

2014

Poder de decisión y autonomía de la mujer en el uso de  
métodos de planificación familiar

Sandra Sánchez Méndez



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Enfermería

Poder de decisión y autonomía de la mujer en el uso de  
métodos de planificación familiar

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta

Lic. Sandra Sánchez Méndez

Santiago de Querétaro, Qro. Noviembre 2014



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Enfermería  
Maestría en Ciencias de Enfermería

**PODER DE DECISIÓN Y AUTONOMÍA DE LA MUJER EN EL USO DE  
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR  
TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias de Enfermería

**Presenta:**  
Lic. Sandra Sánchez Méndez

**Dirigido por:**  
Dra. Alicia Álvarez Aguirre

**SINODALES**

Dra. Alicia Álvarez Aguirre  
Presidente

  
Firma

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón  
Secretario

  
Firma

Dra. Aurora Zamora Mendoza  
Vocal

  
Firma

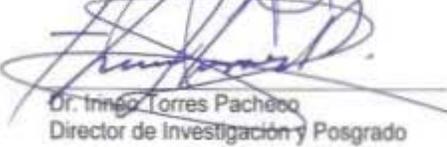
Dra. Beatriz Garza González  
Suplente

  
Firma

MCE. Mercedes Sánchez Perales  
Suplente

  
Firma

  
MCE. Gabriela Palomé Vega  
Director de la Facultad

  
Dr. Inés Torres Pacheco  
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario  
Querétaro, Gro.  
Noviembre 2014  
México

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre el poder de decisión y la autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación. **Material y Métodos:** enfoque cuantitativo, diseño transversal correlacional, se determinó el tamaño de muestra con un nivel de confianza de 95%, participaron 211 usuarias de un hospital de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, quienes dieron respuesta a la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENPLAF 95). La colecta de datos se realizó de manera personal en el cubículo de las usuarias sin la presencia de la pareja o de familiares. La información se procesó en el programa SPSS v 17, el análisis fue por objetivos y se aplicó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** 90% de las participantes tuvieron un nivel intermedio de poder de decisión respecto a cuantos hijos tener, como criar a los hijos, que gastos cotidianos realizar, que amigos/parientes visitar y cuando tener relaciones. Por otra parte, respecto al nivel de autonomía de las mujeres participantes, 83.4% se encuentra en la categoría de no autónomas, es decir requieren del permiso de su pareja para salir sola o con los hijos, hacer gastos cotidianos, visitar amigas-parientes, trabajar o estudiar, usar métodos anticonceptivos y participar en actividades comunitarias. Respecto a la relación entre el poder de decisión y la autonomía de la mujer, se encontró significancia estadística entre ambas variables ( $r=.190$ ,  $p<.001$ ) además entre cuántos hijos tener y uso de métodos anticonceptivos ( $r=.222$ ,  $p<.001$ ) y que gastos realizar con hacer gastos cotidianos ( $r=.296$ ,  $p<.001$ ). **Conclusiones:** los resultados permiten inferir que el empoderamiento es entendido como el proceso por medio del cual las mujeres incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno sin embargo, las decisiones sobre planificación familiar en lo que se refiere a las prácticas de contracepción se toman en cuenta los patrones familiares tradicionales apoyadas en valores morales y religiosos

**(Palabras claves:** empoderamiento femenino, autonomía de la mujer y planificación familiar)

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship between the decision-making and autonomy in women in family planning methods. **Materials and Methods:** quantitative approach, correlational cross-sectional design, sample size was determined at the 95% confidence level, 211 users from a hospital of the Ministry of Health of the State of Hidalgo participated. They answered the National Survey on Family Planning Methods (NSFPM 95). Data were collected in a direct and personal way at the users' cubicle without the presence of their couple or relatives. Information was processed with SPSS statistical package v 17, analysis was performed through objectives and descriptive and inferential statistics were applied. **Results:** 90% of the participants had an intermediate level of decision making in matters such as how many children to have, how to raise their kids, the kind of expenses, Friends/relatives to visit and the frequency of sexual intercourse. On the other hand, in reference to the level of autonomy of women, 83.4% falls into the category of not autonomous, meaning they require permission from their couple to go out, either alone, or with their children, to have daily expenses, to visit friends-relatives, to work, or to study, to use contraceptive methods and to participate in community activities. Referring to the relationship between decision making and autonomy on women, statistical significance between both variables was found ( $r=.190$ ,  $p<.001$ ); also between the number of children and the use of contraceptive methods  $r=.222$ ,  $p<.001$ ); and what daily expenses to have ( $r=.296$ ,  $p<.001$ ). **Conclusions:** results enable us to infer that empowering is understood as the process through which women increase their ability to decide their own lives and their environment. Nevertheless, in the matter of decisions on family planning related to contraceptive practices, family traditional patterns are taken into consideration, supported by moral and religious values.

**(Key words:** women empowerment, women autonomy and family planning)

## DEDICATORIAS

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía.

A mis padres Andrés y Susana a quien les debo la vida, les agradezco el cariño y su comprensión, a ustedes quienes han sabido formarme con sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

A mi esposo, mi compañero el gran amor de vida que es y será mi motivo para seguir adelante. Te amo Lino Javier Pérez Castro.

Leticia mi sobrina consentida, que es motor de mi vida para seguir adelante y me llena de alegría en los momentos difíciles.

## **AGRADECIMIENTOS**

A las autoridades del Hospital Obstétrico, Pachuca. por las facilidades brindadas para obtener el grado de maestría.

Por la intervención de las usuarias que participaron de manera voluntaria para la realización de esta investigación

Gracias a mis catedráticos de la Facultad de Enfermería por enseñarme y motivarme a ser mejor cada día porque gracias a ustedes soy lo que soy una profesionalista.

A todas mis compañeras de la 1ra. Generación de la Maestría de Pachuca; Hidalgo por su apoyo moral y su cariño.

A mi asesora de tesis por su colaboración en este peldaño más de mi trayectoria profesional y que sin conocerme vertió en mi todo su conocimiento y experiencia. Por su valiosos comentarios y aportaciones para concluir la tesis.

## ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del Problema	2
1.1 Justificación	4
1.2 Objetivos	6
1.3 Hipótesis	6
II. REVISIÓN DE LITERATURA	6
2.1 Equidad de Género	7
2.2 Empoderamiento Femenino	7
2.3 Autonomía de la mujer	9
2.4 Derechos Reproductivos	9
2.5 Planificación Familiar	10
2.6 Estudios Relacionados	11
III. METODOLOGÍA	15
3.1 Tipo y Diseño de Estudio	15
3.2 Universo y Muestra	15
3.3 Material y Métodos	16
3.4 Análisis de Datos	18
3.5 Ética del Estudio	19
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20
V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	30
LITERATURA CITADA	32
APÉNDICE	33

## INDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
4.1	Características de la muestra de estudio.	21
4.2	Características del poder de decisión de la mujer en el uso de métodos de planificación.	23
4.3	Poder de decisión de la mujer en el uso de métodos de planificación.	24
4.4	Características de la autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación.	25
4.5	Índices de autonomía de la mujer.	26
4.6	Autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación.	26
4.7	Relación entre el poder de decisión y autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación	27
4.8	Relación entre el poder de decisión de la mujer y sus características personales.	28
4.9	Relación entre autonomía y características personales.	29

## I. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia las mujeres han estado excluidas de la construcción de la cultura, el pensamiento, la política. Su contribución al desarrollo de sus países ha sido invisible y la conformación del modelo de desarrollo predominante ha sido ajena a sus experiencias y puntos de vista. Todo ello ha sido el resultado del dominio, la subordinación y racismo hacia las mujeres, cuyas diferencias respecto a los hombres fueron de la exclusión de la ciudadanía, de la política y del espacio público y la razón de su sujeción en el espacio privado.<sup>(1)</sup>

Motivo por el cual la mujer se incorpora al discurso y al análisis del concepto de género, esto implica establecer una distinción entre las características anatómicas y fisiológicas que define el sexo de las personas, con las consecuentes diferencias físicas entre hombre y mujeres, y las características sociales o de género, que aluden a las definiciones sociales de roles, comportamiento, actitudes y valores, que son internalizados mediante el proceso de socialización. Sin embargo la falta de reconocimiento en las actividades reproductivas y sus transformaciones, en el contexto de modernización de los países latinoamericanos es un obstáculo para el desarrollo y la autonomía de la mujer en materia de ampliación de derecho, su ciudadanía y su participación de poder. Por lo tanto, reconocer e integrar el ámbito reproductivo en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas y programas constituye la clave para avanzar hacia la equidad de género.<sup>(2)</sup>

