes y más aún las de sus parejas es menor lo que influye de forma negativa en el cambio de actitudes y concepciones culturales profundamente arraigadas respecto a las relaciones entre los géneros y roles estereotipados.

Rol de la pareja ante las necesidades de salud sexual y reproductiva de la mujer

Con respecto al rol de género relacionado a la salud sexual y reproductiva, se encontró que el apoyo por parte de la pareja es recibido en su mayoría es nunca.

El apoyo de la pareja en el cuidado de los niños es brindado en su mayoría solo a veces, seguido de nunca, en la mayoría la carga doméstica les impide asistir a sus chequeos. A pesar que la mayoría no le prohíba realizarse el Papanicolaou.

El informe del trabajo sobre el Manual de trabajo interinstitucional sobre salud sexual reproductiva en Escenarios Humanitario en 2006 refiere que la falta de apoyo que reciben de su pareja. Obedece a la socialización patriarcal la cual limita la capacidad de acción de las mujeres que, aunque posean información adecuada sobre los riesgos y opciones para cuidar de su salud, no les es posible optar libremente sobre cómo cuidar de sus propios cuerpos. P.ej; “recibir el permiso’ para realizarse el examen de Papanicolaou.

En el presente estudio a pesar que la prohibición no se destaca, la carga doméstica como impedimento a asistir a los chequeos si predomina y la falta de apoyo es marcada en las parejas de las participantes lo que influye de forma negativa a hacer uso de los servicios de salud a pesar de no tener limitaciones para el acceso.

En su mayoría no deciden el número de hijos que formara la familia.

La mayoría expresa las necesidades de salud a su pareja y muestra interés su pareja por el control de salud y son escuchadas por su pareja cuando comparten sus necesidades prioritarias de salud.

Con respecto a la elección del método de planificación familiar la mayoría no lo hace, ni conocen las ventajas del método de planificación familiar utilizado, todas han planificado alguna vez, en su mayoría y la duración ha sido de 3 años seguido de 1 año y ½.

El Ministerio de Salud, en su estrategia nacional de salud sexual y reproductiva señala que los roles en las relaciones de pareja deben fluir de modo que se asuman solo cuando sea necesario, facilitando que ambos miembros de la pareja se sientan con permiso de manifestar sus necesidades. Estos se aprenden en el hogar de origen y en el contexto cultural en que se crece. Cada miembro de la pareja debe evaluar los roles y expectativas que tiene frente a su cónyuge y ajustarlos a las necesidades reales de la pareja. En el presente estudio el rol de género fluye de forma parcial, por la falta de autonomía en decisiones vinculadas a las necesidades de salud sexual y reproductiva que compromete de una u otra manera el bienestar pleno de la mujer.

Acceso a los servicios de salud relacionados a la salud sexual y reproductiva.

Cerca de la mitad asisten a la atención a escondidas, la mayoría de las participantes son atendidas con privacidad, cortesía, y refieren tener una atención satisfactoria en relación a lo que esperada.

En su mayoría refieren encontrar durante la atención un ambiente iluminado y confortable y todas las participantes consideran que el tiempo de espera es aceptable, y la mayor barrea que impiden la toma de papanicolaou es la vergüenza, tiempo disponible, la pareja se lo prohíbe.

En relación a la información sobre salud sexual y reproductiva relacionada se encontró que casi todas las participantes del estudio han recibido la información sobre la importancia de toma de papanicolaou y planificación familiar y sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Alfonso refiere que el acceso a los servicios de salud, en particular en las mujeres comprende, el acceso a información, servicios y apoyo en tomar decisiones informadas y autónomas sobre su salud y aspectos de su vida reproductiva entre

estos las medidas mínimas preventivas y de atención en el hogar, conocimiento adecuado para tomar decisiones basadas en información. Ser atendidas con privacidad, respecto y confidencialidad es importante que el profesional de enfermería dialogue con las usuarias sobre sus necesidades y ofrecer información completa, veraz y oportuna. Requeridas con base a la realidad de las mujeres en términos de creencias culturales, tradiciones y limitaciones.