En este contexto, hablar sobre la equidad de género en el uso de métodos de planificación familiar se ha obtenido escasa participación masculina en las decisiones y eventos reproductivos de las parejas, donde los programas de planificación familiar deben involucrar a la pareja al momento de dar educación para poder elegir, de manera informada, el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades para controlar su fecundidad y el espaciamiento de los embarazos.<sup>(3)</sup>

## Planteamiento del Problema

El uso de métodos de planificación familiar se ha convertido en uno de los determinantes principales de la fecundidad, ya que es una de las herramientas primordiales de control natal y se constituye como de los instrumentos más importantes con los que cuenta la población. <sup>(4)</sup>

Los países en vías desarrollo una de cada cuatro mujeres se encuentra entre los 15 a 49 años, es decir en edad reproductiva. De ellas, 867 millones no desearían quedar embarazadas, unas 645 millones están utilizando métodos modernos de anticoncepción y se calcula que unas 222 millones no usan ningún método moderno de anticoncepción, o utilizan métodos tradicionales y se encuentran con una necesidad insatisfecha de planificación familiar. <sup>(5)</sup>

En los países de América Latina y el Caribe el uso de anticonceptivos ha aumentado ampliamente en los últimos veinte años aunque de manera disímil por país como se ilustra a continuación:

En el 2006 en Perú con mujeres hospitalizadas en el Instituto Materno Perinatal, que tenían embarazos no deseados, se determinó que la principal razón para no usar métodos anticonceptivos era el temor por los efectos secundarios (92%), siendo la subestimación del riesgo de embarazo la segunda causa (71.6%), mientras que la oposición de la pareja al uso de algún método anticonceptivo determino un (22.5%) de necesidad insatisfecha en el uso de métodos anticonceptivos. La prevalencia actual del uso de métodos anticonceptivos ha variado entre las encuestas demográficas y de salud de Perú (ENDES) del año 2000(68.9%) y del 2012(75.5%). Sin embargo, el uso de métodos modernos se ha mantenido sin modificación en estos 12 años, siendo un 51% del total. <sup>(6)</sup>

En Colombia, se evidencia un conocimiento generalizado de los métodos modernos de anticoncepción así, el 99.8 %de las mujeres están al tanto de al

menos un métodos de planificación, incrementándose en las mujeres de todas las edades, encontrándose que específicamente el 78% de las mujeres casadas o unidas utilizan métodos de planificación; cifra que es del 81% para las mujeres no casadas o unidas pero sexualmente activas. Por departamento se observa que los que mayor nivel de uso de métodos modernos tienen son Bogotá (87%), Caldas (85.4%), Cundinamarca (84.1%), Quindío (83.0%) y Bogotá (82.5%) <sup>(4)</sup>

Sin embargo existen muchos factores que influyen en la elección de los métodos anticonceptivos, entre estos se puede mencionar los socioculturales, religiosos, éticos, equidad de género, la situación matrimonial entre otros, estos factores dificultad la comprensión de la información y aceptación de los métodos anticonceptivos, dentro de esto cabe destacar la cultura arraigada que existe en relación a que es la mujer quien debe usar la anticoncepción por temor a la pareja. <sup>(1)</sup>

Las actitudes y el comportamiento de las mujeres son factores importantes en la rápida disminución de la fecundidad y en el aumento espectacular en el uso de métodos anticonceptivos. El nivel educativo de la mujer muestra una relación positiva en relación al conocimiento sobre métodos <sup>(4)</sup>

Es importante mencionar que en la mayoría de las sociedades el hombre es el protagonista en la toma de decisiones, incidiendo en el comportamiento de la pareja con respecto a la procreación e influyendo en la selección o rechazo a la utilización de algún método para regular la fecundidad y de la necesidad de demostrar su hombría. <sup>(7)</sup>

Por consiguiente, el periodo posparto es una etapa de la vida productiva que ofrece una buena oportunidad para educar a las mujeres sobre la importancia que tiene el uso de algún método de planificación. Esto debido a que en su gran mayoría las pacientes egresan del hospital obstétrico sin métodos; del total de egresos en el año 2013 fue de 6033, de los cuales 3198 pertenecen a partos y 1733 cesáreas<sup>(8)</sup>, es importante mencionar que solo 1973 pacientes aceptaron

algún método de planificación como el Dispositivo intrauterino (DIU) y la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB);<sup>(9)</sup> sin embargo para la decisión sobre el uso de dichos métodos, es necesario que la mujer solicite la autorización de su pareja; por lo tanto surge la pregunta de investigación.

¿Cuál es el poder de decisión y la autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación en el Hospital Obstétrico de Pachuca, Hidalgo?

### **1.1. Justificación**

Los programas y políticas públicas en relación a la salud reproductiva han considerado a las mujeres como responsables del ámbito de la reproducción biológica, mientras que los hombres se les identifican como responsables de la reproducción social, cultural y pública. Además, concebir al género femenino como la única en enfrentar un hecho de suma dificultades y trascendencia como es la reproducción, se debería considerar que la equidad debe favorecer la igualdad de condiciones económicas, políticas y culturales que ambos sexos deben gozar de libertad y posibilidades de acceso a las decisiones para poder ejercer sus derechos y cumplir sus obligaciones.<sup>(10)</sup>

La planificación familiar significa en principio, lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir en número de hijos que sea tener además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable. Donde la orientación sexual y familiar forma parte de la planificación de la familia, lo que refuerza los vínculos conyugales, equilibrando las relaciones y dando oportunidad a que se comuniquen con su pareja y elijan libre y democráticamente el procedimiento más adecuado para controlar su fecundidad y preservar su salud reproductiva. Sin embargo, el número de mujeres que acude a consulta de planificación sigue siendo superior al de hombre, por lo tanto la responsabilidad fundamental de la anticoncepción recae sobre la mujer.<sup>(11)</sup>

Pero los procesos de transformación social y cultural que se tienden a manifestar en los roles e identidades del género producen cambios importantes y dinámicas culturales de manera fundamental y compleja al género. Donde la mujer tome la defensa del derecho de elegir libre e informada en relación al número de hijos y su espaciamento, derecho a la integridad física, decidir por su cuerpo, participar en forma plena y equitativa en la vida social, cultural y económica. Lo anterior en un contexto de su bienestar integral.<sup>(12)</sup>

A pesar de los programas de capacitación de planificación familiar, impartidos a las mujeres embarazadas en el Club del Embarazo del Hospital Obstétrico de Pachuca por el profesional de Enfermería que brinda información profesional para que la usuaria tome la elección de forma saludable y manteniendo la autonomía, la estadística de dicha unidad reporta la baja demanda del uso de métodos de planificación familiar y la nula participación de la pareja en este programa, esto quizás porque los hombres han depositado en las mujeres el control de la natalidad y la planificación familiar.

Por tal motivo fue necesario indagar sobre el poder de decisión y autonomía de las mujeres en el uso de métodos de planificación familiar a fin de que el profesional de enfermería rediseñe las intervenciones implementadas hasta este momento en dicho programa, que impacten en la pareja para aumentar el uso de métodos de planificación familiar enfocado al poder de decisión y autonomía de la mujer desde la equidad de género.

Además es necesario que la información proporcionada a las parejas sea suficiente, que no se queden con dudas sobre el método elegido y la eficacia del mismo. Por lo que la actuación del profesional de enfermería juega papel clave como educador en la consejería de planificación familiar.

## **1.2. Objetivos**

### General

Determinar la relación entre el poder de decisión y la autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación.

### Específicos

Identificar el poder de decisión y la autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación.

Relacionar el poder de decisión y la autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación con los datos sociodemográficos de las participantes.

## **1.3. Hipótesis**

H1: A mayor poder de decisión y autonomía de la mujer, mayor será el uso de métodos de planificación familiar en el Hospital Obstétrico, Hidalgo, México

H0: No existe relación con el poder de decisión y la autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación familiar en el Hospital Obstétrico de Pachuca, Hidalgo, México.

## **I. REVISIÓN DE LITERATURA**

En este apartado se aborda el referente conceptual y teórico que fundamenta el estudio. En primer lugar se presenta el tema de equidad de género y empoderamiento femenino, seguido de derechos reproductivos, planificación familiar y por último los estudios relacionados.

### **2.1. Equidad de género**

Al hablar de género no se refiere a hombres o mujeres sino, sobre todo, a las relaciones entre ellos y a la construcción social de dichas relaciones. Además, el género, pues se refiere no solo a las relaciones entre individuos en el ámbito personal, sino también a un conjunto complejo de normas y valores que permean los sistemas de organización y las estructuras sociales, tales como la salud, los sistemas legales y la religión. Donde las características construidas por la sociedad que se atribuyen a uno u otro sexo en el ámbito individual, asociándose a las esferas de actividad masculina y femenina en el nivel social, implica la falta de igualdad y de equidad entre géneros. <sup>(7)</sup>

Esta desigualdad está sentada 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 mujeres. <sup>(13)</sup>

### **2.2. Empoderamiento femenino**

La década de 1970 marco a nivel internacional el inicio de una nueva etapa en la lucha por la igualdad entre mujeres y hombre con los movimientos sociales feministas en los Estados Unidos; a mediados de los ochenta surge el enfoque de género en el desarrollo centrado en aspectos como el empoderamiento femenino como una solución a las simetrías de poder entre hombre y mujeres. <sup>(15)</sup>

El concepto de empoderamiento surge en el marco de la 4ta. Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Naciones Unidas celebrada en Beijing en 1995 en este contexto se reconoce la existencia de sistemas de género que conducen a situaciones de desigualdad y discriminación de la mujer y a través de los cuales se han ido creando roles y estereotipos de género configurados como construcciones sociales a lo largo de la historia de las sociedades, de esta forma surge y se construye como un proceso a través del cual, diferentes grupos sociales toman conciencia de su situación de vulnerabilidad y cambian su forma de actuar, percibir, participar en la sociedad para cambiar las estructuras sociales de la misma, por lo que nace y se desarrolla en el marco del desarrollo económico y social. <sup>(16)</sup>

Desde un punto de vista sociológico, el empoderamiento femenino se identifica como un proceso por medio del cual las mujeres incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno, lo que implica una evolución en la concientización de las mujeres sobre su estatus y su eficacia en las interacciones sociales.

Donde las condiciones de la vida de las mujeres tienen que estar diseñadas para contrarrestar las causas de la inferioridad femenina y de las relaciones de género desiguales que se encuentran arraigadas en la historia, la religión, la cultura, la psicología, las leyes, las instituciones políticas y las actitudes sociales.

Por lo tanto, empoderar a las mujeres para que participen plenamente en todos los sectores y a todos los niveles de la actividad económica resulta fundamental para crear economías fuertes; promover las prácticas y objetivos empresariales, mejorar la calidad de vida de las mujeres, de los hombres, de las familias y las comunidades. En ello radica la importancia del empoderamiento. <sup>(14)</sup>

### **2.3. Autonomía de la mujer**

La autonomía, capacidad de autodeterminación, es una regla fundamental de nuestra vida en común; sobre ella se fundan valores básicos que hoy son ampliamente compartidos, tales como la existencia de los derechos humanos universales. La mujer en cuanto a ser dotado de autonomía, posee derechos entre otros de disponer de su cuerpo.

El concepto de autonomía permite una indagación de la participación de las mujeres en decisiones, el cual no asume automáticamente un modelo de empoderamiento preestablecido como deseable, la autonomía implica la libertad, pero no necesariamente es una medida de poder. <sup>(17)</sup>

### **2.4. Derechos reproductivos**

Los derechos reproductivos comprenden: el reconocimiento básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre eso; disponer de la información de los medios para ello. Y alcanzar el nivel más elevados de salud sexual y reproductiva y adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. <sup>(18)</sup>

En la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, celebrada en Teherán en 1968, en la cual reconocía como un derecho humano básico la libertad de las personas para decidir el número de hijos que deseen tener y el momento para tenerlos; la Primera Conferencia Internacional de Población, celebrada en Bucarest en 1974, en la que tal derecho se incorporó a las discusiones sobre políticas de población y programas de planificación familiar; el reconocimiento en

1974, dentro de la Constitución mexicana, del derecho en cuestión, así como de la igualdad jurídica de hombre y mujeres. <sup>(19)</sup>

Los conceptos de salud sexual, salud reproductiva y derechos reproductivos en los lineamientos de políticas que se desarrollan a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en la ciudad del Cairo en 1994 considero el bienestar integral del ser humano, al reconocer la sexualidad reproducción como dimensiones importantes por ser satisfechas para la realización personal, y también con impacto en el desarrollo económico y social de los países del mundo; y en especial de las mujeres, de regular y controlar su propia fecundidad afecta la salud y el bienestar de las personas directamente involucradas, y no tener la posibilidad de decidir libremente sobre este campo constituye una violación a los derechos humanos. <sup>(12)</sup>

## **2.5. Planificación familiar**

Es uno de los temas más debatidos en el área de la salud reproductiva, por sus implicaciones sociodemográficas y económicas, y una de las actividades más importantes entre las que son objeto de acciones preventivas en el área de la salud por que proporcionan a las parejas la información y medios necesarios para cumplir su decisión de tener hijos de forma consciente y voluntaria, según la Organización Mundial de la Salud. <sup>(20)</sup>

Motivo por lo cual, indica la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar son de observación obligatoria en todas las unidades de salud, la cual comprende las siguientes actividades por parte del prestador: promoción y difusión; información y educación; la consejería; selección, prescripción y aplicación de métodos de planificación. Cuyo objetivo es unificar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México de tal manera que dentro de un marco

de absoluta libertad y respeto de decisión de los individuos y posterior a la consejería basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva. <sup>(21)</sup>

Por lo tanto los miembros del equipo de salud: médico, enfermera, trabajadora social, psicólogo, promotor o auxiliar de salud capacitado brindaran orientación-consejería; proporcionando información y conocimientos en salud sexual y reproductiva para la adopción de algún método de planificación que prevenga embarazos no planeados, pero con el absoluto respeto a la decisión.

Además de la importancia de un adecuado espaciamiento de los embarazos y como primera medida para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal

## **2.6. Estudios relacionados**

Estrada y Cols<sup>(22)</sup> llevaron a cabo una investigación con enfoque cuali-cuantitativo denominado: uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y su pareja, en el estado de Guanajuato, México. El objetivo fue identificar la diferencia en las características de salud reproductiva, con especial énfasis en las percepciones e ideas sobre las relaciones de género dentro de la pareja y el empoderamiento femenino, entre las mujeres de bajo nivel socioeconómico que acuden a servicios de planificación. En los resultados reportaron que el uso de servicios de Planificación Familiar se asoció positiva y significativamente con poder de decisión de la mujer (alto:  $RM=3.2$ ;  $IC95\% 1.4-7.4$ ); comunicación con la pareja para el uso de métodos de PF ( $RM =3.5$ ;  $IC95\% 1.4-9.3$ ), y número de embarazos en su vida ( $> 6$  hijos:  $RM =4.4$ ;  $IC95\% 1.4-13.8$ ).

González <sup>(23)</sup> en una investigación con enfoque cualitativo y cuantitativo denominada las prácticas contraceptivas de las mujeres de Xalapa, Veracruz, donde el objetivo fue analizar la influencia de los valores religiosos en el

comportamiento reproductivo y sexual. En los resultados describe que la edad de las participantes fue entre 24 y 41 años, 50% de la población estudiada había alcanzado un grado universitario, 33% fueron amas de casa y en muchos casos el matrimonio religioso fue acontecimiento reciente y posterior la unión libre o matrimonio civil. Se observa que las familias mexicanas operan con un modelo tradicional donde la mujer es responsable de la vida doméstica y el hombre funciona como proveedor de recursos económicos; nivel de escolaridad y nupcialidad se ponen en relieve el hecho de que prácticamente todas provienen de familias católicas. Respecto al uso de anticonceptivos en el total de entrevistas se observó que el 80% de las mujeres utilizaba algún tipo de planificación familiar, la distribución entre los métodos naturales y artificiales era de 36% y 64%, respectivamente.