En el estudio las mujeres refieren recibir la información requerida y se sienten satisfecha con la atención brindada no obstante sus limitaciones son de origen conyugal es la pareja, condiciones del hogar las que impiden el uso de los servicios de salud y la autonomía en la toma decisiones.

Reacción o actitud de la pareja cuando asiste a atención de su salud

Con respecto a la reacción de la pareja cuando asisten a atención de su salud las participantes refirieron un poco más de la mitad la reacción de no querer que muestre a nadie sus partes.

Prendes señala que, las mujeres que no reciben apoyo de sus compañeros son más propensas a no realizarse un Papanicolaou, debido a que se ven socialmente obligadas a 'vivir a la sombra de decisiones machista'. sus parejas conciben su cuerpo como un espacio 'prohibido' ni en ambiente institucionalizado y profesionalizado como son los Centros de Salud. Esto conlleva a que muchas de las mujeres sientan que deben de pedir permiso u autorización. La aptitud de su pareja tiene grado de influencia por desinformación que percibida de las mujeres en los varones. En este estudio la reacción más destacada por la pareja fue no mostrar a nadie sus partes, lo que es un elemento importante en inicio de la cascada de reacciones que influyen negativamente en garantía de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

X. Conclusiones

Con respecto a la caracterización sociodemográfica de las participantes del estudio se encontró que el intervalo de edad que más predominó fue el de 23-28 años, la mayoría son católicas, el nivel instruccional es mayor que el de sus parejas, el analfabetismo es mayor en sus parejas. La mayoría son amas de casa seguido de las que trabajan fuera.

El rol de la pareja ante las necesidades de salud sexual y reproductiva de la mujer encontrado fue no planeación de los hijos, no ser decisión de ambos el número de hijos a tener.

Falta de apoyo en las labores domésticas

La carga doméstica es impedimento para asistir a sus chequeos

No eligen el método de planificación familiar, ni conocen sus ventajas.

El acceso a los servicios de salud relacionados a la salud sexual y reproductiva se encontró que es adecuado, por las siguientes razones:

Es atendida con privacidad, cortesía, y considera satisfactoria la atención. No obstante, para la toma de Papanicolaou está marcada por las barreras de la vergüenza, tiempo disponible, y prohibición de la pareja.

XI. Recomendaciones

Al personal de enfermería

Fortalecer a través de medios visuales la información sobre: planificación familiar, derechos reproductivos, toma de Papanicolaou (su importancia y consecuencias de la no realización) Y a su vez promover el acceso a información de calidad que contribuya a romper paradigmas culturales (prohibiciones) enfocados a mejorar la asistencia a las evaluaciones de necesidades de salud de la mujer.

Promover la responsabilidad compartida, y educar en temáticas de inequidades de género y el reconocimiento de estas. Y como repercuten de forma importantes en la salud de la mujer.

En las consejerías hacer hincapié en mensajes cortos pero solidos sobre planificación familiar y los chequeos sistemáticos.

En las visitas domiciliarias integrar a las parejas y motivarlos a la comunicación con sus cónyuges y educarlos sobre el protagonismo de ambos en la toma de decisiones en lo que a salud sexual y reproductiva se refiere.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Kitzinger Sheila Las costumbres y creencias culturales sobre el nacimiento. Derechos culturales en la salud sexual y reproductiva - FCI/Bolivia & Interarts, 2008.
2. Disponible www.sheilakitzinger.com/MiM/2B.thm
3. Rodríguez A.S. Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100010&lng=es.
4. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013.
5. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaría de Salud. Género y Salud Reproductiva. "Una introducción para tomadores de decisiones" Guadalajara México, ISBN 970-721-233-02005.
6. Organización de las naciones unidas para la igualdad de genero (ONU_MUJER 2016)
7. Tapia Martínez H, Gonzales Hernando C. Puebla Nicolás E. Influencia de determinantes de género en la anticoncepción de estudiantes de Enfermería y Obstetricia mexicanas México 2016.
8. Ministerio de Salud, Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Actuar hoy, para asegurar un futuro mejor para todos ISBN 9 Velásquez Uriel "Nicaragua
9. Alfonso Rodríguez A.C "Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres" Revista Cubana de Salud Pública versión On-line ISSN 1561-3127 v.32 n.1 Ciudad de La Habana. 2006
10. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Dirección General de Salud Pública. Política Nacional de la Salud Sexual y reproductiva, UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas Bogotá 2010.