Da Silva, Goncalves, Temer <sup>(20)</sup>; realizaron la investigación descriptiva cualitativa en mujeres que aguardaban la consulta en el programa de salud de la familia e tres unidades de salud del Municipio de Ilha Comprida de Sao Paulo, Brasil. Cuyo objetivo fue describir el comportamiento de las mujeres en relación a la planificación familiar y analizar si tal comportamiento tiene influencia cultural. Obteniendo los siguiente resultados: en relación a la responsabilidad de las mujeres, el cuidado de los hijos y el control de la fecundidad todavía son considerados por la sociedad, e incluso por las propias mujeres, como una función femenina que excluye al hombre de la responsabilidad de la contracepción, de igual las decisiones sobre planificación familiar en lo que se refiere a las prácticas de contracepción se toman teniendo en cuenta los patrones familiares que están apoyados de valores morales y religiosos tradicionales. Y donde el comportamiento adoptado por las mujeres está centrado en la responsabilizar a la mujer, así como la educación y la cultura de la continuidad de la relación de género, en la que el hombre es el proveedor y el decide, y la mujer la que sirve y obedece.

Vargas, Henao y González <sup>(24)</sup> realizaron un estudio en la Universidad de los Andes de Bogotá, Colombia, cuyo objetivo fue la toma decisiones sexuales y

reproductivos en la adolescencia obteniendo los siguientes datos con respecto al estilo de toma de decisiones sexuales sugiere que algunos adolescentes toman decisiones con un estilo lógico, racional y sistemático utilizando estrategias planeadas cuidadosamente con un clara orientación hacia el futuro. Revelando que en los adolescentes y sus parejas predomina el estilo dependiente (personas significativas padres, amigos y figuras de autoridad) y el basado en el uso de estrategias intuitivas o espontaneas en función de los sentimientos mutuos y teniendo en cuenta sus propios intereses, creencias, actitudes, valores y metas.

Aguayo y Lamelas<sup>(15)</sup>, analizaron el empoderamiento femenino en América Latina desde la perspectiva de los informes de Desarrollo Humanos de Naciones Unidas cuyo objetivo fue medir el empoderamiento femenino en América Latina desde un índice de potenciación de género, es decir el nivel de oportunidad de las mujeres. En los resultados los mayores porcentajes de población femenina con nivel de secundaria o superior se localizan en Cuba (73.9%), Chile (67.3%) y Panamá (63.5%) mientras que los menores porcentajes se encuentran en Guatemala (15.6%), Haití (22.5%) y Nicaragua (30.8). Pese a los avances obtenidos en la participación femenina en la educación, persisten importantes desigualdades según género en este indicador en países como Perú (57.6%), Haití (22.5%), Nicaragua (30.8%), Bolivia (55.1%) y México (55.8%).

Ripoll, Martínez y Giraldo<sup>(25)</sup>, analizaron las experiencias de padres y madres biológicas en familias constituidas al tomar decisiones en relación con la crianza de los hijos en Bogotá, Colombia.

Con respecto a la autonomía de madres y padres biológicos se observó que las madres mostraron preferencia por manejar de manera autónoma algunas de las responsabilidades relacionadas con la disciplina y el monitoreo de sus hijos, el involucramiento en la crianza de los hijos ocupa un lugar central en la vida de las madres. Por lo tanto, esta tendencia de las madres a mantener la autonomía y control sobre las decisiones relacionadas con la crianza de sus hijos podría

explicarse también a partir de la teoría del ciclo vital de la familia aplicada a los cambios en las relaciones familiares, donde los padres reconocieron que toman decisiones autónomas sobre los hijos, no se identificó el mismo sentido de responsabilidad y necesidad de permanecer involucrados en la vida cotidiana de los hijos.

Casique<sup>(26)</sup> realizó el análisis en datos provenientes de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2003), elaborada por el Instituto Nacional de las Mujeres en 11 estados de México. Con los objetivos de identificar el papel que juega la propiedad y otros recursos en el nivel del poder de decisión de las mujeres mexicanas e indagar el posible efecto que tienen los recursos y la propiedad en manos de las mujeres sobre su riesgo de experimentar diversos tipos de violencia. En los resultados mostro, que en torno a la vinculación entre recursos y poder de decisión en la familia de las mujeres evidencia el potencial de diversos recursos económicos y sociales como elementos que definitivamente favorecen un mayor poder de decisión, también es cierto que son las variables de naturaleza socio-cultural las que parecen desempeñar el papel más determinante en la definición del poder de decisión de la mujer.

### III. METODOLOGÍA

En este capítulo se presentan los métodos y técnicas utilizadas en el desarrollo de la investigación, en un primer momento se describe el tipo y diseño de estudio, universo y muestra, instrumentos y procedimientos además del análisis y consideraciones éticas.

#### 3.1. Tipo y Diseño de Estudio

El tipo de estudio fue transversal cuantitativo con un diseño descriptivo correlacional. Transversal, ya que se recolectaron los datos en un solo momento, en un tiempo único y correlacional porque el propósito es describir la interrelación de las variables poder de decisión y la autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación de estudio. <sup>(22)</sup>

#### 3.2. Universo y Muestra

El universo se conformó por el total de pacientes que egresaron en el periodo Mayo-Junio de 2013 del servicio de hospitalización del Hospital Obstétrico de Pachuca; Hidalgo. La unidad de análisis fueron las pacientes que recibieron atención en el servicio de hospitalización de puerperio fisiológico y quirúrgico

El muestreo fue de tipo probabilístico, se calculó el tamaño de muestra a partir de la fórmula para poblaciones finitas:  $n = \frac{NZ^2pq}{(N-1) e^2 + Z^2pq}$  donde se consideró un nivel de confianza de 95% obteniendo una muestra de 211 participantes. La selección de las participantes fue voluntaria, de las pacientes que se encontraban por egresar, en turno matutino y vespertino, del servicio de hospitalización de puerperio fisiológico y quirúrgico en el Hospital Obstétrico de Pachuca; Hidalgo.

### *Criterios de inclusión*

Se consideró como criterios de inclusión a las usuarias atendidas en el Hospital Obstétrico de Pachuca; Hidalgo, en edad fértil, con vida sexual activa y que tuvieran pareja en el momento de la colecta de datos. Además de que proporcionaran su consentimiento por escrito.

### *Criterio de exclusión*

Como criterio de exclusión se estableció la condición de salud de las usuarias que le impidiera contestar este instrumento. En este estudio ninguna de las usuarias cumplió con este criterio.

### *Criterio de eliminación*

Los criterios de eliminación fueron que las usuarias tuviesen un procedimiento de histerectomía y no terminar de responder el cuestionario

## **3.3 Material y Métodos**

### Instrumentos de recolección

Se aplicó la Encuesta Nacional de Planificación Familiar de 1995 (ENAPLAF 95), dicha encuesta contiene 14 ítems que valoran el poder de decisión y la autonomía de la mujer respecto a su pareja, así como la fecundidad y uso de anticonceptivos, que permite explorar las relaciones empoderamiento femenino y anticoncepción.

En la dimensión poder de decisión, la ENAPLAF 95 incluye cinco preguntas: respecto a quién en la pareja (el esposo, la mujer o ambos) toma la decisión referida: a) cuántos hijos tener; b) como criarlos; c) que gastos cotidianos realizar; d) que familiares o amigos visitar y e) cuando tener relaciones sexuales.

Asumiendo que cada categoría de respuestas representa un nivel distinto de poder, se asignó el valor (1) cuando el esposo sólo toma la decisión, (2)

cuando la decisión es tomada por los dos y (3) cuando la decisión es tomada por la mujer.

Los autores reportan una validez de 0.78 por Alpha Cronbach. El índice de decisión de poder se obtuvo a partir de la sumatoria de los valores de cada una de las preguntas. Los valores de este índice van de cinco para aquellas mujeres cuyos maridos toman todas las decisiones solas a 15 para aquellas mujeres que toman todas las decisiones solas. La sumatoria se interpretó como bajo poder si el valor índice es de 5 a 8, de poder intermedio para un valor índice de 9 a 11 y alto poder si el valor índice es de 12 a 15.

Respecto a la dimensión de Autonomía, la ENAPLAF incluye **nueve** preguntas referidas a si la mujer pide o no permiso al esposo para realizar distintas actividades: salir sola, salir con los hijos, hacer gastos cotidianos, visitar amigas, visitar familiares, trabajar, estudiar, usar anticonceptivos y participar en actividades sociales. Este índice posee una confiabilidad de 0.77 <sup>(17)</sup>

Para cada una de estas variables se asignó uno de dos posibles valores, (0) si la mujer pide permiso y (1) si no pide permiso, el supuesto es que aquellas mujeres que no requieren el permiso de su esposo para realizar una actividad dada son autónomas en esa área, mientras que aquella que pide permiso no lo son.

La adición de los valores para cada una de estas nueve dimensiones permite crear un índice de autonomía de la mujer, que proporciona una aproximación de su nivel general de autonomía respecto a sus esposos. Los valores de este índice van de 0 a 9, representando el cero en caso de aquellas mujeres que necesitan permiso de sus esposos para cada una de las nueve actividades consideradas, mientras que el valor nueve representa los casos de las mujeres que no piden permiso para ninguna de estas nueve actividades.

### *Plan de recolección de datos*

Previo a iniciar con la recolección de datos se contó con la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro. Seguido a esto, se solicitó la autorización del Comité de Enseñanza e Investigación del Hospital, de igual manera se gestionó con el Director de dicha unidad hospitalaria, así como al Jefe del departamento de Enfermería.

Posterior a la autorización, se aplicó el instrumento a usuarias que se encontraban por egresar en el servicio de hospitalización con diagnóstico de puerperio fisiológico y quirúrgico que cumplieron con los criterios de inclusión, es importante mencionar que se aplicó en los turnos matutino y vespertino, esto porque son los horarios de egreso en el Hospital Obstétrico.

Para la recolección de datos se realizó de manera personal en el cubículo de las usuarias sin la presencia de la pareja o de familiares; con la finalidad de respetar su privacidad.

### **3.4 Plan de análisis**

Para procesar los datos del estudio se construyó una base de datos en el programa SPSS Ver. 17, en la que se verificó la calidad de los datos previo al análisis. El análisis de datos se realizó por objetivos e hipótesis, para el objetivo que identificó el poder de decisión y la autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación, se utilizó estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes. En el objetivo que describió la relación del poder decisión y la autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación con las características sociodemográficas, se manejó estadística inferencial: coeficiente de correlación de Pearson, considerando un nivel de significancia de 0.05. En relación a la hipótesis que estableció: no existe relación con el poder de decisión y la autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación familiar en el

Hospital Obstétrico de Pachuca, Hidalgo, México la relación, se probó por coeficiente de correlación de Pearson, aun nivel de significancia de 0.05.

### **3.5. Ética del estudio**

Esta investigación estuvo sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Se respetó en todo momento la confidencialidad de los datos obtenidos durante el desarrollo de la investigación, siendo aprobado el presente estudio por el Comité local de investigación del Hospital Obstétrico de Pachuca, Hidalgo, apegándose a las normas de la Ley General de salud de la República Mexicana 2007, Artículo 13 apartado I, Artículo 17 apartado III, Artículo 23, Artículo 96 apartado II, Artículo 100 apartado I y V relativo al vínculo entre causa de enfermedad, la práctica médica y el desarrollo de investigación en salud y, de la Declaración de Helsinki 1964 enmendada en el año 2004, en sus apartados que hacen referencia al respeto a todos los seres humanos para proteger su salud y derechos individuales, así como en la atención especial que se debe prestar a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismo, y a la participación voluntaria e informada acerca de los objetivos y métodos de estudio.<sup>(27)</sup>

#### IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se encuestaron a 211 mujeres que se encontraban en el servicio de hospitalización del Hospital Obstétrico de Pachuca Hidalgo. En el momento de dar respuestas a las preguntas la pareja de la mujer no se encontraba presente. La edad promedio de las participantes fue de 23.68 años ( $DE=5.45$ ). Inicialmente se presentan los resultados de las características de la muestra, seguido del poder de decisión y autonomía. Finalmente se presenta las relaciones entre poder de decisión, autonomía con las variables personales.

En el cuadro 4.1 se muestra el perfil sociodemográfico de las participantes del estudio donde 57.8% pertenece a la zona urbana, respecto al nivel académico el 55% contaba con estudios de educación básica (secundaria), el 74.4% refirió estado civil de unión libre y en relación a la religión el 83.4% se identificó como católicos. El dato de la edades de las participantes son similares a lo reportado por González <sup>(23)</sup> quién estudio las prácticas contraceptivas de las mujeres católicas en Xalapa, Veracruz (México) y a lo escrito por Estrada, et, al. <sup>(7)</sup> quienes investigaron el uso de servicios de planificación familiar de la Secretaria de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. Se puede inferir que las participantes nacieron en un contexto favorable a la planificación familiar, ya que desde 1993 se cuenta con la Norma Oficial Mexicana 005 de los servicios de planificación familiar.

En relación al dato de nivel educativo este fue de secundaria, esto podría influir en el proceso de empoderamiento femenino, donde la educación desempeña un destacado papel, los mayores logros en este ámbito inducen a una mayor participación de las mujeres en todas las esferas de actividad en este caso en el uso de métodos de planificación familiar. Diversos autores muestran evidencia de la contribución de la educación femenina a la percepción de mayores riesgos, a la reducción de la fertilidad, entre otros. <sup>(15)</sup>

Por otra parte la religión de las participantes en su mayoría fueron católicas, este dato podría influir en la autonomía de la mujer para el uso de métodos anticonceptivos, ya que las decisiones sobre la práctica de contracepción se toman teniendo en cuenta los patrones familiares que están apoyados en valores morales y religiosos tradicionales. Además de la naturaleza conservadora de las posturas religiosas frente a los roles de género y el papel subordinado de las mujeres que desde ellas se fomenta. <sup>(20)(26)</sup>

Cuadro 4.1 Características de la muestra de estudio

Variable	f	%
Zona de residencia		
Urbana	122	57.8
Rural	89	42.2
Nivel Educativo		
Ninguno	3	1.4
Primaria	20	9.5
Secundaria	116	55.0
Preparatoria	62	29.4
Licenciatura	10	4.7
Estados Civil		
Soltero	54	25.6
Unión Libre	157	74.4
Religión		
Católica	176	83.4
Protestante	2	.9
Evangelista	22	10.4
Sin religión	9	4.3
Otro	2	.9

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos  $n=211$

El cuadro 4.2 muestra la proporción de las características del poder de decisión de la mujer, donde nueve de cada diez refirió que es la mujer quien toma la decisión de cuantos hijos tener y cuando tener relaciones sexuales, ocho de cada diez dijo que es la mujer quien toma la decisión referido a como criar a los hijos y que amigos/parientes visitar y siete de cada diez expuso que es la mujer quien toma la decisión de que gastos cotidianos realizar. Estos datos son similares a lo reportado por Da Silva<sup>(19)</sup> quién en su estudio sobre comportamientos de

mujeres y sus parejas referente a la planificación familiar reportó que es la primera responsabilidad de las mujeres, mostro que el cuidado de los hijos y el control de la fecundidad todavía son considerados por la sociedad y por las propias mujeres como funciones femeninas y a lo descrito por Estrada y cols<sup>(7)</sup> quienes encontraron mayor proporción de mujeres que toman la decisión referida a cuando tener relaciones sexuales. Esto como lo han señalado diversos estudios cualitativos que hay ciertos aspectos de cuidado de los hijos y de la casa que las mujeres no necesariamente desean compartir con sus parejas en tanto encuentran en ellos espacios de poder femeninos a la vez que fuentes de satisfacción emocional. <sup>(22)</sup>

Por otra parte los resultados son diferentes a lo descrito por Ripoll-Nuñez y cols<sup>(25)</sup> donde reportaron que padres y madres toman decisiones de manera independiente en relación a la crianza de los hijos.