11. Ministerio de Salud, Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Actuar hoy, para asegurar un futuro mejor para todos ISBN 978-99924-9. apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Managua 2008.
12. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Educación de la Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva. 2010.
13. Robledo, C. y Rojas, M. Género: Salud y enfermedad. Elementos para entender su relación. *Revista CONAMED*, 9 (1), pp. 12-18. 2004.
14. Prendes Labrada M de C, Arias Z.A, Guibert Reyes W. Lescay Megret O. "Participación de los hombres en la Planificación Familiar" *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2001;17(3):216-21.
15. Pro-Familia Guía temática en salud sexual y reproductiva para periodistas y comunicadores. 2012
16. Aranda Rivas M.C, Huaman Huaman, Irma, Reyes Bazalar E. "Salud sexual y reproductiva con perspectiva de género, Facultad de Ciencias Médicas – Obstetricia, Universidad Santiago Antúnez de Mayolo 2009.
17. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaría de Salud. Género y Salud Reproductiva. "Una introducción para tomadores de decisiones" Guadalajara México, ISBN 970-721-233-02005.
18. Manual de trabajo interinstitucional sobre salud sexual reproductiva en Escenarios Humanitario Revisión 2006 para informe de trabajo. El Grupo de Trabajo Interinstitucional agradece al gobierno de Australia por su apoyo en la producción de este manual de trabajo. 2006.
19. Almendarez Peralta Juan. Mph, Martínez Granera Benito. BcsN. Olivares Morales Marissa et al. Lo que piensan las mujeres conocimientos y percepciones sobre el cáncer de cuello uterino y la realización del Papanicolau en Nicaragua. MOVICANCER Nicaragua. Fundación.
20. Alfonso Rodríguez A.C "Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres" *Revista Cubana de Salud Pública* versión On-line ISSN 1561-3127 v.32 n.1 Ciudad de La Habana. 2006.

XIII. Anexos

I . Datos Sociodemográficos.

Tabla N°1. Datos Sociodemográficos de las participantes del estudio.

Datos generales de los participantes del estudio					
Edad de los participantes del estudio			Edad de la pareja de las participantes		
Edad	n°	%	Edad	n°	%
18-22	10	8.3	18-22	6	5
23-28	64	53.3	23-28	36	30
29-34	40	33.3	29-34	52	43
35-40	4	3.3	35-40	24	20
41-45	2	1.6	41-45	2	2
Total	120	99.8	Total	120	100
Religión de las participantes			Religión de la pareja de los participantes		
Religión	n°	%	Religión	n°	%
Católica	69	57	Católica	82	68.3
Evangélica	31	26	Evangélica	22	18.3
Otras	20	17	Otras	16	13.3
Total	120	100	Total	120	99.9
Procedencia de las participantes			Procedencia de la pareja de los participantes		
Procedencia	n°	%	Procedencia	n°	%
Urbana	120	100	Urbana	120	100
Escolaridad de las participantes			Escolaridad de la pareja de las participantes		
Escolaridad	n°	%	Escolaridad	n°	%
Sin estudios	3	3	Sin estudios	19	16
Primaria	40	33	Primaria	54	45
Secundaria	61	51	Secundaria	40	33
Universitaria	16	13	Universitaria	7	6
Total	120	100	Total	120	100
Actividad laboral de las participantes			Actividad laboral de la pareja de las participantes		
Actividad laboral	n°	%	Actividad laboral	n°	%
Ama de casa	77	64	Desempleado	9	7
Estudia	4	3	Cuenta propia	18	15
Trabaja en casa	12	10	Obrero	36	30
Trabaja fuera de casa	27	23	Empleado	57	48
Total	120	100	Total	120	100