Cuadro 4.2 Características del Poder de decisión de la mujer en el uso de métodos de planificación

Reactivos	f	%
Quién toma en la pareja las decisiones referido a cuantos hijos tener	3	1.4
Pareja	197	93.4
Mujer	11	5.2
Ambos		
Quién toma en la pareja las decisiones referido a como criar a los hijos	7	3.3
Pareja	189	89.6
Mujer	15	7.1
Ambos		
Quién toma en la pareja las decisiones referido a que gastos cotidianos realizar		
Pareja	12	5.7
Mujer	165	78.2
Ambos	34	16.1

Continuación

Quién toma en la pareja las decisiones referido a que gastos cotidianos realizar		
Pareja	12	5.7
Mujer	165	78.2
Ambos	34	16.1
Quién toma en la pareja las decisiones referido a que amigos/parientes visitar		
Pareja	6	2.8
Mujer	173	82.0
Ambos	32	15.2
Quién toma en la pareja las decisiones referido a cuando tener relaciones sexuales		
Pareja	3	1.4
Mujer	198	93.8
Ambos	10	4.7
Fuente: Subescala de poder de decisión		n=211

En el cuadro 4.3 se muestra la proporción del nivel de poder de decisión de la mujer, donde nueve de cada diez tiene un nivel intermedio de decisión respecto a las dimensiones evaluadas: cuantos hijos tener, como criar a los hijos, que gastos cotidianos, que amigos/parientes visitar, cuando tener relaciones. Datos diferentes a lo reportado por Estrada y cols<sup>(7)</sup> quienes encontraron mayor proporción de mujeres con nivel alto de poder de decisión. En este sentido se puede entender que el poder de decisión se fortalece en la medida en que las mujeres pueden decidir cuantos hijos tener, como criar a los hijos, que gastos cotidianos, que amigos/parientes visitar y cuando tener relaciones.

Cuadro 4.3 Poder de decisión de la mujer en el uso de métodos de planificación

Poder de decisión	f	%
Bajo	3	1.4
Intermedio	190	90
Alto	18	8.5
Fuente: Subescala de poder de decisión		n=211

El cuadro 4.4 muestra las características de la autonomía de la mujer, donde cinco de cada diez requieren del permiso de la pareja para usar métodos anticonceptivos y para trabajar, seis de cada diez requiere del permiso de la pareja para salir sola, para realizar los gastos cotidianos y estudiar, siete de cada diez requiere del permiso de la pareja para salir con los hijos y ocho de cada diez requiere de permiso de la pareja para participar en actividades comunitarias, visitar amigas y parientes. Datos diferentes a lo reportado por González quién reportó que 18.7% es el hombre quien decide el uso de métodos anticonceptivos. (23)

Cuadro 4.4 Características de la autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación

Variable	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
La mujer requiere del permiso de la pareja para salir sola	84	39.8	127	60.2
La mujer requiere del permiso de la pareja para salir con los hijos	49	23.2	162	76.8
La mujer requiere del permiso de la pareja para hacer gastos cotidianos	76	36.0	135	64.0
La mujer requiere del permiso de la pareja para visitar amigas	36	17.1	175	82.9
La mujer requiere del permiso de la pareja para visitar parientes	23	10.9	188	89.1
La mujer requiere del permiso de la pareja para trabajar	98	46.4	113	53.6
La mujer requiere del permiso de la pareja para estudiar	65	30.8	146	69.2
La mujer requiere del permiso de la pareja para usar métodos anticonceptivos	105	49.8	106	50.2
La mujer requiere del permiso de la pareja para participar en actividades comunitarias	42	19.9	169	80.1

El cuadro 4.5 muestra los índices de los valores para cada una de las nueve dimensiones. La adición de las dimensiones permite crear un índice de autonomía de las mujeres, que proporciona una aproximación de su nivel general de autonomía respecto a sus parejas. Los valores de este índice va de 0 a 9, representando cero el caso de aquellas mujeres que necesitan el permiso de sus parejas para realizar cada una de las nueve actividades consideradas, mientras que el valor de nueve representa los casos de las mujeres que no piden permiso para ninguna de estas nueve actividades.

4.5 Índices de Autonomía de la mujer

Índice	<i>f</i>	%
.00	7	3.3
1.00	4	1.9
2.00	6	2.8
3.00	10	4.7
4.00	16	7.6
5.00	27	12.8
6.00	27	12.8
7.00	33	15.6
8.00	46	21.8
9.00	35	16.6

Fuente: Subescala de autonomía

*n*=211

El cuadro 4.6 muestra el nivel de autonomía de las mujeres participantes, donde el 83.4% se encuentra en la categoría de no autónomas. Esto refleja y responde a los valores e ideas que sostienen los miembros de las parejas respecto de lo que debe ser el papel de cada uno en la familia. <sup>(16)</sup> En el caso de la mujer es la responsable de la crianza de los hijos y las labores domésticas, para

realizar actividades fuera del hogar como salir con los hijos, visitar familiares y estudiar, así como el uso de métodos anticonceptivos requiere del permiso de la pareja.

Cuadro 4.6 Autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación

Autonomía	<i>f</i>	%
Autónomas	35	16.6
No autónomas	176	83.4

Fuente: Subescala de autonomía *n*=211

El cuadro 4.7 muestra la relación entre el poder de decisión y la autonomía de la mujer, donde el poder de decisión referido a cuantos hijos tener se relaciona significativamente con el permiso de la pareja para usar métodos anticonceptivos ( $r=.222, p<.001$ ) y participar en actividades comunitarias ( $r=.166, p<.05$ ). Además el poder de decisión referido a que gastos cotidianos realizar se relaciona significativamente con el permiso de la pareja para hacer gastos cotidianos. Asimismo el poder de decisión referido a que amigos o parientes visitar se relaciona significativamente con el permiso de la pareja para visitar parientes ( $r=.207, p<.05$ ) y con el permiso de la pareja para estudiar ( $r=.197, p<.05$ ). Además al relacionar los índices de las variables poder decisión y autonomía se encontró significancia estadística ( $r=.190, p<.05$ )

Cuadro 4.7 Relación entre Poder de decisión y autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación

Poder de decisión referido a/Autonomía por área	salir sola	salir con los hijos	hacer gastos cotidianos	visitar amigas	visitar parientes	trabajar	estudiar	usar métodos anticonceptivos	participar en actividades comunitarias
Cuantos hijos tener	.044 (.523)	.038 (.587)	<b>.189</b> <b>(.006)</b>	.063 (.360)	.049 (.482)	.100 (.148)	.097 (.161)	<b>.222</b> <b>(.001)</b>	<b>.166</b> <b>(.016)</b>
Como criar a los hijos	.095 (.170)	.065 (.345)	.027 (.698)	-.066 (.338)	-.055 (.430)	.079 (.250)	.014 (.840)	.030 (.665)	.021 (.758)
Que gastos cotidianos realizar	.055 (.425)	.121 (.079)	<b>.296</b> <b>(.001)</b>	.041 (.555)	.107 (.121)	.080 (.245)	.080 (.250)	.056 (.416)	.029 (.671)
Que amigos/parientes visitar	.074 (.286)	.084 (.225)	.078 (.260)	.101 (.143)	<b>.207</b> <b>(.002)</b>	.067 (.333)	<b>.197</b> <b>(.004)</b>	.043 (.532)	-.028 (.689)
Cuando tener relaciones sexuales	-.010 (.890)	.071 (.303)	-.100 (.147)	-.094 (.173)	-.016 (.815)	-.107 (.123)	-.120 (.083)	-.021 (.765)	-.079 (.254)

Fuente: Subescala de Poder de decisión y autonomía

$n=211$

El cuadro 4.8 muestra la relación entre el poder de decisión de la mujer con las características personales de las participantes, donde se encontró una relación significativa entre el poder de decisión referido a que gastos cotidianos realizar con el nivel de escolaridad ( $r=.171$ ,  $p<.05$ ). En relación al poder de decisión referido a cuando tener relaciones sexuales se encontró una relación significativa con las variables nivel de escolaridad ( $r=-.185$ ,  $p<.05$ ) y religión ( $r=.144$ ,  $p<.05$ ).

Cuadro 4.8 Relación entre Poder de decisión de la mujer y sus características personales

Poder de decisión referido a/Autonomía por área	Zona de Residencia	Nivel de escolaridad	Estado civil	Religión
Cuantos hijos tener	-.129 (.062)	.118 (.088)	-.040 (.566)	.029 (.680)
Como criar a los hijos	-.101 (.143)	.031 (.652)	.037 (.593)	.023 (.737)
Que gastos cotidianos realizar	-.110 (.110)	<b>.171</b> <b>(.013)</b>	.040 (.559)	-.095 .169
Que amigos/parientes visitar	.048 (.492)	.028 (.688)	.078 (.259)	.087 (.206)
Cuando tener relaciones sexuales	-.038 (.585)	<b>-.185</b> <b>(.007)</b>	-.010 (.889)	<b>.144</b> <b>(.037)</b>

Fuente: Subescala de Poder de decisión

$n=211$

El cuadro 4.9 muestra la relación entre autonomía y las características personales de las participantes, donde se encontró una relación significativa entre la variable nivel educativo con requerir permiso de la pareja para salir con los hijos ( $r=.148$ ,  $p<.05$ ), hacer gastos cotidianos ( $r=.199$ ,  $p<.05$ ), visitar parientes ( $r=.205$ ,  $p<.05$ ), usar métodos anticonceptivos ( $r=.156$ ,  $p<.05$ ) y participar en actividades comunitarias ( $r=.187$ ,  $p<.05$ ). En relación a la zona de residencia se relaciona significativamente con el requerir permiso de la pareja para usar métodos anticonceptivos ( $r=-.244$ ,  $p<.001$ ). Datos similares a lo reportado por Casique quien encontró que el indicador de autonomía da cuenta en efecto que, en su ausencia, atribuimos a sus años de escolaridad.

Cuadro 4.9 Relación entre autonomía y características personales

Autonomía por área	Zona de Residencia	Nivel de escolaridad	Estado civil	Religión
Salir sola	-.109 (.114)	.114 (.098)	.011 (.872)	-.062 (.367)
Salir con los hijos	-.098 (.154)	<b>.148</b> <b>(.032)</b>	.012 (.864)	-.110 (.112)
Hacer gastos cotidianos	-.079 (.254)	<b>.199</b> <b>(.004)</b>	-.078 (.259)	-.001 (.984)
Visitar amigas	-.072 (.299)	.130 (.059)	-.006 (.929)	.003 (.969)
Visitar parientes	-.009 (.894)	<b>.205</b> <b>(.003)</b>	<b>-.135</b> <b>(.049)</b>	-.002 (.978)
Trabajar	-.090 (.194)	.192 (.005)	-.111 (.109)	.014 (.837)
Estudiar	-.095 (.168)	.075 (.277)	.032 (.643)	-.082 (.233)
Usar métodos anticonceptivos	<b>-.244</b> <b>(.001)</b>	<b>.156</b> <b>(.023)</b>	.025 (.723)	-.045 (.519)
Participar en actividades comunitarias	<b>-.127</b> <b>(.066)</b>	<b>.187</b> <b>(.006)</b>	-.048 (.492)	.031 (.649)

Fuente: Subescala de Poder de decisión y autonomía

$n=211$

## V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El estudio permitió explorar la relación que existe entre las variables de poder de decisión y autonomía de la mujer, donde el poder de decisión referido a cuantos hijos tener se relaciona significativamente con el permiso de la pareja para usar métodos de planificación familiar. Por lo tanto, el empoderamiento femenino parece ser decisivo en la reproducción, en este sentido el empoderamiento es entendido como el proceso por medio del cual las mujeres incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno, sin embargo las decisiones sobre planificación familiar en lo que se refiere a las prácticas de contracepción se toman en cuenta los patrones familiares que están apoyados en valores morales y religiosos tradicionalmente.

Asimismo, el comportamiento adoptado por las mujeres corresponde al enfoque de la planificación familiar centrado en responsabilidad a la mujer, así como la educación y la cultura de la continuidad de la relación de género, en la que el hombre es el proveedor y el que decide, y la mujer la que sirve y obedece, existiendo un desequilibrio en las oportunidades sociales y económicas, en el ejercicio de derecho y las desigualdades entre hombre y mujer contribuyen de manera decisiva a generar diferencias en la equidad de género.

El comprender las relaciones de poder establecidas socialmente, que evidencian los roles sociales construidos históricamente para hombre y mujeres es posible construir nuevas formas de relación de género que beneficien a la mujer, quien a pesar de sus conquistas en cuanto a la igualdad de los derechos, todavía tiene muchos desafíos que vencer. En este sentido la autonomía en las mujeres se evidencia en su capacidad de reflexión crítica sobre la forma como se dan al interior de las parejas, también es cierto que son las variables de naturaleza socio-cultural las que parecen desempeñar el papel más determinante en la definición del poder de decisión de las mujeres.

Aunado a esto, la religión sigue siendo un factor importante en la construcción de los modelos familiares y en la elección de las prácticas anticonceptivas de las parejas católicas mexicanas.

Se sugiere ampliación de la información y cobertura de servicios en planificación familiar para los varones, sin olvidar que la producción es una cuestión de la pareja, así como la difusión del concepto y programas de salud reproductiva entre la población masculina promoviendo su corresponsabilidad y participación en la toma de decisiones reproductivas.

Incluyendo la incorporación de la perspectivas de género en todas las actividades de los programa de planificación familiar e involucrar a todo el profesional de salud que es fundamental para brindar conocimientos, actitudes y prácticas anticonceptivas para la población.

## LITERATURA CITADA

- 1 López I, Alcalde AR, Relaciones de género y desarrollo: hacia la equidad de la cooperación, 1ra. Edición 1999; Ed. Los libros de la catarata, Madrid
- 2 Desarrollo y equidad de género: una tarea pendiente, Naciones Unidas Santiago de Chile, Diciembre 1993
- 3 Organización Mundial de la Salud. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva, Ginebra: OMS, 1997
- 4 Torres M, González P, Antecedentes teóricos y empíricos del uso de métodos de planificación familiar, Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Militar Nueva Granada Vol. XVII; Diciembre 2009
- 5 Singh S, Darroch JE. Adding it up: cost and benefits of contraceptive services. Estimate for 2012. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA); 2012 p.1-18
- 6 Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2013; 30 (3)
- 7 Estrada F, Hernández GC, Campero L, Hernández PB, Salud Pública en México Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, Poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja V.50 No.6 Cuernavaca Noviembre/Diciembre 2008
- 8 Sistema de información en Salud, Secretaría de Salud 2012-2013, Hospital Obstétrico; Pachuca Hidalgo, departamento de estadística.
- 9 Subsistema Automático de Egresos Hospitalarios, Secretaria de Salud, periodo Diciembre 2012- Diciembre 2013, Hospital Obstétrico; Pachuca; Hidalgo. Departamento de estadística.
- 10 Millán Montes de Oca R, Equidad de género y aborto: propuesta para una investigación, Año 4, núm. 44, 9 de Febrero del 2009.
- 11 Rojas OL, La participación de los varones en los procesos reproductivos, un estudio cualitativo en dos sectores sociales y dos generaciones en la ciudad de México, papeles de población, Enero-Marzo 031, Universidad Autónoma de México, Toluca 2000.
- 12 Lamas M. Cuerpo: diferencia sexual y género. Debate feminista. Año 5, Vol.10 Septiembre 1994

- 13 Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, Versión Impresa ISSN 1726-4634. Rev. Perú. med. exp. Salud publica v.23 n.3 Lima Jul- Set 2006
- 14 Aguayo E, Lamelas N, Midiendo el empoderamiento femenino en América Latina, Regional and Sectoral Economic Studies vol. 12-2 (2012)
- 15 Fernández DE Castro P, El camino hacia la transversalidad de género, el empoderamiento y la corresponsabilidad en las políticas de igualdad de género, Revista de Filosofía, Derecho y Política, ISSN 1698-7950, No.16, julio 2012, pp.79-104
- 16 Casique I. Uso de anticonceptivos en México ¿Qué diferencia hace el poder de decisión y la autonomía femenina? Papeles de población vol.9, num.35, enero-marzo 2003, Universidad Autónoma de México
- 17 Revista Cubana de Salud Pública, versión On-line ISSN 0864-3466. v.32 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2006
- 18 Felitti K. Derechos reproductivos y políticos demográficos en América Latina, Revista De Ciencias Sociales. ISSN 1390-1249, Núm. 35, Quito, Septiembre 2009, pp.55-66
- 19 Da Silva ML, Goncalves IR, Temer M, Comportamiento de mujeres y sus parejas referentes a la planificación familiar, Invest. Educ. Enferm. 2010; 28 (2): 195-203
- 21 Secretaria de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar.
- 22 Estrada F, Hernández Girón C, Walker D, Campero L, Hernández Prado B, Maternowska C. Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaria de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. Salud Pública Mex 2008; 50:472-481
- 23 González López Greethel, Las prácticas contraceptivas de las mujeres católicas en Xalapa, Veracruz México, Rev. Sociedad y Equidad No. 2, Julio de 2011
- 24 Vargas Trujillo E, Henao J, González C, Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la Adolescencia, Acta Colombiana de Psicología 10(1): 49-63,2007
- 25 Ripoll Núñez K, Martínez Arrieta K, Giraldo Gallo A, Decisiones sobre crianza de los hijos en familias reconstituidas, Revista Colombiana de Psicología ISSN 0121-5469, Vol.22 No. 1, Enero- Junio 2013