Fuente: La Encuesta

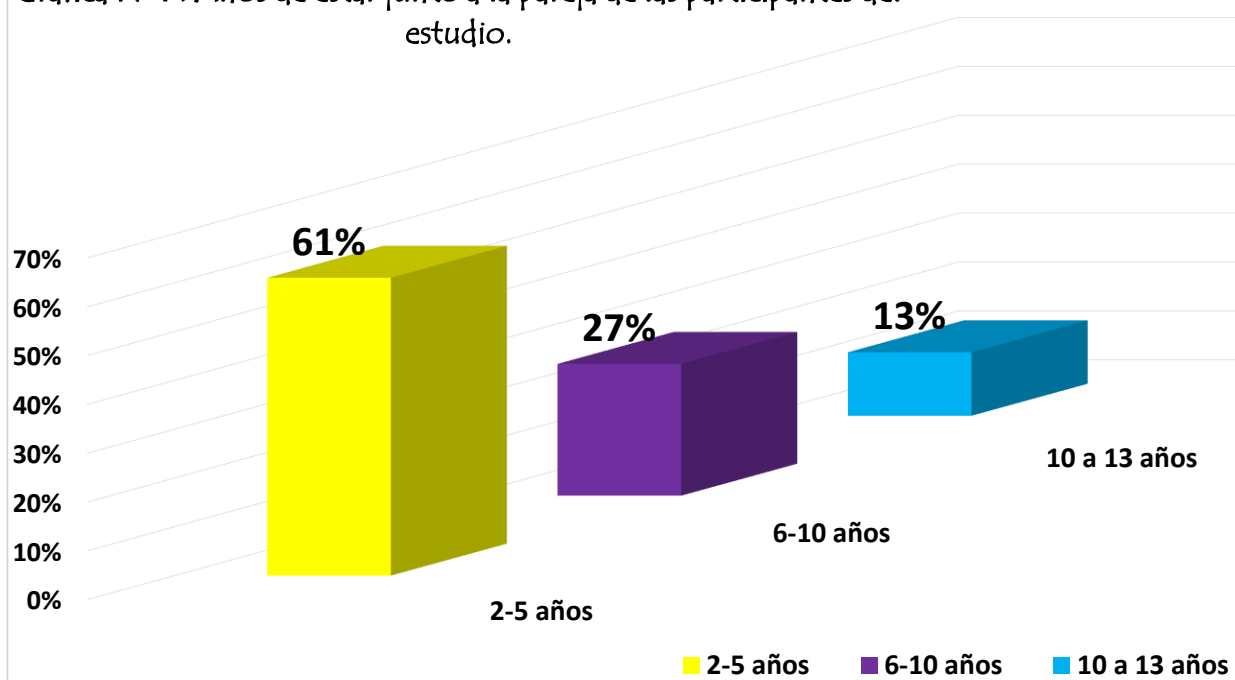
Aspectos Sexuales y reproductivos de las participantes del estudio

Tabla N° 2. Número de hijos de las participantes del estudio

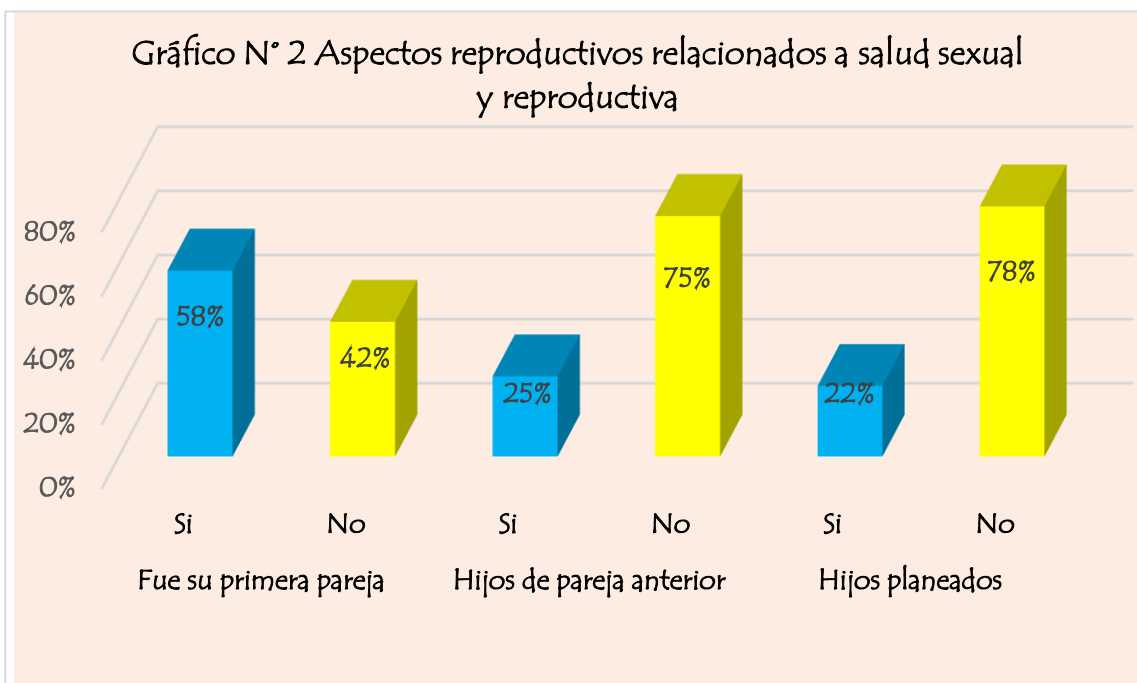
Número de hijos:		
N° Hijos	n°	%
2	66	55
3	44	36
4	8	7
5	2	2
Total	120	100

Fuente: La Encuesta

Gráfica N° 1 . Años de estar junto a la pareja de las participantes del estudio.



Fuente: La Encuesta



Fuente: La Encuesta

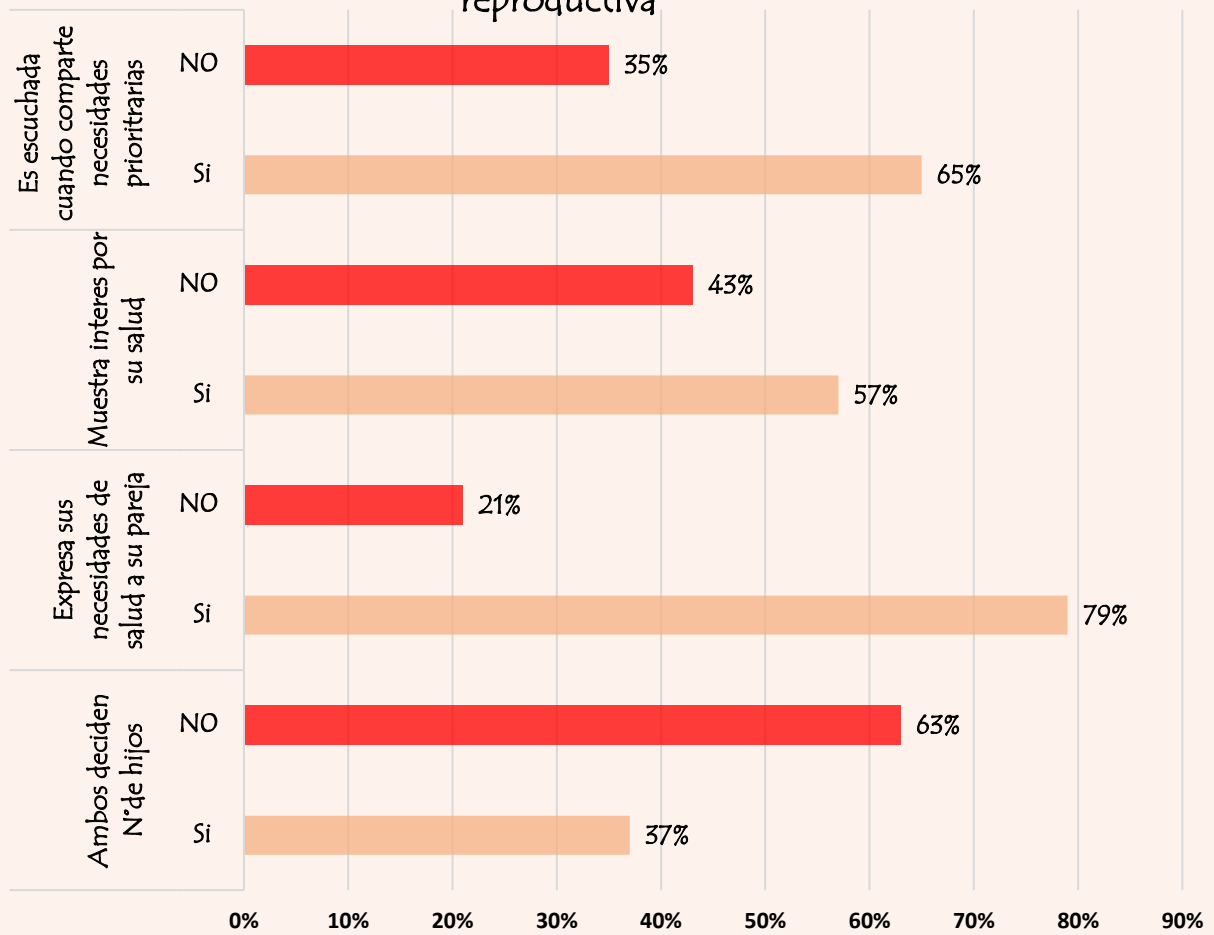
II. Rol de genero

Tabla N° 3. Rol de genero relacionado a la salud sexual y reproductiva

Recibe apoyo de la pareja	n°	%
Siempre	13	11
A veces	48	40
Nunca	59	49
Total	120	100
Cuida de los niños en su ausencia	n°	%
Siempre	4	3
A veces	84	70
Nunca	32	27
Total	120	100
La carga domestica impide asistir a sus chequeos	n°	%
Si	68	57
No	52	43
Total	120	100
Su pareja le prohíbe realizarse el Papanicolaou	n°	%
Si	30	25
No	90	75
Total	120	100

Fuente: La Encuesta

Gráfico N° 3. Rol de género relacionado a la salud sexual y reproductiva



Fuente: La Encuesta

Tabla N° 4. Rol de genero relacionado a la salud sexual y reproductiva

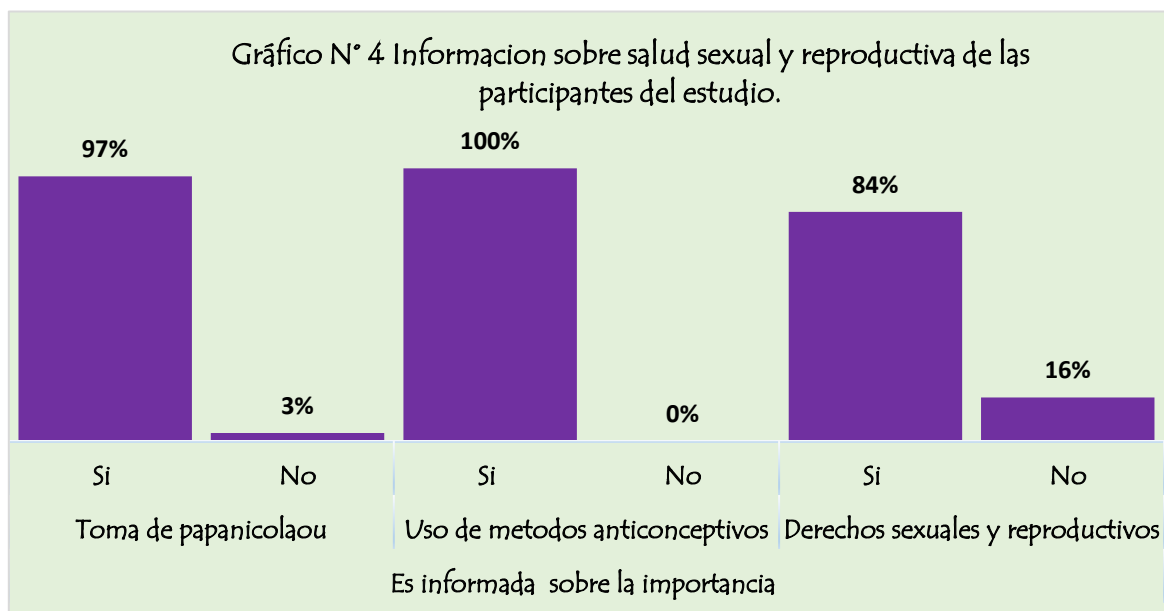
Elige el método de planificación familiar utilizado	n°	%
Si	30	25
No	90	75
Total	120	100
Conoce las ventajas del método de planificación familiar utilizado	n°	%
Si	19	16
No	101	84
Total	120	100%
Ha planificado alguna vez	n°	%
Si	120	100
Total	120	100
Duración en años	n°	%
1 año	9	8
1 año y 1/2	29	24
2 años	25	21
3 años	30	25
3 años y 1/2	8	7
4 años	10	8
5 a mas	9	7
Total	120	100

Fuente: La Encuesta

Tabla N° 5. Acceso a los servicios de salud relacionados a la salud sexual y reproductiva.

Asiste a su atención a escondidas	n°	%
Si	48	40
No	72	60
Total	120	100
Es atendida con privacidad	n°	%
Si	115	96
No	5	4
Total	120	100
Es recibida con cortesía por la persona que la atiende	n°	%
Si	119	99
No	1	1
Total	120	100
La atención es satisfactoria en relación a lo que esperaba	n°	%
Si	120	100
Total	120	100
El ambiente es iluminado y confortable	n°	%
Si	118	98
No	2	2
Total	120	100
El Tiempo de espera es aceptable	n°	%
Si	120	100
Total	120	100
Barreras que impiden la toma de papanicolaou	n°	%
Vergüenza	50	42
Tiempo disponible	30	25
Siente que a su pareja no le gusta	10	8
La pareja se lo prohíbe	30	25
Total	120	100

Fuente: La Encuesta



Fuente: La Encuesta

Tabla N°. 6. Reacción o actitud de la pareja cuando asiste a atención de salud

Se enoja cuando menciono el tema	n°	%
Si	10	8
No	110	92
Total	120	100
Que es pérdida de tiempo	n°	%
Si	20	17
No	100	83
Total	120	100
No es necesario	n°	%
Si	19	16
No	101	84
Total	120	100
No habla todo el día	n°	%
Si	2	2
No	118	98
Total	120	100
No quiere que muestre a nadie sus partes	n°	%
Si	60	50
No	60	50
Total	120	100
A nada vas, estas sana	n°	%
Si	20	17
No	100	83
Total	120	100
Vas a perder tiempo	n°	%
Si	20	17
No	100	83
Total	120	100
No puede dejar la casa sola	n°	%
Si	5	4
No	115	96
Total	120	100
Quien vera los hijos	n°	%
Si	12	10
No	108	90
Total	120	100
Tienes mucho que hacer	n°	%
Si	6	5
No	114	95
Total	120	100

Fuente: La Encuesta

Instrumento de recolección de datos

Rol de la pareja y accesibilidad de mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva.

Solicitamos de la colaboración para recolectar los datos necesarios para conocer “El rol de género y acceso a los servicios de salud, relacionados a la salud sexual y reproductiva, su colaboración será de apoyo para nuestro trabajo de investigación.

I. Datos generales de la participante:			
Edad: /___/___/	Escolaridad:	Actividad laboral:	Procedencia
Religión: ☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Otra	☐ Sin estudios ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitaria	☐ Ama de casa ☐ Estudia ☐ Trabaja en la casa ☐ Trabaja fuera de la casa	☐ Urbana ☐ Rural
II. Datos de su pareja:			
Edad: /___/___/	Escolaridad:	Actividad laboral:	Procedencia
Religión: ☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Otra	☐ Sin estudios ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitaria	☐ Desempleado ☐ A cuenta propia ☐ Obrero ☐ Empleado	☐ Urbana ☐ Rural
III. Aspecto sexuales y reproductivos:			
Años de estar juntos: /___/___/	Fue su primera pareja:		
Número de hijos: /___/___/	☐ Si ☐ No		
Tiene hijos de pareja anterior ☐ Si ☐ No	Los hijos fueron planeados ☐ Si ☐ No		
IV. Rol de genero relacionado a la salud sexual y reproductiva			
Recibe apoyo de la pareja en las labores domésticas.	Su pareja cuida de los niños en su ausencia ☐ Siempre A veces ☐ Nunca ☐		

☐ Siempre A veces ☐ Nunca ☐		
La carga doméstica es impedimento para asistir a sus chequeos de su salud ☐ Si ☐ No	Su pareja realiza prohibiciones para asistir a la toma de Papanicolaou: ☐ Si ☐ No	
IV. Rol de genero relacionado a la salud sexual y reproductiva		
Ambos deciden el número de hijos que formaran la familia ☐ Si ☐ No	Usted expresa sus necesidades de salud a su pareja ☐ Si ☐ No	
4.1 Su pareja:		
Muestra interés por el control de su salud ☐ Si ☐ No	Escucha cuando comparte necesidades prioritarias de salud. ☐ Si ☐ No	
Elige el método de planificación familiar utilizado por usted ☐ Si ☐ No	Conoce las ventajas del MPF utilizado por usted ☐ Si ☐ No	Ha planificado alguna vez ☐ Si ☐ No Duración: Años /__/_/ Meses /__/_/
V. Acceso a los servicios de salud relacionado a la salud sexual y reproductiva		
Asiste a su atención de salud a escondidas de su pareja: ☐ Si ☐ No	Es atendida con privacidad ☐ Si ☐ No	
Es recibida con cortesía por la persona que le atiende ☐ Si ☐ No	¿Considera que la atención recibida fue satisfactoria en relación a lo que esperaba? ☐ Si ☐ No	
El ambiente es iluminación y confortable	El tiempo de espera es aceptable	

☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Barreras que impiden la toma de Papanicolaou. ☐ Vergüenza ☐ Es realizado por un varón ☐ Tiempo Disponible ☐ Siente que a su pareja no le gusta ☐ La pareja se lo prohíbe	

VI. Información sobre salud sexual: Usted es informada de		
La importancia de toma de Papanicolaou ☐ Si ☐ No	La importancia del uso de los métodos de planificación familiar ☐ Si ☐ No	
Los derechos sexuales y reproductivos: Si ☐ No ☐		
VII. Reacción o actitud de su pareja cuando asiste en busca de atención de salud		
Se enoja cuando menciono el tema ☐ Si ☐ No	Refiere que es pérdida de tiempo ☐ Si ☐ No	No es necesario que vayas ☐ Si ☐ No
No habla en todo el día ☐ Si ☐ No	No quiere que muestre a nadie sus partes ☐ Si ☐ No	
A nada vas, estas sanas ☐ Si ☐ No	Solo vas a perder el tiempo ☐ Si ☐ No	No podes dejar la casa sola ☐ Si ☐ No
Quien vera los chavalos ☐ Si ☐ No		Tienes mucho que hacer ☐ Si ☐ No

Consentimiento informado

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Facultad de Ciencias Médicas

UNAN-LEON



Estimadas participantes nuestros más cordiales saludos, mi nombre es Jahaira Junieth Méndez Briceño soy estudiante egresada de UNAN-LEON.

Por este medio les pido su participación en el estudio investigativo que lleva como título “Rol de la pareja y acceso a los servicios de salud que influyen en la sexual y reproductiva en las mujeres en edad fértil” La información que me brindara será totalmente confidencial y los resultados serán solo para fines de estudio no es necesario que revelen sus nombres solamente se colocaran un código a cada una de las participantes para poder registrar de forma ordenada el registro de la información brindada y la participación es voluntaria.

Sin más a que referirme me despedido de ustedes agradeciendo de antemano su participación.

Nombre de la Paciente