26 Casique I, Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia, Revista Mexica de Sociología, versión impresa ISSN 0188-2503, V.72 n. 1 México ene./mar.2010

27 Polit DF y Hungler Investigación científica en ciencias de la salud. 6ªed. México Mc Graw Hill Interamericana 2000.

## APENDICE

### 1. Operalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA	INDICADOR
Poder de decisión	Percepción sobre el grado de negociación con la pareja sobre situaciones cotidianas y decisiones reproductivas. (pag.212 del documento de Casique I,2003)	Nominal  Los valores de este índice van de cinco (para aquellas mujeres cuyos maridos toman todas las decisiones solos) a 15 (para aquellas mujeres que toman todas las decisiones solas)  Bajo poder (valor índice 5 a 8), Poder intermedio (valor índice 9 a11)  Alto poder (valor índice 12 a15)	Quién toma las decisiones en la pareja referido a: 1. Cuántos hijos tener Pareja ( ) Mujer ( ) Ambos( ) 2. Como criar a los hijos 3. Que gastos cotidianos realizar 4. A que amigos/parientes visitar 5. Cuando tener relaciones sexuales.

Autonomía de la mujer	Es visto como un concepto más estático, que refleja el poder de decisión de una mujer en un momento determinado.	Nominal Los valores de este índice van de 0 a 9, representando el cero en caso de aquellas mujeres que necesitan permiso de sus esposos para cada una de las nueve actividades consideradas mientras que el valor nueve representa los casos de las mujeres que no piden permiso para ninguna de estas nueve actividades.	Autonomía de las mujer según actividad La mujer requiere del permiso del esposo para 1.Salir sola 2.Salir con los amigos 3.Hacer gastos cotidianos 4.Visitar amigas 5.Visitar parientes 6. Trabajar 7.Estudiar 8. Usar anticonceptivos 9. Participar en actividades comunitarias.
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.		Pregunta Abierta

Estado Civil	Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia, estado o nación a la que pertenece.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. soltero</li> <li>2. casado</li> <li>3. Separado</li> <li>4. Viudo</li> <li>5. Divorciado o anulado.</li> </ol>
Años de estudio	Etapas que corresponden con los niveles que el sistema educativo ofrece relaciones que se establecen en el trabajo y el capital en el proceso productivo.	Ordinal	Sin educación Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Otros
Religión	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Ordinal	Católica Protestante Evangelista Bíblicas Judaicas Sin religión

## 2. Consentimiento informado



### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

**Título del protocolo:**

---

**Poder de decisión y autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación familiar**

---

Investigador principal: usuarias internadas en el servicio de hospitalización

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Obstétrico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado.

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

#### **OBJETIVO DEL ESTUDIO**

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos....conocer el poder decisión y autonomía...en relación al uso de métodos de planificación....

#### **BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

Con este estudio conocerá de manera clara cuál es el poder de decisión y su autonomía que usted como mujer tiene sobre los métodos de planificación familiar.

- *Derechos Reservados, Comisiones de Investigación y Ética del Hospital Obstétrico, Pachuca; Hidalgo*
- Usted también tiene acceso a las Comisiones de Investigación y Ética del Hospital Obstétrico, en caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio a través de:
  - Dra. Gabriela Tames Fraide
  - Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital Obstétrico.
  - Teléfono: 77166192

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, y su decisión en relación a la dinámica de su familia

---

Nombre y Firma de la usuaria

#### ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

### 3. Instrumento de investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

#### PODER DE DECISIÓN Y AUTONOMÍA DE LA MUJER EN EL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN

- El objetivo de la presente encuesta es conocer la opinión de las usuarias, respecto al poder de decisión y autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación.
- Las respuestas que usted nos proporcione no serán catalogadas como correctas o incorrectas, ya que solo nos interesa saber cuál es su punto de vista respecto a este tema.
- Es de suma importancia que usted conteste con sinceridad, ya que su opinión será útil para mejorar la atención que se brinda.
- La información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial y empleada con fines estadísticos exclusivamente.

#### **INSTRUCCIONES**

1. Lea cuidadosamente cada una de las preguntas
2. Conteste con lápiz o pluma
3. En la primera sección conteste escribiendo lo que se le solicita
4. A partir de la segunda sección, tache o palomee la respuesta que le parezca adecuada
5. Solo marque una sola respuesta para cada pregunta.

FOLIO

Fecha \_\_\_\_\_

--	--	--	--

<b>SECCIÓN I</b>		<b>ANTECEDENTES GENERALES</b>																		
<p><b>1. Edad</b></p> <p>_____</p>	<p><b>2. Zona de residencia</b></p> <p>Urbana <input type="checkbox"/></p> <p>Rural <input type="checkbox"/></p>																			
<p><b>3. Nivel educativo</b></p> <p>Ninguno <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Primaria <input type="checkbox"/></p> <p>Secundaria <input type="checkbox"/></p> <p>Preparatoria <input type="checkbox"/></p> <p>Licenciatura <input type="checkbox"/></p> <p>Otro: <input type="checkbox"/> Especifique:</p> <p>_____</p>	<p><b>4. Estado civil:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Soltero(a) <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Casado(a) <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Separado(a) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Viudo(a) <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Divorciado o anulado <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Unión Libre <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>5. Religión:</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Católica <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Protestante <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Evangelistas <input type="checkbox"/></td> <td>Bíblicas <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Judaicos <input type="checkbox"/></td> <td>Sin religión <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Otros _____</td> </tr> </table>			Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Separado(a) <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado o anulado <input type="checkbox"/>		Unión Libre <input checked="" type="checkbox"/>			Católica <input type="checkbox"/>	Protestante <input type="checkbox"/>	Evangelistas <input type="checkbox"/>	Bíblicas <input type="checkbox"/>	Judaicos <input type="checkbox"/>	Sin religión <input type="checkbox"/>	Otros _____	
Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Separado(a) <input type="checkbox"/>																		
Viudo(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado o anulado <input type="checkbox"/>																			
Unión Libre <input checked="" type="checkbox"/>																				
Católica <input type="checkbox"/>	Protestante <input type="checkbox"/>																			
Evangelistas <input type="checkbox"/>	Bíblicas <input type="checkbox"/>																			
Judaicos <input type="checkbox"/>	Sin religión <input type="checkbox"/>																			
Otros _____																				

## SECCION II

### Poder de decisión

A partir de este reactivo se le presentara un afirmación específica, la cual contestara marcando con una X en la casilla que usted considere corresponde a su respuesta.

REACTIVOS	ESCALA DE VALORACION		
	HOMBRE	MUJER	AMBOS
¿Quién toma en la pareja las decisiones referido a?			
5. Cuántos hijos tener			
6. Como criar a los hijos			
7. Que gastos cotidianos realizar			
8. A que amigos/parientes visitar			
9. Cuando tener relaciones sexuales			

## SECCIÓN III

### Autonomía de la mujer

La mujer requiere del permiso del hombre para:	SI	NO
10. Salir Sola		
11. Salir con los hijos		
12. Hacer gastos cotidianos		
13. Visitar amigas		
14. Visitar parientes		
15. Trabajar		
16. Estudiar		
17. Usar anticonceptivos		
18. Participa en actividades comunitarias		

#### 4 Autorización de la Institución



Pachuca, Hgo., a 15 de Abril 2013

L.E.O. SANDRA SANCHEZ MENDEZ  
ENFERMERA DE TURNO MATUTINO  
P R E S E N T E.

Sirva este medio para dar respuesta a su petición, en relación al oficio enviado al Departamento de Enseñanza e Investigación; para la aplicación del instrumento que corresponde a la Tesis "Poder de decisión y autonomía de la mujer en el uso de Métodos de planificación" a las usuarias del servicio de Hospitalización en el periodo de Mayo-Junio del presente año, con la finalidad de proporcionar las facilidades para la conclusión de su proyecto de investigación.

Sin otro particular por el momento, ratifico la atención prestada.

ATENTAMENTE  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

  
DRA. GABRIELA TAMES FRAIDE

  
SERVICIOS DE SALUD  
GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO