

**“SIEMPRE TUVE LA IDEA DE DOS HIJOS COMO MÍNIMO” VIVENCIAS DE UN  
GRUPO DE MUJERES TRABAJADORAS EN BOGOTÁ D.C EN EL PRIMER  
TRIMESTRE DEL 2014**

**JENNY MARITZA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ  
HAZBLEYDE JUCELLY PÁEZ PALERMO  
JANNETH RAMOS CAMPO  
LEIDY VIVIANA RUIZ PARRA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SALUD COLECTIVA  
BOGOTA  
2014**

**“SIEMPRE TUVE LA IDEA DE DOS HIJOS COMO MÍNIMO” VIVENCIAS DE  
UN GRUPO DE MUJERES TRABAJADORAS EN BOGOTÁ D.C EN EL PRIMER  
TRIMESTRE DEL 2014**

**JENNY MARITZA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ  
HAZBLEYDE JUCELLY PÁEZ PALERMO  
JANNETH RAMOS CAMPO  
LEIDY VIVIANA RUIZ PARRA**

**TRABAJO DE GRADO**

**ASESORA  
ANDREA PAOLA VILLAMIZAR MONROY  
ENFERMERA MAGÍSTER EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN CUIDADO  
MATERNO PERINATAL**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SALUD COLECTIVA  
BOGOTÁ  
2014**

## **NOTA DE ADVERTENCIA**

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velara por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

*Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946*

*Pontificia Universidad Javeriana*

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

Firma. Presidente del jurado

---

Firma Jurado

---

Firma Jurado

Bogotá D. C., 22 de Mayo de 2014

## **AGRADECIMIENTOS**

En primera instancia queremos agradecer por su guía, acompañamiento y por dirigirnos hacia el desarrollo satisfactorio de nuestro proyecto de tesis a nuestra asesora Andrea Villamizar, sin su cooperación esta investigación no hubiese sido posible.

También queremos agradecer al área de gestión humana de una empresa del sector de alimentos, por permitir la vinculación de las participantes, quienes nos dedicaron su tiempo para brindarnos información de relevancia que permitió consolidar nuestro trabajo investigativo. Agradecemos también a La Pontificia Universidad Javeriana, a la Facultad de Enfermería y a sus docentes que nos han acompañado desde el inicio de este trayecto y que han logrado con sus conocimientos crear en nosotras la necesidad de querer investigar en pro de la educación en el área de la salud.

Por último, agradecemos a nuestras familias por su continuo apoyo desde el inicio de nuestra carrera, quienes pusieron su confianza en nosotras y en la Universidad para que nos formaran profesionalmente.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION .....	1
Descripción de la problemática.....	4
1.1 Definición operacional de términos.....	15
2. OBJETIVOS .....	16
2.1 Objetivo general.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
2.3 Propósitos.....	16
3. MARCO TEÓRICO.....	18
3.1 Los derechos sexuales y reproductivos.....	18
3.2 Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la mujer .....	22
3.3 Participación de enfermería en el posicionamiento de los derechos sexuales y reproductivos.....	25
4. METODOLOGÍA.....	27
4.1 Tipo de estudio.....	27
4.2 Población.....	27
4.3 Instrumento.....	28
4.4 Análisis de la información.....	28
4.5 Aspectos éticos.....	29
5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	31
5.1 Análisis e interpretación de resultados.....	31
5.1.1 Saberes.....	32
5.1.2 Pensares .....	33
5.1.3 Haceres.....	35
5.1.4 Aprehenderes.....	37

5.1.5	Proyectares .....	38
5.1.6	Aconsejares .....	39
6.	RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO .....	40
6.1	Recomendaciones.....	40
6.2	Conclusiones.....	40
7.	BIBLIOGRAFÍA .....	42
8.1	Anexo A.....	46
8.2	Anexo B.....	50
8.3	Anexo C.....	52
8.4	Anexo D.....	56
8.5	Anexo E.....	57

## LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
<i>Gráfica 1.</i> Tasa global de fecundidad .....	8
<i>Gráfica 2.</i> Tasa de nacimientos .....	9
<i>Gráfica 3.</i> Embarazos por grupos de edad .....	10
<i>Gráfica 4.</i> Tasa de fecundidad 2011 .....	10



## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<i>Tabla 1:</i> Datos demográficos de la muestra.....	31
<i>Tabla 2:</i> Saberes.....	32
<i>Tabla 3:</i> Pensares.....	33
<i>Tabla 4:</i> Haceres.....	35
<i>Tabla 5:</i> Aprehenderes.....	37
<i>Tabla 6:</i> Proyectares.....	38
<i>Tabla 7:</i> Aconsejares.....	39

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<i>Anexo 1: Tablas de análisis.....</i>	<i>46</i>
<i>Anexo 2: Encuesta .....</i>	<i>50</i>
<i>Anexo 3: Consentimiento Informado.....</i>	<i>52</i>
<i>Anexo 4 Carta solicitud.....</i>	<i>56</i>
<i>Anexo 5: Carta de Aceptación.....</i>	<i>57</i>

## INTRODUCCION

La sexualidad como la reproducción son dos conceptos que se encuentran relacionados con la calidad de vida de cada persona, inmersos dentro de un marco de reconocimiento y ejercicio de los derechos como seres humanos, el goce de una vida sexual, plena, libre, satisfactoria y sin riesgos que hacen parte de un buen estado de salud dentro la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Siendo los derechos sexuales y reproductivos un marco muy amplio para su reconocimiento y ejercicio, esta investigación se enfocó al conocimiento y reconocimiento que le dan un grupo de mujeres al derecho a decidir libremente el número de hijos; el cual se trabajó desde la perspectiva de las mujeres atendiendo a que en la historia de la humanidad se ha visto que han cumplido la función de reproducción y cuidado del hogar sin disponer o reconocer que pueden decidir al respecto. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2010).

En cuanto a América Latina, las mujeres aún no han permitido que se les reconozca sus derechos en total plenitud, por lo que han promovido una lucha en la cual exigen sus derechos sexuales y reproductivos que están relacionados con la equidad en igualdad de oportunidades, logrando establecer una serie de herramientas jurídicas internacionales sobre los derechos de las mujeres (PNUD, 2010) Por esta razón, fue necesario conocer las experiencias de las mujeres en relación al derecho de decidir libremente el número de hijos, ya que permitió identificar cuáles son las razones que las llevan a un grupo de mujeres trabajadoras de una empresa de productos lácteos a decidir tener o no hijos.

Para cumplir con este objetivo, se realizó una investigación de tipo cualitativo desarrollada a través de una entrevista semi-estructurada en un grupo de mujeres trabajadoras. A su vez las participantes conocieron por medio del consentimiento informado los riesgos, ventajas y desventajas a las cuales estarían expuestas, el cual permitió que las investigadoras usaran la información recolectada en cada una de las entrevistas, con un alto grado de confidencialidad.

Ésta investigación presenta en el Capítulo 1 una descripción del área problemática en donde se hace un recuento de datos e información mundial, nacional y local en el marco del ejercicio histórico y actual de los derechos sexuales y reproductivos, y en particular del derecho a “decidir libremente el número de hijos” por parte de las mujeres y principales términos operativos relacionados con el tema a estudiar que

en éste caso pertenecen: derecho a decidir libremente el número de hijos, derechos sexuales y reproductivos, mujer y vivencias.

Posteriormente en el Capítulo 2, se encuentra cual es la finalidad de esta investigación, haciendo referencia al objetivo general, los objetivos específicos, y a su vez cuenta con los propósitos que se plantearon las investigadoras con la realización de este estudio donde se evidencia la necesidad como profesionales de enfermería de intervenir en éste proceso de empoderamiento y fomento de la autonomía de las mujeres en el manejo y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y en particular en el reconocimiento de la toma de decisión en el aspecto reproductivo, encontrando en enfermería diversos escenarios, tanto desde el aspecto clínico, como colectivo donde se puede trabajar con las mujeres.

En cuanto al Capítulo 3, se abordan y desarrollan los conceptos claves dentro de la investigación como: *Los derechos humanos y su relación con los derechos sexuales y reproductivos; Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la mujer; y, la Participación de enfermería en el posicionamiento de los derechos sexuales y reproductivos.*

En el capítulo 4, se encuentra la descripción del diseño de la investigación haciendo énfasis en el tipo de estudio cualitativo y con la metodología utilizada para la adquisición de la información con los participantes a través de la entrevista semi-estructurada donde se llevó a cabo la investigación con 6 mujeres.

Posteriormente en el capítulo 5 se realiza el análisis de cada uno de los resultados este se llevó a cabo a través de la definición de vivencia, donde se contempla tres momentos el Antes, el Durante y el Después de algún evento, donde se puede reconocer las vivencias significantes (Eslava, D, 2008). Sin embargo, en la investigación se tomaron sólo dos de los momentos, como lo es el “Antes”, en el cual se manejaron las siguientes categorizaciones: Saberes (conocimientos) donde se identificó que las mujeres tienen conocimiento generales sobre la planificación familiar; Pensares (pensamientos) donde se obtuvo información relacionada con aquellos pensamientos sobre las ventajas, desventajas y etapas por las que han pasado cada una de las mujeres en su vida sexual y reproductiva; Haceres (acciones) donde se encuentran aquellas acciones que fueron llevadas a cabo por la mujeres en relación a todo lo relacionado con planificación familiar. El segundo momento es el “Después”; donde la categorización referencia a los Aprenderes (enseñanzas) que representa las enseñanzas de las mujeres en cuanto a su experiencia durante su sexualidad y el método de afrontamiento del embarazo; Proyectares (planes) donde se obtuvieron los planes a corto o largo plazo que tienen las mujeres ya sea para ellas mismas o para sus hijas en cuanto a la decisión de iniciar la fecundidad, y por último los aconsejares (opiniones) que dan a conocer las opiniones que tienen las mujeres respecto a la sexualidad y la elegibilidad del número de hijos que debe tener.

Cada uno de estos ítems permitió un análisis más profundo sobre las vivencias y paralelo a este se estableció un análisis con otras investigaciones relacionadas con el tema.

En el capítulo final se encuentran las conclusiones, donde a nivel general se encontró que en el grupo de mujeres a la hora de decidir libremente el número de hijos y el intervalos de los mismos, es un producto de varias vivencias que han hecho parte de las experiencias de la vida de cada una de las participantes, donde intervienen factores como lo son el social, el económico y el nivel de escolaridad; y en algunos casos el acercamiento al personal de salud como método para la adquisición de información referente a la planificación familiar. También se encuentran las recomendaciones que se realizaron en tres niveles como lo son disciplina, investigación y docencia, donde se hace un fuerte llamado a continuar con la investigación, a fortalecer espacios y momentos donde enfermería y el equipo interdisciplinario puedan intervenir y apoderar a las mujeres no solo entorno a la decisión libre y responsable del número de hijos sino a todos los derechos sexuales y reproductivos

## 1. JUSTIFICACION

### Descripción de la problemática

Los derechos son un sistema de normas, basados en principios éticos, las cuales imponen deberes y normas que confieren facultades, estableciendo lineamientos de convivencia social, con el fin de brindar a los miembros de la sociedad los mínimos de seguridad, certeza, igualdad, libertad y justicia, (La Factoría)

Es por ello que los derechos humanos se definen como derechos fundamentales, que los seres humanos deben tener, y los cuales definen las relaciones entre los individuos y las estructuras de poder, así mismo, asegura que el estado adopte medidas para que las personas puedan disfrutar de sus derechos. (Unión interparlamentaria, 2005)

Teniendo claro los conceptos anteriores, se puede definir que son los derechos sexuales y reproductivos son el pilar fundamental para el ejercicio de la ciudadanía, los cuales se entienden más allá de la toma de decisiones en el ámbito público (elegir y ser elegido), ya que también implica la posibilidad de que los hombres y mujeres tomen decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y vida, en los campos de la sexualidad y la reproducción. (Profamilia., 2006).

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como en lo social, siendo la salud sexual y reproductiva (SSR) un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR) (UNFPA, 2011) como herramienta de promoción de la autonomía y respeto de los seres humanos a sí mismos y a otros en el ejercicio de su sexualidad.

Por ende, un buen estado de SSR implica, que los hombres y mujeres tengan en cuenta y reconozcan los DSR.

- Derechos sexuales:
  - ✓ El derecho a reconocerse como seres sexuados.

- ✓ El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad.
  - ✓ El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual.
  - ✓ El derecho a vivir la sexualidad sin violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.
  - ✓ El derecho a escoger las y los compañeros sexuales.
  - ✓ El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales.
  - ✓ El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no, o si se quiere ser sexualmente activa/o no.
  - ✓ El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas.
  - ✓ El derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si permanece sola/o.
  - ✓ El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual.
  - ✓ El derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.
  - ✓ El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad.
  - ✓ El derecho a tener información sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino y cuáles son las infecciones y enfermedades que se pueden adquirir a través de las relaciones sexuales.
- Derechos reproductivos:
    - ✓ El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo.
    - ✓ El derecho de hombres y mujeres de decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres.
    - ✓ El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar.
    - ✓ El derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia).
    - ✓ El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en el estudio, trabajo y dentro de la familia.
    - ✓ El derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia y se brinde las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

- ✓ El derecho a contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva.

Llama la atención que la mujer al no tener capacidad de decidir sobre el número de hijos que ella desee tener, busca alternativas como el aborto inseguro, en donde este se convierte en un acto de violencia de género, el cual cobra 68 mil vidas en el año a nivel mundial, en donde el 98% de estas vidas se encuentran en países en vía de desarrollo. Teniendo en cuenta lo anterior, las cifras muestran que, la muerte materna es 100 veces más frecuentes en estos estados. En Europa oriental, la tasa de abortos esta representa un 44% por cada mil mujeres y en América Latina representa un 33% por cada mil mujeres, lo cual representa que más de la mitad de los abortos en el mundo son ilegales, y además de ello se convierten en abortos inseguros (Lafaurie, M., 2008).

En el mundo aún no ha sido instaurada una cultura de los derechos sexuales y reproductivos. Aspectos como la autonomía de la mujer frente a su cuerpo, la detección, disminución de barreras de acceso institucional y cultural afectan la atención oportuna y eficaz en el campo de la salud sexual y reproductiva en las mujeres (Uribe, R.; Billings, D., 2005)

En el contexto de derecho y ejercicio de libertad, se encuentran datos históricos, los cuales muestran que a nivel mundial los DSR representan un papel fundamental en la sociedad, y es por ello que se crean organizaciones que favorecen, respaldan y fortalecen los derechos sexuales y reproductivos. Por tanto se realizará un análisis de la situación de los DSR a nivel mundial, específicamente en Europa, África, América Latina, a nivel nacional Colombia y a nivel local Bogotá. (Ruiz, V.; Páez, H.; Ramos, J., 2014)

En el contexto de los Derechos Sexuales y Reproductivos a nivel internacional se encuentra que en el continente europeo existe la cooperación de organizaciones que permiten mejorar el conocimiento y las herramientas que se utilizan para un desarrollo favorable en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, con el fin de fortalecer la lucha contra estos problemas de desconocimiento. Un ejemplo de ello, se puede evidenciar en España, país que ha tomado este conocimiento, herramientas propias y de otras naciones para tratar el tema de los derechos de sexualidad y reproducción de la sociedad (Vásquez, M.; Caba, E., 2009).

España, ha creado una guía por el desarrollo y la sensibilización llamada "Cooperación al desarrollo en el ámbito de la salud, los derechos sexuales y reproductivos, creada con el propósito de acabar la pobreza pero no desde la parte económica, sino con el fin de ampliar los derechos, desde las oportunidades y de las capacidades de las personas. Todo esto con el fin de que cada individuo tenga la oportunidad de potenciar su conocimiento. A través de La Estrategia de la Cooperación Española, se adopta los principios de igualdad y no discriminación a



través del principio de equidad, por medio de unas medidas que permiten el acceso al derecho de la salud en igualdad de condiciones para todas las personas y sobre todo en función de sus necesidades. Las desigualdades se presentan de maneras diferentes y aparte de eso se le suman otros factores como los ingresos económicos, el género, la edad, el grupo étnico y el ámbito geográfico. Es sumamente importante la equidad de género en el ámbito de la salud, así como el análisis de género, lo cual los hace imprescindibles ya que las relaciones de género conlleva a efectos de largo alcance en la salud de las niñas y mujeres a la hora de ejecutar de forma libre las decisiones que tomen y afecten su propia salud. Son especialmente las mujeres más pobres las que tienen mayores problemas de salud, debido a que se encuentran en situaciones que agudizan sus dificultades como los embarazos y los trabajos físicos pesados. Un estudio que se hizo en India el Banco Mundial (BM) sobre la salud de la mujer demuestra de una forma clara y concisa que las mujeres sufren mayor número de enfermedades y al mismo tiempo tienen menor probabilidad de recibir tratamiento médico antes que la enfermedad se agudice (Vásquez, M.; Caba, E., 2009).

Una de las Líneas Estratégicas de la Cooperación Española es en Intervención sobre condiciones y problemas de salud y en ellas se encuentran estrategias de: mejora de la salud y derechos sexuales y reproductivos, mejora de la salud infantil, lucha contra las enfermedades prevalentes y olvidadas (incluye SIDA, Malaria, Tuberculosis), Mejora de la prevención y el manejo de cuestiones sanitarias en emergencias: epidemias, desastres y procesos de construcción de la paz. España aún siendo uno de los primeros países en el escenario internacional en aumentar la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en los últimos años, la salud de DSR Reproductivos es uno de los menos financiados en su cooperación internacional al desarrollo, a pasar del plan director 2005-2008 en su estrategia de salud. En el periodo de 1995-2005 la AOD Española destinada a programas de salud sexual y reproductiva representaba un 0.95% del total. (Vásquez, M.; Caba, E., 2009).

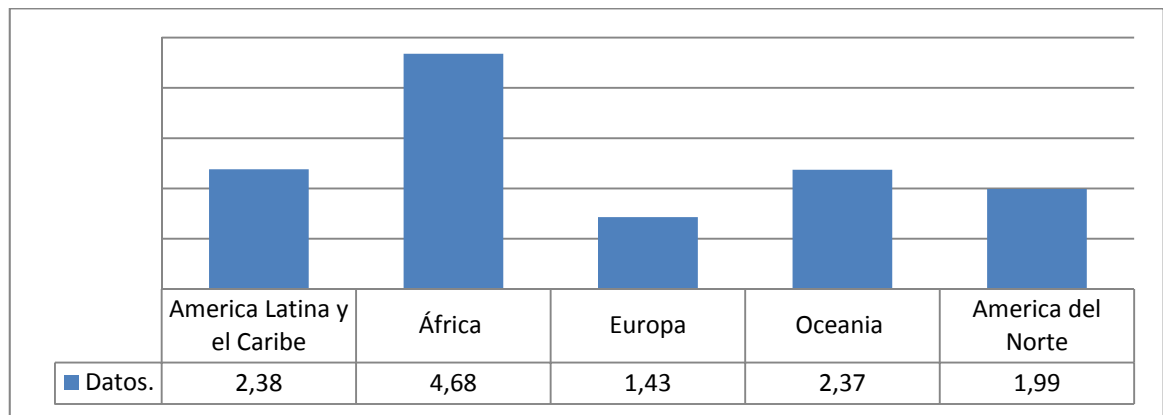
En América Latina, se puede evidenciar que en las mujeres aún no ha sido reconocido en total plenitud los DSR, lo cual ha llevado que a lo largo del tiempo las mujeres emprendan una lucha en donde reclaman sus derechos reproductivos y demandas de equidad en igualdad de oportunidades; lo que las ha llevado a luchar con las distintas entidades públicas estableciendo un conjunto de herramientas jurídicas internacionales sobre los derechos de las mujeres. (Ramírez, D., Nazar, A., Zapata, E., Estrada, E., Salvatierra, B., 2012, p. 120)

Además de esto, según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ratifica que también en algunos países de América Latina y el Caribe se carece de políticas públicas de salud sexual y reproductiva. En el ámbito de esa población joven tienen también mucho impacto la presión de grupo, la curiosidad, el abuso sexual, el sexo como paga por dinero, y la falta de orientación de los padres y madres. (Acevedo, L., 2007), a su vez se encuentra que en países como

Colombia se cuenta con una Política Nacional de SSR formulada en el año 2003, y que actualmente se encuentra en proceso de actualización.

Según la UNICEF, se puede evidenciar que en el 2007 el continente africano obtuvo los más altos niveles de reproducción, comparado con el continente europeo, quienes obtuvieron la menor tasa de fecundidad, por lo cual se evidencia que los países en vía de desarrollo tiene la mayor tasa de fecundidad en el mundo; América Latina, del Norte y Oceanía, se encuentran en un término medio pero que comparados con Europa, su tasa de fecundidad sigue siendo más alta.

Grafica1. Tasa Global de Fecundidad



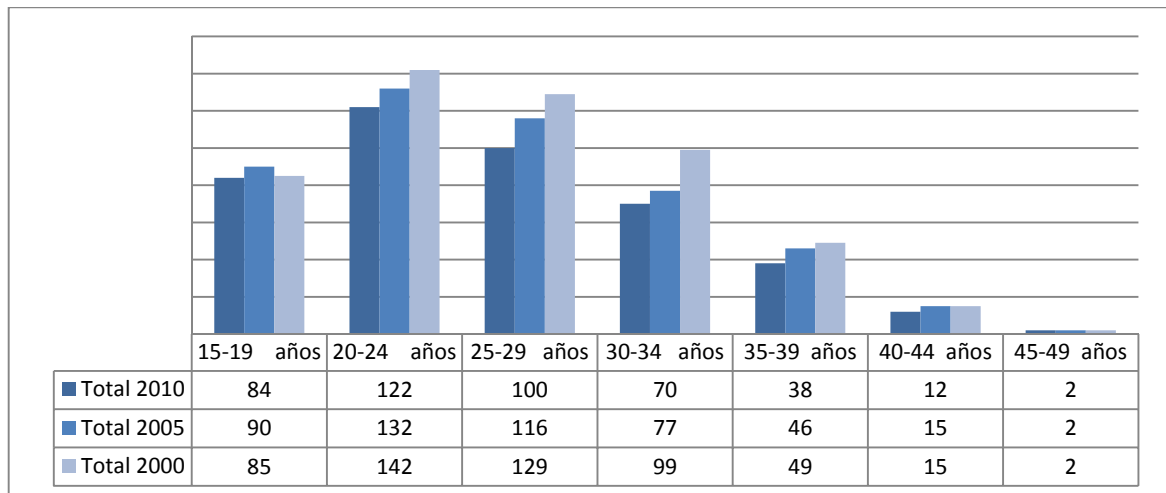
Gráfica 1. Tasa global de fecundidad. Adaptado de: Acevedo, L. (2007). *Embarazo en adolescentes*. República Dominicana: UNICEF. Recuperado de Fondo de las Naciones Unidas. Recuperado de [http://www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_10191.htm](http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10191.htm). (Consultado 22 de Marzo de 2014)

En lo que concierne a Colombia, según la ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud) 2010. Se encontró que las mujeres menores de 20 años venían aumentando su tasa de fecundidad hasta el año 2005, pero actualmente parece que empezó de nuevo a disminuir; A si mismo se evidencia que una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada: donde algunas ya son madres y otras están esperando su primer hijo. Y en relación con la tasa de nacimientos en Bogotá y la región Central van en descenso y en regiones Orinoquía-Amazonía van en aumento. (Profamilia, 2010, capítulo 5)

Para la situación de fecundidad a nivel nacional (Colombia) y según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (Profamilia, 2010, capítulo 5), se puede evidenciar que en la gráfica 2, refleja el número de nacimientos por cada mil mujeres de acuerdo al grupo de edad. Lo que se puede observar es que el grupo de mujeres que se encuentran en las edades de 20 a 24 años presentan un mayor número de nacimientos en los tres diferentes años en que se realizó la encuesta, en comparación con la mujeres que se encontraba en el grupo de 45 a 49 años,

quienes son las que tienen menor número de nacimientos en los mismos años en que fue realizada la encuesta.

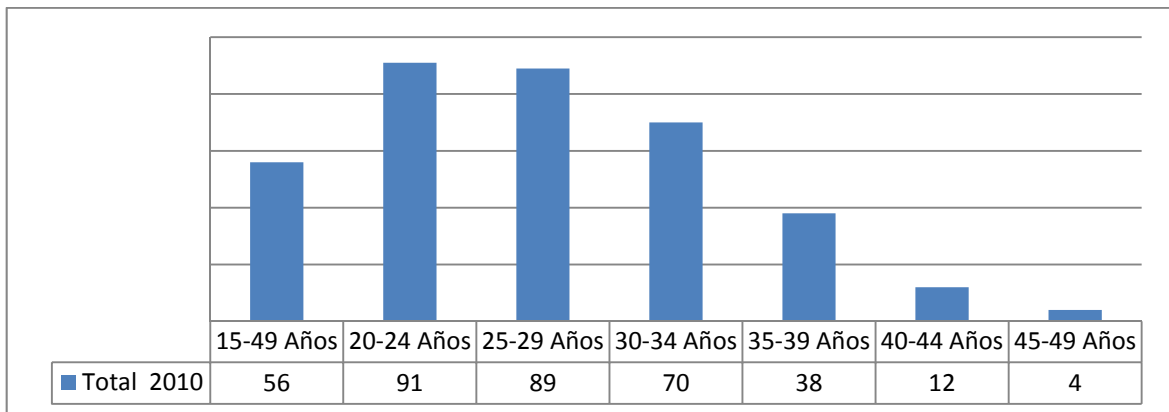
Grafica 2. Tasa de Nacimientos 2010



Gráfica 2. Tasa de nacimientos. Adaptado de: Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Capítulo 5.* Recuperado de: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-5.pdf>. (Consultado 18 de abril de 2014).

Según la encuesta Nacional de demografía y salud en Bogotá (Profamilia, 2010, capítulo 5), para el 2011, y de acuerdo a la gráfica 3 se evidencia una situación semejante a la que se presenta en el contexto nacional, en la cual el mayor número de embarazos se encuentra dentro del rango de edad de 20 a 24 años, en comparación con el rango de edad entre 45 a 49 años.

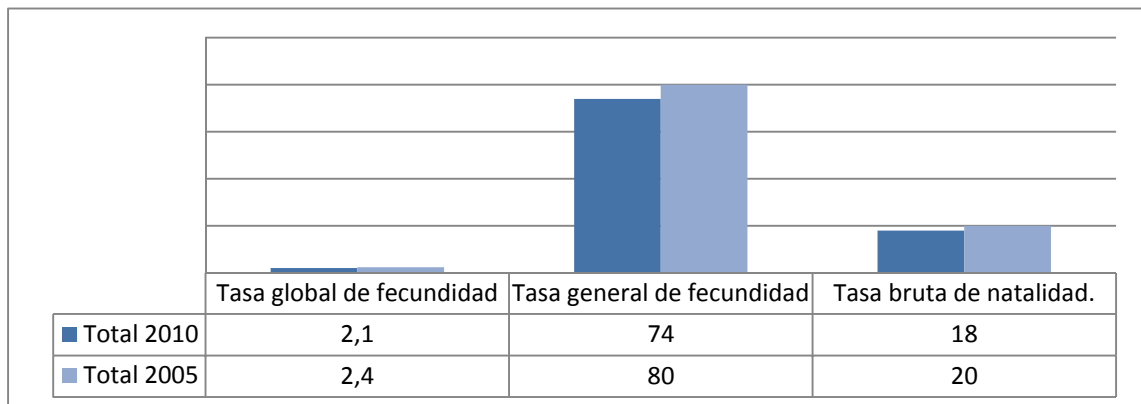
Grafica 3. Embarazos por grupo de edad



Gráfica 3. Embarazos por grupos de edad. Adaptado de: Profamilia. (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Recuperado de: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-5.pdf>. (Consultado 18 de abril de 2014).

A nivel local Bogotá, en la gráfica 4 se evidencia el descenso de la tasa global de fecundidad, tasa general de fecundidad y tasa bruta de natalidad en el 2010 en comparación con el año 2005, esto demuestra la eficacia en la implementación de las políticas de sexualidad y de planificación familiar en Bogotá.

Gráfica 4. Tasa de fecundidad 2010



Gráfica 4. Tasa de fecundidad 2011. Bogotá. Adaptado de: Profamilia. (2011). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Recuperado de: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-5.pdf>. (Consultado 18 de abril de 2014).

Dentro de los principios incluidos por los DSR como lo son el derecho a planificar la propia vida y el derecho a la autodeterminación reproductiva, haciendo énfasis en este último se hace importante mencionar que hoy día las mujeres se interesan más por controlar y limitar el número de hijos que desean tener, y por ello muchas de estas buscan información acerca de los métodos de planificación familiar. (OMS,

2013). Es por eso que el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África Subsahariana. A escala mundial, el uso ha aumentado desde un 54% en 1990 a un 63% en 2007. A escala regional, la proporción de mujeres casadas de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente entre 1990 y 2007, de 17% a 28% en África, de 57% a 67% en Asia, y de 62% a 72% en América Latina y el Caribe; en cada región es notable la variación entre países. (OMS, 2013)

De acuerdo a esto se evidencia que en el continente Africano el uso de anticonceptivos es limitado dado que presentan ciertos obstáculos, dentro de los que destaca la OMS se encuentran: La falta de estos servicios o las barreras para el acceso a los mismos, la baja calidad de los servicios en marcha, falta de información o infraestructura necesaria para el reparto de los métodos anticonceptivos, limitación en los recursos, miedo a utilizar los métodos propuestos y barreras sociales, familiares o individuales, que pueden disuadir a muchas mujeres que, en condiciones normales, que estarían dispuestas a participar en estos programas. (Cleland, J., Ndugwa, R., & Zulu, E., 2011)

En cuanto a Colombia concierne y según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (ENDS) afirma, que: el conocimiento de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres en Colombia es universal, siendo el condón, la píldora, la inyección y la ligadura de trompas los más conocidos, y los menos conocidos la amenorrea por lactancia (MELA) y los métodos vaginales como óvulos, espumas, jaleas o espermicidas. (Profamilia, 2010, capítulo 6).

Además ENDS manifiesta que: El uso de métodos anticonceptivos ha venido en aumento desde el año de 1990 con un 66% y en el 2010 con el 79%. Este aumento se debe al esfuerzo que ha realizado el Ministerio de Protección Social para mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar y también para disminuir las desigualdades existentes entre los diferentes grupos poblacionales. También presentan datos de las mujeres que se encuentran entre el 15 a 49 años el 61% de ellas usan algún método de planificación familiar y tan solo el 21% de estas mujeres no utilizan métodos anticonceptivos, por diferentes factores como falta de educación, desinterés por estos o porque desean concebir un hijo. (Profamilia, 2010, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos)

Al realizar el análisis por regiones en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, las regiones que tienen un mayor uso son región Central y Oriental con un 82 % en mujeres casadas o unidas. Y las regiones que presentan un menor uso de los métodos anticonceptivos son la Orinoquía-Amazonía con el 79 % y la región Caribe que solo llega al 72%. (ENDS 2010)

Otros de los aspectos importantes a evaluar además de la planificación familiar es la asistencia de las mujeres gestantes a los controles prenatales, puesto que

según la ENDS del 2010 “la cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil”. Es por eso que el número de mujeres que asisten a los controles prenatales ha venido en aumento desde la encuesta que realizó la ENDS en el 2005, ya se hace evidente que las mujeres en área rural participan y acuden más a los controles prenatales y cursos de preparación para la paternidad y maternidad. (Profamilia, 2010, cap. 10)

Así mismo se evidencia el sometimiento de las mujeres en sus diferentes formas (económicas, sexuales, socio-cultural y políticas) se manifiesta en las decisiones que toman o dejan de tomar durante las tareas que realizan en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, así como en su percepción de la relación que sostienen con su cónyuge. La inequidad con la cual han sido tratadas podría terminar por limitar sus acciones, no solamente por su aceptación externa, sino por la baja autovaloración personal de su propio criterio. Es decir, que podría haber afectado su autoestima como ser humano con derechos. (Profamilia, 2010, cap. 10)

El desarrollo de la investigación, surge a través de la motivación que llevó a las investigadoras a describir y conocer las vivencias de las mujeres en torno al reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en particular el de *decidir libremente el número de hijos*; atendiendo a las experiencias de las investigadoras, en su ejercicio práctico como estudiantes de pregrado de enfermería, donde se observaba frecuentemente que las mujeres que asistían a las consultas, eran madres de uno o más hijos; y algunas señalaban que no conocían el derecho a decidir cuántos hijos deseaban tener, ni tampoco el intervalo de tiempo de un hijo a otro. A partir de esa motivación, se quiso conocer de manera más profunda, cuales son las vivencias que un grupo de mujeres experimentan con relación al derecho sexual y reproductivo a decidir el número de hijos.

La vivencia en relación con el derecho a decidir libremente el número de hijos por parte de las mujeres, es un fenómeno que se ha visto agravado y vulnerado, que ha conducido a serias dificultades de equidad y género, siendo notoria la vulnerabilidad de la población mundial a nivel económico y social de los individuos; en cualquier país del mundo se puede ver afectada por su situación (político-social) haciendo impactos en el empleo, educación, familia, política, cultura, salud, derechos humanos en países en origen de tránsito y destino, ante todo impactando la salud sexual y reproductiva, siendo los anteriores factores, determinantes a la hora de ejecutar y vulnerar el derecho a decidir el número de hijos en las mujeres. (Castillo, M. A., 1996)

La problemática de vulnerabilidad de las mujeres surge a partir de las diferencias de género, la cual figura entre las características más importantes, dentro de todos

los campos que hombres y mujeres se desarrollan (Oficina Internacional del Trabajo, 2004). En cuanto al campo de la salud, el género hace referencia a la construcción social de esferas de actividad masculinas y femeninas, cuya diferenciación se traduce en asimetrías institucionalizadas entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos y en el poder sobre ellos (OPS, 2007).

El género constituye una categoría simbólica, dinámica y enmarcada en contextos diversos. Justa Montero afirma que la sexualidad es la capacidad biológica de las mujeres para ser madres y la maternidad social, son dimensiones centrales en la construcción social de las categorías de género. No obstante la diversidad de los contextos y de los múltiples significados del ser mujer que implican, entre otras, dimensiones subjetivas. La maternidad constituye a nivel social un modelo hegemónico de la femineidad que según esta autora “se centra en la maternidad biológica y en un determinado modelo de maternidad social”. (Amado, A., et al, 2011)

En relación a lo anterior, se debe tener en cuenta que los derechos sexuales y reproductivos abarcan dos principios: derecho a planificar la propia vida y el derecho a la autodeterminación reproductiva, las cuales hacen referencia a estar libre de interferencias en la toma de decisiones reproductivas, y el derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afecten la vida sexual y reproductiva de las mujeres. (Lafaurie, M., 2008)

El derecho a determinar sin coacción el número e intervalo de hijos e hijas que se quiere tener, y a la información y los medios necesarios para llevar adelante sus opciones reproductivas, hacen parte del derecho a decidir libremente el número de hijos que se encuentra protegido por la legislación internacional dentro del marco de los derechos humanos y otros documentos de las Naciones Unidas que garantizan la convivencia y la armonía sexual, lográndose que la reproducción y la sexualidad se ejerzan con libertad, respetando la autonomía de los seres humanos. (Lafaurie, M., 2008)

Así mismo se encuentra que los varones ejercen una presión sobre las mujeres en cuanto al uso de anticonceptivos para controlar “que no estén con otros”, esta desigualdad en las relaciones de género, limitando a las mujeres para que tomen las riendas de su cuerpo, y es así como da validez a la incapacidad del varón para controlarse sexualmente, lo cual conlleva a que se presenten embarazos no deseados. (González de León, D., 2002).

Siguiendo por la misma línea de inequidad de género, otro de los motivos se enfoca en la violencia doméstica, ya que además de generar violencias sexuales y embarazos no deseados, origina otras situaciones que llevan a un sinnúmero de problemáticas, como lo es la práctica de un aborto, el cual se presentan en varias situaciones como: el aborto inducido como una forma de ejercicio del poder masculino, y otra de ellas es el aborto causado por la violencia física de la cual las

mujeres son víctimas de manera más frecuente de lo que parece. (González de León, D., Billings, D., y Ramírez, R., 2008).

En Colombia la vivencia de la sexualidad asume características distintas, planteando necesidades diferentes en cada etapa de la vida (infancia, adolescencia, adultez y vejez) a hombres y mujeres. Según el documento Conpes social 147, explican que los embarazos ocurren por múltiples razones, entre estas se encuentra la decisión voluntaria y consciente de quedar en embarazo. En este aspecto la OMS recomienda autonomía en la decisión del matrimonio en menores de 18 años y la reducción del embarazo en mujeres menores de 20 años considerando que las mujeres tienen capacidad de decisión en edad madura a decidir el número de hijos con el que ella desea conformar una familia. (OMS, 2011).

Las realidades nombradas anteriormente, brindan un indicio de saber que son las mujeres las afectadas en estas situaciones, y que los derechos sexuales y reproductivos de estas construyen alternativas éticas y políticas vitales para la transformación de realidades asociadas a la salud de la mujer y a la reducción de la mortalidad materna en países en vía de desarrollo, lo cual, como bien se ha escrito han estado ligada de manera estrecha la violencia de género permeada en el mundo personal, familiar y social.

Es por eso que la investigación se enfocó a las vivencias de un grupo de mujeres en relación con la decisión del número de hijos y cuyos resultados deben ser de gran aporte para la profesión de Enfermería dado que permitirá que se investigue en el campo familiar y de esta forma, encontrar las intervenciones adecuadas en los distintos contextos en los que se decida inclinar la investigación en la vida cotidiana; a su vez la formulación de acciones y re-dirección de las actuales estrategias de educación sexual y reproductiva, haciendo énfasis en un desarrollo personal e integral de las mujeres y hombres, buscando proteger el derecho sexual y reproductivo a decidir libremente el número de hijos.

También es importante que los profesionales enfermería en el campo familiar evidencien la importancia del abordaje de la salud sexual y reproductiva desde los derechos sexuales y reproductivos, pues desde allí se puede fomentar a que las mujeres se empoderen de su salud sexual y reproductiva, brindando las herramientas y conocimientos que les permitan fortalecer la toma de decisiones en cuanto a su salud.

Y finalmente este tipo de información es recomendada para que el profesional de enfermería y un equipo interdisciplinario desarrollen asesorías en salud sexual y reproductiva dirigida al ciclo vital y a la violación de los Derechos Sexuales y Reproductivos, especialmente al de decidir libremente el número de hijos, sin repercusiones mortales en las madres y el feto.



## 1.1 Definición operacional de términos

Para la investigación las autoras contemplan los siguientes términos de manera operacional en relación a la temática de “Decidir libremente el número de hijos”: Vivencias de un grupo de mujeres.

**Derechos sexuales y reproductivos:** Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (CIPD 1994)

**Derecho a decidir el número de hijos:** El derecho a decidir el número y espaciamiento de los/las hijos/as es un componente del derecho a la autodeterminación reproductiva. Implica el derecho a tener acceso a la información y orientación sobre planificación familiar y anticonceptivos, y la obligación del gobierno para garantizar dicho acceso (Ahumada,C., Kowalski, S., 2006)

**Mujer:** Para esta investigación es un ser compuesto de razón, cuerpo y alma. Que busca la resignificación desde su contexto sociocultural, el cual exige constancia, disciplina, entrega en la creación de su proyecto de vida para el cuidado de sí misma, de su familia y su entorno (Elaborado por las estudiantes)

**Vivencias:** Para esta investigación se adopta la definición de vivencia que referencia tres momentos básicos: antes, durante y después, en la investigación se toma solamente el Antes y el Después. (Eslava, D., 2008)

- Antes es donde se busca conocer cuáles fueron las decisiones que tomaron, si contaban con algún método de planificación familiar además de esto se pretende conocer los saberes (conocimientos), pensares (pensamientos), haceres (acciones).
- Después es donde pretende descubrir las opiniones acerca de las decisiones que tomaron, de las cosas que aprendieron, de las opiniones que tienen acerca de la situación, además, se pretende saber cuáles son los planes de estas mujeres y los aconsejares de estas mujeres en relación a decidir libremente el número de hijos.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

Conocer las vivencias en torno al derecho sexual y reproductivo a decidir libremente el número de hijos en un grupo de mujeres entre 18 y 39 años que laboran en una empresa de productos lácteos ubicada en la localidad 16 (Puente Aranda) en la ciudad de Bogotá en el primer trimestre de 2014.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar cuáles son los saberes (conocimientos), pensares (pensamientos), haceres (acciones), aprehenderes (enseñanzas), proyectares (planes) y aconsejares (opinión) de un grupo de mujeres en torno al derecho de decidir el número de hijos.
- Identificar los factores que intervienen en la toma de decisiones un grupo de mujeres frente al derecho de decidir el número de hijos.

### **2.3 Propósitos**

- Brindar herramientas y conocimientos acerca de los DSR, especialmente en el derecho a decidir el número de hijos a un grupo de mujeres.
- Incentivar el empoderamiento por parte de las mujeres, en torno a los DSR, especialmente en el derecho a decidir el número de hijos
- Incentivar a los profesionales de la salud, a fortalecer paulatinamente los conocimientos, acerca de los derechos sexuales y reproductivos, específicamente en el derecho a decidir libremente el número de hijos y ponerlos en marcha durante las consultas de planificación familiar.
- Incentivar a las mujeres, a que se actualicen en conocimientos periódicamente, en los derechos sexuales y reproductivos, específicamente en el derecho a decidir el número de hijos.

- Impulsar a que la población de mujeres jóvenes y adultas, promuevan, eduquen y fortalezcan los derechos sexuales y reproductivos, en especial el derecho a decidir el número de hijos, dentro de la familia
- Incentivar a los profesionales de enfermería a la formulación de estrategias educativas que fortalezcan la toma de decisiones de las mujeres en relación a los derechos sexuales y reproductivos enfocándose el derecho de decidir el número de hijos teniendo en cuenta los siguientes aspectos: planificación familiar, consulta pre-concepcional y controles prenatales, atendiendo a las vivencias expresadas por el grupo de mujeres participantes en la investigación.

### **3. MARCO TEÓRICO**

Teniendo en cuenta la situación problemática anteriormente mencionada, las autoras profundizan en tópicos que correlacionan el derecho a decidir el número de hijos en las mujeres con aquellos conceptos teóricos que permiten profundizar en el tema, por ende el marco teórico se aborda en tres aspectos:

1. Los derechos sexuales reproductivos.
2. Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la mujer.
3. Participación de enfermería en el posicionamiento de los derechos sexuales y reproductivos.

#### **3.1 Los derechos sexuales y reproductivos**

Para conocer las vivencias de las mujeres sobre el derecho a decidir el número de hijos, es necesario contextualizar y remitirse a los derechos sexuales y reproductivos, ya que son un conjunto de exigencias éticas que preceden a todo orden legal de cualquier país, un “horizonte de valores humanos” universales por encima de creencias, religiones y filosofías; son un intento de que las mujeres utilicen su razón y su libertad para construir un mundo mejor, una “utopía razonable” (Díaz, M., 2010).

Los derechos sexuales y reproductivos son un componente fundamental de los Derechos Humanos, ya que interpretados desde el punto de vista de la sexualidad y reproducción de hombres y mujeres, cuya garantía es requisito fundamental para el goce de una vida sexual plena y libre. Los derechos sexuales y reproductivos están arraigados en los principios más básicos de los derechos humanos y los intereses que protegen son diversos. (Defensoría del pueblo de Colombia – Profamilia – Organización Internacional para las Migraciones, 2007, p. 19).

Es importante mencionar que los derechos sexuales y reproductivos se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y por otros documentos de las Naciones Unidas; entre los principales instrumentos legales internacionales que los apoyan están: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976); Pacto de Derechos Económicos y Sociales (1976); Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la

Mujer (1981); Convención sobre los Derechos del Niño (1990), Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1993), Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1994), Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing (1995). (ONUSIDA, 2009, p. 1)

Es por ello que los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. (CEPRESI, 1999, p. 1).

Por lo cual “La sexualidad y el ejercicio de la misma, como partes sustantivas de la condición humana, son complejas, diversas, dinámicas, polémicas y conflictivas en una sociedad en cambio y suscita problemas y debates permanentes, tanto en la vida personal, como en la social, en el ámbito privado y en el ámbito público. Permitiendo que los derechos sexuales y reproductivos no son sólo temas sanitarios que tengan que ver con los contenidos de la salud sexual y reproductiva o de la educación sexual” (UNFPA, 2013)

De acuerdo a esta relación entre los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, permite a todas las personas tener una vivencia de la sexualidad humanizada, en la cual el vínculo afectivo se construye en democracia, en tanto los seres que se relacionan sexualmente tienen reconocimiento de la otra persona como de sí mismo, estableciéndose cómo sujetos de derechos, con capacidad para decidir con quién, cómo, cuándo, dónde, y por qué ejercen su sexualidad (UNFPA, 2013).

Es por ello que en Colombia la salud sexual y reproductiva se materializó en la política nacional de salud sexual y reproductiva diseñada en 2003. En la formulación de la política se tuvo en cuenta que los bajos niveles de salud sexual y reproductiva están asociados con poca educación, pobreza, ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, desplazamiento de la población o localización en zonas de conflicto, comportamientos que generan riesgo, inicio temprano de relaciones sexuales y algunos estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y las relaciones afectivas. Así mismo se evidencia desde el punto de vista de la prestación de servicios, que los factores que afectan la salud sexual y reproductiva son las deficiencias de calidad y bajo acceso a los mismos, la atención tan fragmentada, la falta de conocimiento de las normas o la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción. También, hay esquemas de prestación de servicios que no se ajustan a las características de las mujeres y sus familias, como tampoco existen modelos integrales de gestión en salud sexual y reproductiva. (Informe de Colombia sobre los Objetivos del Milenio., 2005).

De otra parte, la posibilidad de beneficiarse de la tecnología en salud de forma oportuna está mediada por tres elementos: el conocimiento que tienen las mujeres y las familias acerca de cuándo, dónde y por qué solicitar ayuda; las barreras geográficas y económicas que debe enfrentar y por la posibilidad de hacer uso de los servicios sin interferir en sus actividades cotidianas dentro y fuera del hogar (Ramos, 2004:11).

Colombia cuenta con una política Nacional de Salud sexual y reproductiva del año 2003 al 2010, la cual en este momento se encuentra en reestructuración. Es así como en esta política cuenta con unas líneas de acción, las cuales son:

- ❖ Maternidad segura
- ❖ Planificación familiar
- ❖ Salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes
- ❖ Cáncer de cuello uterino
- ❖ ITS, VIH/SIDA

Para el trabajo de esta investigación solo se tendrá en cuenta las primeras tres líneas de acción mencionadas anteriormente, las cuales tiene un impacto en las vivencias de las mujeres a la hora de decidir el número de hijos, puesto que estas líneas de acción, tienen una interrelación entre sí.

En cuanto a la SSR de los adolescentes, el principal factor que afecta la calidad de vida de las personas, es el embarazo precoz es un factor que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza. Otro de los factores de contribuye al aumento de la fecundidad en esta población, es el bajo nivel de escolaridad (Profamilia, ENDS. 2000). Es por esta razón que la política le apuesta a que la SSR de la población adolescente comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana. (Min. Protección Social, 2003)

Es ahí donde se puede establecer una relación con la línea de acción de maternidad segura, ya que el punto de partida de esta línea de acción de desencadena por las cifras emitidas por Ministerio de Salud, el cual establecen que 67.7 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos mueren en Colombia por causas asociadas a la maternidad. Es ahí donde la política nacional plantea acciones para reforzar en la población los beneficios de la captación temprana y la adherencia al control prenatal de la madre y su familia, así como las medidas de autocuidado que deben desarrollarse para el beneficio de la madre y el hijo/a. Adelantar acciones para que las mujeres y hombres en edad fértil conozcan sus deberes y

derechos en cuanto a los servicios de consulta pre-concepcional, control prenatal, parto, puerperio y atención a menores de un año. (Min. Protección Social, 2003)

Lo anterior, da paso a la línea siguiente de Planificación Familiar, en la cual se encuentra que el uso de métodos anticonceptivos es otra estrategia fundamental para mejorar la salud sexual y reproductiva, en la medida en que permite regular la fecundidad, facilitando con ello el manejo adecuado de los riesgos propios de la vida reproductiva y el ejercicio responsable de la vida sexual. El uso de métodos anticonceptivos modernos, reduce los embarazos no deseados, el riesgo de morir por causas asociadas con la maternidad, los embarazos en edades temprana o tardía y aquellos con reducido intervalo. (PNUD, 2005)

Las estrategias y acciones que plantean la política Nacional, en cuanto a este tema tienen como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario/a. (Min. Protección Social, 2003)

Una de los caminos por el cual se la política pretende mejorar el acceso de la población a los métodos de planificación. Es de promover alianzas estratégicas con el sector educativo formal, no formal e informal, con especial énfasis en los medios masivos de comunicación con el fin de propiciar cambios de actitud con base en información confiable en la población escolarizada y no escolarizada sobre diferentes métodos de planificación familiar, entre ellos la abstinencia sexual y el retardo de la edad de inicio de relaciones genitales; y desarrollar competencias para decidir el número de hijos/as que se quiere tener y el espaciamiento entre ellos, como decisión que compete a ambos miembros de la pareja. Igualmente, debe enfatizarse que la utilización o no de métodos de planificación familiar es una decisión que se mueve en el ámbito de la autonomía y la responsabilidad personal y social, en el contexto del proyecto de vida que cada cual escoge para sí. (Min. Protección Social, 2003)

Dentro de las estrategias que son contempladas en la planificación familiar, se encuentra el Fortalecimiento de la participación, en la cual se priorizo las siguientes acciones, las cuales deben centrarse en las organizaciones de participación social y comunitaria:

- Posicionar el tema de la planificación familiar en asociaciones y ligas de mujeres para que demanden planes, programas, proyectos, servicios y métodos eficaces y eficientes de planificación familiar que tengan en cuenta las diferentes características de los grupos poblacionales vulnerables.
- Promover en los hombres la planificación familiar como parte del autocuidado que debe existir en relación con el número de hijos/as y su espaciamiento.
- Empoderar a las mujeres para que tomen parte activa en las decisiones sobre los métodos de planificación familiar en la consejería que se brinda en servicios de salud.

### **3.2 Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la mujer**

Desde el punto de vista de género femenino, las mujeres han criticado la noción de los derechos humanos, desde la revolución francesa hasta la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, promulgada en 1791, que excluía a las mujeres del reconocimiento de derechos como ciudadanas, lo que motivó a Olympia de Gouges y Luisa Lacombe a proponer la célebre "Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana". (Rodríguez, L., 1999, p. 1)

Hechos como el nombrado en el párrafo anterior, han permitido el desarrollo de una serie de movimientos liderados por mujeres en diferentes momentos de la historia, no sólo en los países desarrollados, un claro ejemplo es el derecho a acceder a métodos anticonceptivos y el derecho al voto, movilizaron a miles de mujeres en Inglaterra y Estados Unidos hace más de cien años, sino también en los países en desarrollo, donde las demandas de las mujeres han conjugado sus derechos como género con los derechos económicos y sociales. (Rodríguez, L., 1999, p. 2)

Es así como la protección constitucional de estos derechos cobra una importancia particular, pues su ejercicio está vinculado a la esfera privada de la vida de las personas, que es en la que suelen ocurrir las afectaciones más frecuentes a los derechos de las mujeres. La ausencia de leyes que protegieran a las mujeres frente a la violencia doméstica o que les garantizaran tomar decisiones en relación a su propia fecundidad, son un claro ejemplo de la inequidad de género existente en la sociedad. (Villanueva, 2006)

Durante el año de 1994, se lleva a cabo la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), en la cual afirma que los derechos sexuales y reproductivos "se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las



parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. (PNUD, 2011)

Lo anterior tuvo repercusiones en la IV Conferencia sobre la Mujeres, en la cual se estableció que “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual” (PNUD, 2011)

Desde la perspectiva de género, los derechos sexuales aportan al reconocimiento de la ciudadanía de las mujeres, pues involucran el derecho a ser reconocidas como ciudadanas plenas, dignas, libres y, en consecuencia, a ser tratadas como personas integrales y no como seres exclusivamente reproductivos, así como a ejercer su sexualidad de manera placentera sin que ésta implique necesariamente el embarazo. También contribuyen a pensar a las mujeres como protagonistas de los procesos de desarrollo en los que la salud es una condición que exige respeto durante todo su ciclo vital y no sólo durante la “edad reproductiva”. (Defensoría del pueblo de Colombia – Profamilia – Organización Internacional para las Migraciones, 2007, p. 20).

A pesar de lo nombrado en los párrafos anteriores, Maoño y Vasquez 2010, manifiestan que existen “diferencias en la consideración del sujeto de estos derechos, mujeres o personas, dan cuenta de una tensión en la formulación de un conjunto de derechos nuevos que se derivan de las reivindicaciones feministas en el campo de la sexualidad y la fecundidad. Por un lado, el reconocimiento del doble patrón de valoración de las conductas sexuales de hombres y mujeres dio pie a la formulación del “derecho de las mujeres al placer sexual”; por otro, la constatación de que la desigualdad de poder entre los géneros”.

Y es así que durante las últimas décadas el Movimiento Internacional de Salud de las Mujeres citado por Lilia Rodríguez, ha promovido un debate en todo lo que concierne a los Derechos sexuales y reproductivos, el cual se concentra en los siguientes aspectos:

- a. El derecho a la integridad personal, implícita en el concepto de derechos reproductivos, articula la noción individual, de dignidad, seguridad con la dimensión social de los derechos sexuales y reproductivos. Estos

derechos, siendo individuales, no pueden ser ejercidos si no existen condiciones sociales. Esta vinculación de lo individual y social, coloca la discusión en el ámbito del desarrollo. La posibilidad de ejercer estos derechos está dada por el contexto económico, social, cultural, político en que viven las personas.

- b. Los derechos sexuales y reproductivos cuestionan la distinción público/privado, en tanto el ejercicio de la sexualidad y reproducción (esfera privada) requiere de medios para ejercerla, como por ejemplo, el acceso a la información oportuna y adecuada; servicios de salud de calidad; métodos anticonceptivos, etc. responsabilidades básicas del Estado (esfera pública).
- c. La reproducción es parte de la vida sexual de las personas, por lo tanto la noción de derechos sexuales y reproductivos involucra el ejercicio de la sexualidad con fines reproductivos o no.
- d. Las decisiones sobre sexualidad y reproducción "no siempre son explícitas, no involucran necesariamente a la pareja, y también puede ocurrir que no sean consensuales....en éstas operan significaciones culturales profundas sobre la maternidad, el ser mujer u hombre, y relaciones concretas de poder entre hombre y mujer". (Gysling citado por Rodríguez).
- e. El lenguaje universal de los Derechos Humanos, necesita ser revisado, a la luz del reconocimiento de la diversidad. Los derechos sexuales y reproductivos tienen a menudo diferentes significados, prioridades, según los contextos sociales y culturales (Correa y Petchesky citado por Rodríguez).
- f. El principio de igualdad que se relaciona con el derecho de hombres y mujeres a decidir sobre la sexualidad y reproducción, debe reconocer la situación de desigualdad social, económica, política de las mujeres en relación a los hombres. Las mujeres no tienen iguales posibilidades de decisión debido a las relaciones de poder que permean la vida de pareja.

De acuerdo a todo lo nombrado anteriormente, las investigadoras hallaron dos puntos claves que permiten conocer la importancia los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres, porque:

- ❖ El primero hace referencia a la toma de decisiones sobre el cuerpo, la sexualidad y reproducción que implica autonomía y poder. En el que la autonomía y la capacidad de toma de decisiones de las mujeres tienen un impacto en las condiciones de vida y en las esferas en que ellas se

desarrollan. Esto implica que se presente un incremento en los indicadores de educación, salud, ingresos, lo que permitirá que se esté desarrollando el empoderamiento de las mujeres, y que a su vez estén en la capacidad de atender a sus intereses estratégicos, como base para redefinir las de subordinación por género.

- ❖ La segunda razón está enfocada a cómo la toma de decisiones sobre la sexualidad y reproducción construye ciudadanía, estas tomas de decisiones requieren ciertas condiciones sociales que puedan hacer posible su cumplimiento. Y estas no se pueden llevar a cabo, dado que no todas las personas cuentan con las mismas posibilidades de tener acceso a una información oportuna y adecuada, servicios de salud de calidad, anticonceptivos, entre otros. Las diferencias no se presentan sólo entre hombres y mujeres, sino también entre mujeres.

Es por eso como lo manifiesta Lilia Rodríguez que “La articulación del derecho individual a decidir y la obligación social de crear condiciones para que las personas puedan ejercer sus derechos sienta las bases para la aplicación del principio de equidad y la construcción de la ciudadanía social, que incluye una relación de doble vía: de la comunidad hacia el ciudadano(a) y del/la ciudadano(a) a la comunidad, de derechos y responsabilidades. (Rodríguez, L., 1999, p. 7)

### **3.3 Participación de enfermería en el posicionamiento de los derechos sexuales y reproductivos**

En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él (Grupo de Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. 2002).

Según Watson (1979), el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. Lo cual permite que el cuidado se emplee en todos los momentos de salud y enfermedad de las personas y a su vez en todos los aspectos en que las personas se desarrollan, dentro de los cuales se encuentra la sexualidad y la reproducción,

El cuidado enfocado a la salud sexual y reproductiva no es fácil, debido a que los patrones de sexualidad y reproducción varían de acuerdo a las sociedades y sus cambios culturales, biológicos y sociales. Esto a su vez repercute en las condiciones de salud de las poblaciones y generan un gran impacto en la situación de salud actual. (HYPATIA, 2009)

Vale la pena mencionar el cambio del concepto de Salud Reproductiva y su formulación como Salud Sexual y Reproductiva, no ha estado libre de tensiones, y ha contemplado debates sobre la regulación de la fecundidad a través de políticas de planificación familiar, la defensa del derecho de las personas a tomar decisiones libres e informales en relación con el número de hijos, el papel del estado en asegurar la información y el acceso a métodos de control de la fecundidad, el derecho de las mujeres a su integridad física y a decidir por su cuerpo y las responsabilidades de las parejas con su comunidad y la educación sexual, teniendo en cuenta el género como categoría de análisis y la equidad, sin olvidar las diferencias que existen en cada ciclo vital. (Sociedad Cubana de Enfermería, 2013)

Para que enfermería lleve a cabo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y se pueda además fomentar la salud, se requiere del desarrollo de acciones que puedan fortalecer aquellos factores protectores individuales, familiares, sociales y culturales; que puedan mitigar el riesgo en individuos y comunidades; además, que logren generar acciones de autoprotección y de protección a otros. En este marco se define la promoción de la salud puesta en práctica desde las acciones, capacidades y posibilidades de los individuos, familias y comunidades.

En el párrafo anterior se nombra un término importante en la enfermería el cual es promoción de la salud, el cual tiene como finalidad, la búsqueda de medios para lograr la potenciación de la salud individual como comunitaria. (Zabalegui, 2009). Es por esta razón que la intervención de enfermería debe estar dirigida a promover un comportamiento sexual responsable. Para dar cumplimiento a esta finalidad es necesario realizar acciones independientes, estas se cumplen mediante la ejecución de programas de educación a la población; con la aplicación de diversos medios para prevenir la explotación, acoso, manipulación y discriminación sexual.

Esas acciones deberán estar van encaminadas a tratar el temor, prejuicio, discriminación y odio, relacionados con la sexualidad y las minorías sexuales; donde se conocen y respetan las identidades sexuales masculina y femenina, y las diferentes conductas sexuales y orientaciones sexuales (homosexualidad, bisexualidad y heterosexualidad). Eliminar la violencia de género en las que se reconocen la violencia sexual en diversas formas y las diferentes posibilidades de prevención de estas. Integrar programas de salud sexual dentro de la salud pública mediante evaluaciones generales y protocolos de intervención. Difundir los conocimientos científicos y crear una base para nuevas experiencias de calidad para el futuro.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipo de estudio**

La investigación que se realizó es de tipo cualitativa en salud, ya que como lo manifiesta Carmen Cuesta Benjumea se busca interpretar y construir los significados subjetivos que las personas atribuyen a su experiencia (Cuesta Benjumea, C., 1997, p. 15), a su vez Rodríguez, G., Gil, J., y García, E' (1996)., afirman que este tipo de investigación pretende estudiar la realidad tal y como sucede en el contexto natural, con el fin de obtener e interpretar las experiencias y sus significados que tienen las personas implicadas, por medio de una serie de herramientas como lo son las entrevistas, la experiencia personales, historias de vida y observación, que describen el diario vivir con sus situaciones problemáticas y los significados de la vida de la población a estudiar, cuyo punto en común es la interpretación de las experiencias.

### **4.2 Población**

La población participante en la investigación son mujeres de 18 a 49 años de edad, que hayan tenido la experiencia de haber estado con una pareja y que laboran en una empresa de elaboración de productos lácteos, que se encuentra localizada en la localidad dieciséis (Puente Aranda) de Bogotá, en la cual se pudo captar a las mujeres en su área de trabajo, pues la empresa permitió el acercamiento de las investigadoras en horas laborales.

Para la elección de las participantes, se tuvo en cuenta que las mujeres hayan tenido la experiencia de compartir con una pareja sentimental, y que tengan o no hijos, esta elección se hizo al azar y voluntariamente en donde las mujeres manifestaron que querían participar en el estudio, las entrevistas se realizaron dentro de la empresa, en horas laborales y con consentimiento informado.

Según la ENDS del 2011, Puente Aranda es una de las localidades de Bogotá con mayor proporción de mujeres solteras, 40 % de ellas, 24% viven en unión libre y 20% de ellas están casadas, además de esto se evidencia que en esta localidad la edad media en que las mujeres tienen su primera relación sexual es de 18.3 años, con una tasa de fecundidad total de 1.7 hijos, además de esto, se encuentra que en la localidad, el 39% de los hogares tienen como cabeza de familia a mujeres, en donde el 42% de ellas cuenta con educación secundaria o menos, el

36% cuenta con un nivel de educación superior y 22% tiene secundaria completa. (Alcaldía Mayor de Bogotá – Profamilia, 2011)

Respecto a lo anterior se puede deducir que, en la localidad de Puente Aranda, por ser una de los lugares con mayor porcentaje de mujeres solteras, con bajo nivel educativo, y con inicio de relaciones sexuales a temprana edad, puede existir un desconocimiento respecto al derecho sexual y reproductivo, específicamente en el derecho a decidir el número de hijos.

### **4.3 Instrumento**

Para el desarrollo de la investigación y obtención de datos el instrumento utilizado fue una entrevista semi-estructurada, la cual tiene como propósito adquirir descripciones del mundo vivido de las personas entrevistadas, con el fin de alcanzar interpretaciones verdaderas que describan el significado del fenómeno que se está investigando. Dentro de la entrevista se contó con un bloque de preguntas específicas que permitieron obtener respuestas concretas, a su vez se contó con preguntas abiertas con el propósito de que las investigadoras pudieran intervenir proponiendo más preguntas, con el fin de conocer a profundidad el pensamiento que tiene la persona entrevistada acerca del tema.

Sumado a la entrevista se utilizó un diario de campo y una grabadora los cuales permitieron obtener los datos de manera más precisa.

Se utilizaran preguntas descriptivas como: ¿Quiere o planea tener hijos?, ¿A qué edad tuvo su primer hijo?, ¿Fue un embarazo planeado?, ¿utilizaba algún método de planificación familiar?, ¿Considera que el número de hijos debe ser una elección entre pareja o individual?, ¿Alguna vez ha sido presionada para tener hijos?, ¿Cuál cree usted que es el número de hijos que debe tener?

### **4.4 Análisis de la información**

La información que se recopiló tuvo en cuenta la privacidad e intimidad del entrevistado, esto se hizo por medio de una clasificación en un cuadro, basados en la propuesta de análisis del profesor Daniel Eslava Albarracín (RN. MsC. PhD, profesor asociado facultad de enfermería Pontificia Universidad Javeriana), teniendo en cuenta seis aspectos importantes: saberes (conocimientos), pensares (pensamientos), haceres (acciones), aprehenderes (enseñanzas), proyectares (planes) y aconsejares (opinión), en donde se evidenciara los aspectos más importantes para esta investigación.

Para el análisis se tienen en cuenta los siguientes ejemplos:

Ejemplo:

E1: entrevista número 1

E2: entrevista número 2

Saberes (conocimientos): *"mi mama si nos decía que si un hombre nos besaba quedábamos embarazadas"*E1

Pensares (pensamientos): *"Quedar embarazada joven trae muchas desventajas, pierde muchas oportunidades, de pronto no se me da... son cosas que uno quisiera que mis hijos no pasará"* E2

#### **4.5 Aspectos éticos**

Este estudio está reglamentado por la resolución 8430 de 1993, donde en el capítulo II, se establece que para las investigaciones en comunidades se debe tener en cuenta:

**Artículo 17.** Las investigaciones, referidas a la salud humana, en comunidades, serán admisibles cuando el beneficio esperado para éstas sea razonablemente asegurado y cuando los estudios anteriores efectuados en pequeña escala determinen la ausencia de riesgos.

**Artículo 18.** En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y de otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de Consentimiento Informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 14, 15 y 16 de esta resolución.

**Artículo 19.** Cuando los individuos que conforman la comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, el Comité de Ética en Investigación de la entidad a la que pertenece el investigador principal, o de la Entidad en donde se realizará la investigación, podrá autorizar o no que el Consentimiento Informado de los sujetos sea obtenido a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad.

En caso de no obtener autorización por parte del Comité de Ética en Investigación, la Investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria.

**Artículo 20.** Las investigaciones experimentales en comunidades solo podrán ser realizadas por establecimientos que cuenten con Comités de Ética en

Investigación y la autorización previa de este Ministerio para llevarla a cabo, sin perjuicio de las atribuciones que corresponden a otras dependencias del Estado, y hubieren cumplido en todo caso con los estudios previos de toxicidad y demás pruebas de acuerdo con las características de los productos y el riesgo que impliquen para la salud humana.

**Artículo 21.** En todas las investigaciones en comunidad, los diseños de investigación deberán ofrecer las medidas prácticas de protección de los individuos y asegurar la obtención de resultados válidos acordes con los lineamientos establecidos para el desarrollo de dichos modelos.

**Artículo 22.** En cualquier investigación comunitaria, las consideraciones éticas aplicables a investigación en humanos, deberán ser extrapoladas al contexto comunal en los aspectos pertinentes.

Las investigadoras formularon un consentimiento informado que contiene la información básica y donde se explica todo el proceso, las ventajas, desventajas y los riesgos, y que fue sometido a una prueba piloto. Ésta investigación representa un riesgo para las participantes, dado que se indagan vivencias relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, la autonomía y se pueden llegar a identificar aspectos como violencia intrafamiliar o de género y que deben ser abordadas a través del diálogo y previa notificación a la institución de salud de primer nivel de la localidad a la cual pertenece la empresa donde laboran las mujeres; en el caso de las entrevistas realizadas no se encontraron casos de violencia de género o intrafamiliar para notificación. (Universidad de Cartagena, 2013)



## 5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 5.1 Análisis e interpretación de resultados

A continuación Se presentan los datos socio demográficos recopilados mediante entrevistas semi- estructuradas realizadas a seis colaboradoras de la empresa de productos lácteos La Campiña S.A.S ubicada en la localidad XVI de Puente Aranda en Bogotá D.C.

#### Datos demográficos de la muestra

<b>EDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entre 18 Y 49 Años</li></ul>
<b>NÚMERO DE PARTICIPANTES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 6 Mujeres</li></ul>
<b>NIVEL DE ECOLARIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Primaria: participante #5</li><li>• Secundaria: participantes # 2 y 3</li><li>• Estudio técnico-tecnológico: participantes #: 1, 4 y 6</li></ul>
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participante #1: Ninguno</li><li>• Participante #2: 3 Hijos</li><li>• Participante #3: 1Hijo</li><li>• Participante #4: 2 Hijos</li><li>• Participante #5: 4Hijos</li><li>• Participante #6: Ninguno</li></ul>

FUENTE: información recopilada por investigadoras

Las entrevistas se realizaron a 6 trabajadores de una empresa del sector de alimentos de Bogotá, del sexo femenino, en edades comprendidas entre los 18 y 49 años, dentro de las cuales en cuanto al nivel de escolaridad se encuentra una participante que realizo sus estudios hasta primaria; dos participantes que realizaron sus estudios hasta la secundaria y tres participantes que lograron obtener educación técnica y/o tecnológica. En cuanto al número de hijos de cada participantes se evidencio que la participante uno y la cinco hasta el momento no han tenido hijos; mientras que el resto de participantes se encuentran en un rango entre 1 a 4 hijos respectivamente. Durante la realización de la entrevista semi-estructurada las participantes se interesaron sobre los temas comprendidos en las preguntas realizadas.

A continuación se presentan los resultados, derivados de los testimonios de las mujeres entrevistadas, en relación a la experiencia a decidir libremente el número de hijos. Encontrando a través del análisis desde los dos momentos el antes y después; donde el antes hace referencia a los saberes (Conocimientos), pensares (Pensamientos), Haceres (acciones); y él después, donde se describen los aprehenderes (enseñanzas), proyectares (planes) y aconsejares (opiniones), atendiendo al reconocimiento de la experiencia de las mujeres en relación al derecho sexual y reproductivo de decidir libremente el número de hijos.

### 5.1.1 Saberes.

Se refiere a los conocimientos que tienen las mujeres acerca del derecho a decidir libremente el número de hijos, en éste aspecto acercado al conocimiento sobre la planificación familiar se encontró que las mujeres expresaron que en relación al derecho a decidir libremente el número de hijos, escucharon sobre métodos de planificación familiar en particular aquellos de barrera. Para lo cual desde el análisis comparativo en el aspecto de escolaridad y número de hijos, las participantes que tuvieron acceso a la educación técnica-tecnológica, tienen un acercamiento más amplio sobre la información de planificación familiar, lo cual se ve evidenciado en la no tenencia de hijos o la tenencia a una edad y un espaciamiento adecuado:

- *“Planificar o sea de que no vaya a haber un embarazo, un riesgo de un SIDA o una enfermedad. “Iba a utilizar la T, pero debido a que yo escuche que podían haber infecciones, que podía encarnarse entonces yo como que no”* **E1-22 años-Tecnólogo en Procesamiento de Alimentos-0 Hijos.**
- *“Precisamente para no tener hijos..., de tener conciencia de no tener más hijos, de cuidarse su cuerpo”* **E4-48 años-Técnico en Secretariado-2 Hijos.**
- *“Sí, yo fui al médico y la Dra., me explico que los métodos de planificación familiar servían para no tener hijos” “por el momento no planifico con ninguno, porque no tengo pareja”* **E6-23 años-Técnico en secretariado-0 Hijos.**

En comparación con las participantes que tienen educación básica primaria y/o secundaria el acceso a esta información fue deficiente por factores como: falta de información, falla en los canales de comunicación con los padres, falta de empoderamiento, desinterés en acciones para implementar métodos de planificación familiar y fuentes de información no confiables (amigos, vecinos y familiares)

- *“No señora, lo que le decían a uno en el colegio, porque en ese entonces ni siquiera se podía estudiar embarazada entonces es lo que le explicaban*

*allá, lo de planificar, que habían métodos, pero no le enseñaban o decían a uno lo que era, y con los papas menos, mi mamá nunca la verdad me dijo mijita esto y esto, eso ocurrió y ya, pero pues yo veo que hoy en día eso es más la información".* **E2-38 años-Bachiller-3Hijos.**

- *"A mí sí me hablaron de planificación pero no, nunca o sea nunca me llevaron a algún lado de que para ir a planificar, nada de eso, nunca me llevo, o sea no, igualmente lo tuve a los 15 años"* **E3-25 años-Secundaria-1 Hijo-1Aborto.**
- *"Nada, nunca use, en ese momento no, no ni siquiera sabía que métodos habían para uno planificar"* **E5-47 años-Primaria-4 Hijos.**

Así mismo se evidencia la adquisición de conocimiento después de haber tenido la experiencia de tener hijos, en las cuales se pueden evidenciar que las participantes **E2-E3 y E5**, su primer embarazo no fue deseado.

- *"He escuchado y he leído de algunos como la operación, la inyección, las pastillas, el de acá el Norplant, he escuchados que unos duran cinco años, que otros tienen que ser mensualmente la revisión, que no todos son 100% seguros, más o menos eso es lo que he escuchado"* **E2-38 años-Bachiller-3 Hijos.**
- *"Porque prácticamente lo único que sé es que tengo que planificar porque no quiero tener más hijos"* **E3-25 años-Secundaria-1 Hijo-1Aborto.**
- *"Después uno ya con el primero uno ya no quiere tener más hijos porque ya uno sabe cómo es pero entonces ya uno no, ni planifica ni nada, y uno con el segundo pues si ya uno planifica más"* **E5-47 años-Primaria-4 Hijos.**

### 5.1.2 Pensares

Describe los pensamientos en relación a ventajas, desventajas y etapas por las que han pasado las mujeres en su vida sexual y reproductiva. En cuanto a pensamientos en relación a la elegibilidad del número de hijos, ellas manifestaron que el número de hijos como mínimo debería ser dos dado por la situación económica, en este aspecto se encuentra similitud en lo que refieren todas las participantes

- *"Por ahí dos hijos, máximo dos hijos porque por eso de la situación y todo que uno no tiene un trabajo de estable"* **E1-22 años-Tecnólogo en Procesamiento de Alimentos-0 Hijos.**
- *"Yo creo que para mí esencial dos, nunca le haría falta nada, se acompañarían, mejor dicho me parece perfecto dos"* **E2-38 años-Bachiller-3 Hijos.**
- *"Dos hijos no más, no más ya no quiero más, porque no yo digo si es difícil uno pues uno dice bueno ya mi hijo esta grande él se defiende pero ya tres,*

*ya son muchos, para mí son muchos y digo no solo dos y ya” E3-25 años-Secundaria-1 Hijo-1Aborto.*

- *“De uno a dos hijos, porque uno... por el mismo ambiente que se vive, porque la relación no es tan natural como la de hace dos años, nosotros los seres humanos tenemos derecho a su relación, a posibilidad de empleo, entonces los hijos de uno se pueden realizarse como personas pero lastimosamente no hay la capacidad para todos, la crianza es algo muy tenaz” E4-48 años-Técnico en Secretariado-2 Hijos.*
- *“Siempre tuve la idea de dos hijos mínimo” E5-47 años-Primaria-4 Hijos.*
- *“Dos como mínimo, por aquello de la situación económica, para poderles brindar todo lo que necesitan, que nunca les haga falta nada” E6-23 años-Técnico en secretariado-0 Hijos.*

Así mismo que la decisión de tener un hijo se debería tomar conjuntamente en pareja, como lo referencian a continuación:

- *“No de uno solo sino de la pareja o sea tienen que sentarse en la mesa y decir, bueno queremos tener tantos hijos, mire la situación económica es esta, entonces es elección de los dos” E1-22 años-Tecnólogo en Procesamiento de Alimentos-0 Hijos.*
- *“Si claro, porque no ve que yo no puedo decir que me voy a quedar embarazada y no, si él quiere listo y si no yo no lo obligo, obviamente tiene que ser de común acuerdo” E3-25 años-Secundaria-1 Hijo-1Aborto.*
- *“No... eso debe ser entre las dos personas, entre la pareja, porque muchas veces, pues tener hijos por tener no es... pues no es aconsejable, ya que la pareja se ponga de acuerdo que sí que vamos a tener” E4-48 años-Técnico en Secretariado-2 Hijos.*
- *“Eso debe ser entre las dos personas, entre la pareja, porque muchas veces, pues tener hijos por tener no es... pues no es aconsejable, ya que la pareja se ponga de acuerdo”. E5-47 años-Primaria-4 Hijos.*
- *“Porque es pensar en el estilo de vida que se le va a brindar a otra personita y si sabemos que no se lo podemos garantizar es una decisión en la que cada uno sabe desde donde aportar y considerar si es posible, tener más de un hijo. No se puede pensar solo en el momento mismo del embarazo sino del futuro que le espera a ese bebé”. E6-23 años-Técnico en secretariado-0 Hijos.*

Además de esto se evidencio también una especial relevancia en relación a la importancia en algunas de las mujeres en la preparación personal en algún arte, profesión u oficio que permita la manutención de los hijos *“me hubiera gustado de pronto tenerlo bien, con alegría, sacarla con orgullo como dicen por ahí” E2-38 años-Bachiller-3 Hijos.*

También la postergación deseada en el primer embarazo dado que algunas de las mujeres refieren lo importante que hubiera sido para ellas haber planeado su primer hijo, pero como si lo han llevado a cabo en algunas de ellas con su segundo hijo *"Quedar embarazada joven trae muchas desventajas, pierde muchas oportunidades, de pronto no se me da..... son cosas que uno quisiera que mis hijos no pasará"* **E2-38 años-Bachiller-3 Hijos.**

En cuanto al segundo ítem, que es tomar la decisión en pareja de tener hijos, se puede ver que en las investigaciones citadas anteriormente no reflejan esto, ya que en estas se formula que los hombres generan una presión sobre las mujeres en cuanto al uso de anticonceptivos para controlar "que no estén con otros" *"el sexo en esa época era un tabú nunca le hablaron a uno que era un condón, que, que era una pastilla todo era muy tapado si me entiende, escuchaba sobre los órganos sexuales del hombres y de la mujer ya muy simultáneamente"* **E5-47 años-Primaria-4 Hijos** generan una desigualdad en las relaciones de Género, limita el que las mujeres tomen las riendas de su cuerpo y valida la incapacidad del varón para controlarse sexualmente, contexto éste, por excelencia, donde el embarazo no deseado tienen lugar. (González de León, D., 2002)

### 5.1.3 Haceres

Describe las acciones que fueron llevadas a cabo por las mujeres en relación a todo lo de planificación familiar. En cuanto a acciones las mujeres manifestaron haber tomado medidas en cuanto al uso de métodos de planificación, donde en continuidad con el primer análisis las mujeres reconocen haber escuchado de la planificación familiar y de algunos métodos.

- *"Fui a Profamilia sola sin decirle nada a mis papas a la EPS, y fui a eso de planificación pero pues salí tenía preguntas pero salí más confundida de allá"* **E1-22 años-Tecnólogo en Procesamiento de Alimentos-0 Hijos.**
- *"Las pastillas de planificar, el Microgynon creo que se llamaban; lo compre en una droguería. Porque mi mamá nunca me hablaba de eso, y segundo alguna vez fui al médico y me dijeron que tenía que llevar a mi mamá porque era menor de edad, entonces ya como que el miedo de que le digan a uno algo no, entonces fui a una droguería y me dijeron que no y fui a otra y me dijeron que sí, me dijeron que con eso podía planificar"* **E2-38 años-Bachiller-3 Hijos.**
- *"Arriba de Colsubsidio de Santa Librada, yo me fui a poner la T "* **E3-25 años-Secundaria-1 Hijo-1 Aborto.**
- *"No... yo inicialmente antes de empezar fui... al médico y para sugerir yo a donde me enviaban y me enviaron inicialmente a planificación familiar y ahí empecé a utilizar sistema de planificación pues mi vida sexual comenzó no muy joven"* **E4-48 años-Técnico en Secretariado-2 Hijos.**

- *“Cuando yo tuve mi segunda hija ahí si yo misma, no nadie, yo misma me fui porque ya eso existía por todos lados, uno iba a las tiendas o a las misceláneas y allá había el aviso de profamilia, profamilia una banderita verde que había ahí entonces ya sabía que uno tenía que planificar para no tener hijos rápido” E5-47 años-Primaria-4 Hijos*

Se evidencio que el acceso a éstos se da en las droguerías y EPS (Empresas Promotoras de Servicios de Salud) pero de manera frecuente con una adquisición desde la propia economía del hogar y en menor número recibidas desde la aseguradora o de la prestadora de servicios, lo cual también llama la atención sobre el desconocimiento de los derechos en salud en relación al acceso no sólo a la información en planificación familiar sino también en relación a los suministros de anticonceptivos que el POS (Plan Obligatorio de Salud) contempla para las usuarias Por otro lado llamo la atención como la decisión de la tenencia de hijos en éste aspectos se ve avocada sólo al método anticonceptivo pero aún no se evidencian testimonios relacionados con la autonomía de la mujer, La cual se relacionó mucho con los resultados que se observaron de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en la que se afirma:

El uso de métodos anticonceptivos ha venido en aumento desde el año de 1990 con un 66% y en el 2010 con el 79%. Este aumento se debe al esfuerzo que ha realizado el Ministerio de Protección Social para mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar y también para disminuir las desigualdades existentes entre los diferentes grupos poblacionales. A su vez presentan datos de las mujeres que se encuentran entre el 15 a 49 años el 61% de ellas usan algún método de planificación familiar y tan solo el 21% de estas mujeres no utilizan métodos anticonceptivos, por diferentes factores como falta de educación, desinterés por estos o por que desean concebir un hijo. (Profamilia, 2010, Conocimiento y usos de métodos anticonceptivos en Colombia)

Así mismo se evidencia que hay ciertos factores que limitan el inicio de la planificación familiar donde el temor a los efectos secundarios de los métodos, la oposición de la pareja, la postura de algunas iglesias (sobre todo la Católica y grupos asociados con ella) y las barreras para conseguir los métodos (inexistencia de servicios, costos, diferencias culturales o lingüísticas). Estas barreras, junto con la deficiente calidad de los servicios, representan factores particularmente importantes para ciertos grupos de mujeres (rurales e indígenas, sobre todo), los hombres y los adolescentes, cuyas necesidades de atención son diferentes de las de la mayoría de la población usuaria. (Langer, A., 2002, Pág. 193).

#### 5.1.4 Aprehenderes

Representa las enseñanzas de las mujeres en cuanto a su experiencia durante su sexualidad y el método de afrontamiento del embarazo. Dentro de las enseñanzas de las mujeres en torno a la elegibilidad del número de hijos, hacen referencia a factores como la familia, el estudio, la vivienda que influyen en la etapa de la crianza.

- *“Desde que yo nací vi cómo era la situación de que mi papá se iba a tomar y ella le tocaba o sea decirle a los vecinos venga regáleme un poquito de leche, veo ese reflejo en mí, o sea no quiero que me pase lo mismo, quiero planear bien las cosas en el momento de decidir tener un hijo”* **E1-22 años-Tecnólogo en Procesamiento de Alimentos-0 Hijos.**
- *“Ahorita yo no me voy a poner a tener hijos así, ya tuve y ya eso que me dice el que ay que se quite el DIU que yo no sé qué, hasta que nuestra relación este bien yo encargo hijos, porque es que los hijos vienen es a sufrir y yo más que he visto que a mi hijo le ha tocado sufrir mucho”* **E3-25 años-Secundaria-1 Hijo-1 Aborto.**
- *“Por eso digo yo que toda la vida le enseña a uno muchas cosas para uno tener experiencia y... para eso son los espejos”* **E4-48 años-Técnico en Secretariado-2 Hijos.**
- *“A través del proceso de la familia y del hogar de uno eh... que criar un hijo y tenerlo de pronto es fácil pero yo veía que en mi familia mi mama... éramos muchos hermanos y que desea uno tenerlo todo tranquila, que el estudio, que la vivienda que... entonces yo veía eso como... como una carga”* **E5-47 años-Primaria-4 Hijos**
- *“No se puede pensar solo en el momento mismo del embarazo sino del futuro que le espera a ese bebé”.* **E6-23 años-Técnico en secretariado-0 Hijos.**

Esto se relaciona con tres tipos de factores que ejercen influencia directa e indirectamente en la fecundidad. Se parte de los programas y políticas gubernamentales en los sectores de la salud y otros relacionados (educación, empleo), mediante los cuales se organizan la oferta de servicios de salud, de planificación familiar y de los bienes de otros factores (educación, empleo), que inciden directa e indirecta en la fecundidad. En segundo lugar están los factores socioeconómicos globales o el contexto social en que vive, incluido el discurso social sobre el matrimonio, la actividad sexual prematrimonial, la pareja, el amor, la familia. En tercer lugar están los factores socioeconómicos particulares e individuales donde reside la persona, el hogar. (Flórez, C., 2005, p. 391).

### 5.1.5 Proyectares

Hacen referencia a los planes a corto o largo plazo que tienen las mujeres ya sea para ellas mismas o para sus hijas en cuanto a la decisión de iniciar la fecundidad. Se evidencio que las mujeres que aún no tienen hijos planean empezar su fecundidad cuando se encuentren en una situación que se lo permita, esto en comparación con las mujeres que ya tienen hijos se relaciona con una participante que desea tener otro hijo, esta decisión dependerá únicamente del estado en la que se encuentre con su pareja.

- *"Si pero por ahí cuando tenga 25, 26 años, porque tengo muchos nervios"; "cuando vuelva a tener pareja, que estemos los dos de acuerdo de tener un hijo, y todo con tiempo, sin presiones no a la ligera" E1-22 años- Técnico en Procesamiento de Alimentos-0 Hijos.*
- *"Quiero tener otro hijo pues porque yo no quiero que mi hijo se quede solo, igual pues ahorita estamos con esos planes pero pues todavía no hasta que la relación de nosotros otra vez se vuelva a formalizar" E3-25 años- Secundaria-1 Hijo-1 Aborto.*
- *"Pienso que mi hija apenas empiece a tener su intimidad,..., yo pensaría que cuando ella se desarrolle yo le permitiría planificar" E4-48 años- Técnico en Secretariado-2 Hijos.*

Puesto que en cuanto a lo mencionado en los primeros capítulos se evidencia que en la ciudad de Bogotá para el año 2011 en las mujeres en un rango de edad de 15 a 34 años hay un aumento significativo en las tasa general de fecundidad, lo cual permite a la mujer el derecho a la elección del número de hijos que desean tener o pone a la mujer en una etapa reproductiva amplia, simultaneó al aumento de la planificación familiar que se nombró en los primeros análisis. Lo que permite inferir, que las mujeres ya han empezado a tener más empoderamiento sobre su vida sexual y reproductiva.

Esto se relaciona con encuestas realizadas que evidencian la relación entre bajos recursos económicos, bajo nivel de escolaridad y el embarazo, generándose de esta manera un círculo de pobreza cada vez mayor en nuestro país, situación social que repercutirá de manera negativa en el futuro de la Nación y que crea la importancia de brindar educación sexual y reproductiva a las adolescentes, enmarcada dentro de una formación que tenga bases en los aspectos afectivos y morales, lo cual permite dar sentido y responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad, comprometiendo así a los profesionales de enfermería a educar para contribuir en la disminución del número de embarazos adolescentes y por ende evitar complicaciones de salud tanto física como de salud mental en las futuras madres adolescentes. (Alvarado, H.; Noguera, N, 2011, pág. 158)



Así mismo se muestra que en diversas encuestas realizadas en distintos países proporcionan algunas indicaciones sobre las razones que subyacen a esta situación. La falta de conocimientos sobre los anticonceptivos es una de ellas, si bien en los últimos años se menciona menos frecuentemente que antes. En cambio, contribuye más el conocimiento deficiente de cómo utilizar un método determinado (especialmente los anticonceptivos orales), resultado de la ausencia total de asesoramiento (esto sucede, por ejemplo, cuando se adquieren los anticonceptivos en la farmacia y no se accede a una consulta con una persona cualificada) o de un asesoramiento deficiente. Este desconocimiento hace que el fracaso de los métodos sea frecuente.

### 5.1.6 Aconsejares

Hace referencia a las opiniones que tienen las mujeres respecto a la sexualidad y la elegibilidad del número de hijos que debe tener. En cuanto a opiniones se encuentra que las mujeres pensaban que esta es una decisión dentro de la cual se tiene la responsabilidad de decidir entre la pareja, siempre y cuando se respete la decisión del otro, pensando en el bienestar que esta decisión traiga no solo a los padres sino a la salud del nuevo miembro de la, lo cual es muy importante, dado que refleja como las mujeres adoptan que ésta es una decisión trascendental que permite y exige planeación de una nueva maternidad y paternidad con anterioridad, llamando fuertemente la atención que se contempla permanentemente la decisión conjunta con la pareja, sólo una de las mujeres refleja su decisión autónoma no dentro de un complemento con su compañero

- *“Quedar embarazada joven trae muchas desventajas, pierde muchas oportunidades, de pronto no se me da..... son cosas que uno quisiera que mis hijos no pasará” E2-38 años-Bachiller-3 Hijos.*
- *"Por eso uno debe pensar muchas veces con quien se mete y analizar muchas veces la persona que uno trata y que uno cree en ella pero entonces, muchas veces después cambia" E4-48 años-Técnico en Secretariado-2 Hijos.*
- *“Siento que es parte de su responsabilidad asesorar según su criterio, respetando lo que uno opina pero siempre pensando en el bienestar que esto puede generar en la vida y salud de la persona.” E6-23 años-Técnico en secretariado-0 Hijos.*

## 6. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

### 6.1 Recomendaciones

- **Disciplina:** la importancia de implementar los derechos sexuales y reproductivos, específicamente en el derecho a decidir libremente el número de hijos, en el proceso educativo de la salud, ayudaría al empoderamiento de los derechos por parte de las mujeres.
- **Investigación:** el desarrollo de más estudios acerca de los derechos sexuales y reproductivos, específicamente en el derecho a decidir libremente el número de hijos, en otras localidades de Bogotá, ayudaría a identificar que otros factores intervienen al momento de ejercer los DSR, con el fin de empoderar a los profesionales de la salud en este tema y erradicar el desconocimiento sobre estos.
- **Docencia:** incentivar a los estudiantes del área de la salud a investigar más sobre estos temas, pues el desconocimiento de los DSR, específicamente en el derecho a decidir libremente el número de hijos, no solo viene desde las familias más vulnerables, o de las mujeres con bajo nivel educativo si no que de la población de mujeres en general.

### 6.2 Conclusiones

- Para identificar las vivencias de las mujeres en relación al decidir libremente el número de hijos, se concluyó que:
  - En los *saberes (conocimientos)* se identificó, que a partir de una comparación de acuerdo al nivel educativo de cada una de ellas, se encontró que las participantes refieren conocimientos acerca de la planificación familiar, el cual origina vivencias diferentes en cada una de las participantes a la hora de decidir libremente el número de hijos. Y paralelo a lo anterior, en algunas participantes adquirieron conocimientos de planificación familiar después de las experiencias de sus primeros embarazos los cuales fueron no deseados.
  - En la sección de los *pensares (pensamientos)*, se halló que las participantes manifestaban que el mínimo de hijos que se debería ser de dos, dado que señalaban la importancia de la situación económica y como esta puede influenciar positiva o negativamente

en la crianza de los hijos. Y que a su vez la decisión de elegir el número de hijos debe ser en conjunto con la pareja, porque la responsabilidad de los hijos debe ser compartida entre los padres.

- En cuanto a los *haceres (acciones)*, las mujeres expresaron haber tomado medidas en cuanto al uso de métodos de planificación, y que para las participantes fueron suministrados por las EPS y las droguerías.
  - En el ítem de los *aprendeheres (enseñanzas)* las mujeres manifestaron que durante su experiencia de la sexualidad y el método de afrontamiento del embarazo, hay factores influyentes como la familia, el estudio, la vivienda que influyen en la etapa de la crianza, que intervienen en la decisión del número de hijos que ellas desean tener.
  - Se encontró en los *proyectares (planes)*, las mujeres expresaron planes a corto y largo plazo en los cuales se encuentran involucradas ellas como sus hijas, en relación a la fecundidad y el inicio de esta solo se deberá iniciar siempre y cuando la situación en la que se encuentre se los permita.
  - Por ultimo en los *aconsejares (opiniones)*, se identificó que las mujeres expresaban que la decisión del número de hijos debe ser en conjunto con la pareja, puesto que esto permitirá que se vayan adoptando los roles de maternidad y paternidad con anterioridad
- En cuanto a las vivencias del grupo de mujeres en relación al derecho de decidir libremente el número de hijos, se evidencio que los factores influyentes en esta decisión son: el *nivel de escolaridad*, acuerdo a el nivel educativo de cada una de ellas, se observa que tiene diferentes conocimientos sobre la planificación familiar; el aspecto *económico* relacionado con lo *laboral*, puesto que al no tener una estabilidad no podrá tener ingreso fijo el cual dificultara el sostenimiento de los hijos; el siguiente factor es el *familiar*, porque en la información recolectada y analizada se evidencio que las mujeres referían el no querer pasar por la misma situación que tuvieron sus familias durante la infancia; por último, es el factor relacionado con el *sector salud* dado que en algunas si manifestaban durante las consultas de planificación familiar originaba en ellas más dudas en vez de ser aclaradas.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, L. (2007). *Embarazo en adolescentes*. República Dominicana: UNICEF. Recuperado de Fondo de las Naciones Unidas. Recuperado de [http://www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_10191.htm](http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10191.htm). (Consultado 22 de Marzo de 2014)
- Alcaldía Mayor de Bogotá – Profamilia. (2011). *Resumen de prensa. Primera encuesta distrital de demografía y salud, Bogotá. 2011*. Recuperado de: <http://www.demografiaysaludbogota.co/admin/acrobat/resumendeprensa.pdf>. (Consultado: 13 de abril de 2014).
- Alvarado, H.; Noguera, N. (2011). *Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería*. Recuperado de: [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf) (Consultado: 4 de Abril de 2014)
- Amado, A., et al. (2011). *Historia del Feminismo en España*. Recuperado de: <http://www.nawey.net/wp-content/uploads/downloads/2012/11/Historia-del-feminismo-en-Espa%C3%B1a.pdf>. (Consultado: el 13 18 Febrero de 2014)
- Castillo, M. A. (1996). *Migración y derechos humanos*. México, D. F.: El Colegio de México. Recuperado de: [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/migracion\\_internacional/MigracionContCamb/10.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/migracion_internacional/MigracionContCamb/10.pdf). (Consultado: 11 de Febrero de 2014)
- Centro para la Educación y Prevención del SIDA – CEPRESI. (1999). *Los Derechos Sexuales son Derechos Humanos, fundamentales y universales*. Recuperado de: [http://www.cepresi.org.ni/files/doc/1169501234\\_Los%20Derechos%20Sexuales%20son%20Derechos%20Humanos.pdf](http://www.cepresi.org.ni/files/doc/1169501234_Los%20Derechos%20Sexuales%20son%20Derechos%20Humanos.pdf). (Consultado: 04 de abril de 2014).
- Cleland J. Ndugwa R, & Zulu, E. (2011). Planificación familiar en el África Subsahariana: ¿progreso o estancamiento?. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 89, 81-160. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/2/10-077925-ab/es/>. (Consultado: 09 de abril de 2014).
- Cuesta Benjumea, C. (1997). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Investigación y educación en enfermería*, 15(2), 13-24. Recuperado de: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18349/1/De%20la%20Cuesta\\_Caracteristicas%20de%20la%20Investigacion.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18349/1/De%20la%20Cuesta_Caracteristicas%20de%20la%20Investigacion.pdf). (Consultado: 08 de marzo de 2014).
- Defensoría del pueblo de Colombia – Profamilia – Organización Internacional para las Migraciones. (2007). *Módulo de la A a la Z en Derechos Sexuales y*

- Reproductivos*. Recuperado de: [www.oim.org.co/.../267-modulo-de-la-a-a-la-z-en-derechos-sexuales](http://www.oim.org.co/.../267-modulo-de-la-a-a-la-z-en-derechos-sexuales). (Consultado: 17 de marzo de 2014).
- Díaz, M. (2010). *Los derechos humanos*. Recuperado de: <http://montsepedroche.files.wordpress.com/2010/04/derechoshumanos.pdf>. (Consultado: 4 de abril de 2014).
- Eslava, D. (2008). *Vivencias de adolescentes varones frente al embarazo de un municipio del departamento de Risaralda*. Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis13.pdf>(Consultado: 4 de abril de 2014).
- Flórez, C. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Rev Panam Salud Publica*, 18(6), 388-402. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n6/28940.pdf>. (Consultado: 15 de abril de 2014).
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2003). *Política nacional de salud sexual y reproductiva*. Recuperado de: <http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/colombia.reprohealth.03.pdf>. (Consultado: 20 de marzo de 2014).
- González de León, D. (2002). *El aborto en México*. México, D. F.: IPAS. Recuperado de: <http://ccp.ucr.ac.cr/ac/gonzalez.pdf>. (Consultado: 13 de Febrero de 2014)
- González de León, D., Billings, D., y Ramírez, R. (2008). El aborto y la educación médica en México. *Salud Pública Mex*, 50(3), 258-267. Recuperado de: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002167>. (Consultado: 15 de marzo de 2014)
- Lafaurie, M. (2009). Los derechos sexuales y reproductivos: una mirada a la mujer en países en vías de desarrollo. *Med. UIS*, 22(2), 191-200. Recuperado de: [www.medicasis.org/anteriores/volumen22.2/doc9.pdf](http://www.medicasis.org/anteriores/volumen22.2/doc9.pdf). (Consultado 22 de marzo de 2014).
- Launger, A. (2002). *El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sexualidad en América Latina y el Caribe*. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf> (Consultado: 4 de Abril de 2014).
- Oficina Internacional del Trabajo. (2009). Conferencia Internacional del Trabajo, 98ª Reunión, Informe VI. La igualdad de género como eje del trabajo decente. Recuperado de: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms\\_106175.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_106175.pdf). (Consultado: 13 de abril de 2014).
- ONUSIDA. (2009). *Derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado de: [http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articulos-172254\\_recurso\\_1.pdf](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articulos-172254_recurso_1.pdf). (Consultado: 13 de marzo de 2014).
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2013). *Planificación familiar*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>. (Consultado: 22 de marzo de 2014)

- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Equidad de género en salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo*. Recuperado de: <http://www1.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf>. (Consultado: 12 de febrero de 2014).
- Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS. Uso de Métodos Anticonceptivos en el Pasado*. Recuperado de: [http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=38&Itemid=65](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=38&Itemid=65). (Consultado: 12 de abril de 2014).
- Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Conocimiento y usos de métodos anticonceptivos en Colombia*. Recuperado de: [http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/documentos/boletines/prensa/Conocimiento\\_y\\_Uso\\_de\\_Metodos\\_Anticonceptivos\\_en\\_Colombia.pdf](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/documentos/boletines/prensa/Conocimiento_y_Uso_de_Metodos_Anticonceptivos_en_Colombia.pdf). (Consultado: 23 de marzo de 2014).
- Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Capítulo 10. Salud materno-infantil*. Recuperado de: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-10.pdf>. (Consultado: 14 de marzo de 2014)
- Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Recuperado de: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-5.pdf>. (Consultado 18 de abril de 2014).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. América Latina Genera. (2003). *Derechos humanos de las mujeres*. Recuperado de: [http://www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=com\\_content&view=article&id=366&Itemid=186](http://www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=com_content&view=article&id=366&Itemid=186). (Consultado: 07 de abril de 2014).
- Ramírez, D., Nazar, A., Zapata, E., Estrada, E., Salvatierra, B. (2012). Vulnerabilidad, derechos sexuales y reproductivos de mujeres centroamericanas residentes en dos comunidades de la zona rural de Tapachula, Chiapas, México. *Papeles de Población*, 18(72), 113-145.
- Rodríguez, G., Gil, J., y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada, España: Aljibe. Recuperado de: [http://metodosdeinvestigacioninterdisciplinaria.bligoo.com.co/media/users/10/528344/files/53953/INVESTIGACION\\_CUALITATIVA\\_Rodriguez\\_et\\_al.pdf](http://metodosdeinvestigacioninterdisciplinaria.bligoo.com.co/media/users/10/528344/files/53953/INVESTIGACION_CUALITATIVA_Rodriguez_et_al.pdf). (Consultado: 5 de abril de 2014).
- Rodríguez, L. (1999). *Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los Derechos Humanos*. Recuperado de: <http://www.decidiresunderecho.org/files/LiliaRodriguez.pdf>. (Consultado: 14 de abril de 2014).
- Sociedad Cubana de Enfermería. (2013). *XV Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería, Salud sexual y reproductiva*. Recuperado de: <http://www.enfermeria.sld.cu/socuenf/congreso13/>. (Consultado: 15 de abril de 2014).

- Universidad de Cartagena. (2013). *Comité de ética en investigación*. Recuperado de: <http://investigaciones.unicartagena.edu.co/resolucion8430.pdf>. (Consultado: 14 de marzo de 2014).
- Uribe-Elías, R., y Billings, D. (2003). *Violencia sobre la salud de las mujeres ¿Por qué hoy?*. México: Femengo/lpas.
- Vásquez, M.; Caba, E. (2009). *Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Cooperación Internacional. Guía metodológica*. La Mancha, Castilla: Asociación Paz y Desarrollo. Recuperado de: [http://pazydesarrollo.org/pdf/guia\\_derechos\\_sexuales\\_y\\_reproductivos.pdf](http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_derechos_sexuales_y_reproductivos.pdf). (Consultado: 23 de marzo de 2014).
- PNUD (2011). Derechos humanos-derechos sexuales y reproductivos. Recuperado de: [http://www.americalatinagenera.org/es/documentos/tematicas/tema\\_derechos\\_humanos.pdf](http://www.americalatinagenera.org/es/documentos/tematicas/tema_derechos_humanos.pdf). (Consultado 18 mayo de 2014)
- Ahumada, C., Kowalski, S. (2006) Derechos sexuales y derechos reproductivos, Recuperado de: [http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/guia\\_activista\\_dsdr\\_withcover.pdf](http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/guia_activista_dsdr_withcover.pdf) (Consultado 21 de mayo de 2014).
- UNFPA (2013). Marco Ético de los Derechos humanos sexuales y reproductivos en el contexto Nacional e Internacional. Recuperado de: [http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/MARCO\\_ETICO\\_FINAL.pdf](http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/MARCO_ETICO_FINAL.pdf). (Consultado 18 de mayo de 2014)
- Maoño, y Velasquez (2009). Derechos sexuales y reproductivos. Recuperado de: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/66?extra=indice>. (Consultado 18 mayo de 2014).
- Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Capítulo I: Cuidado y práctica de Enfermería: nuevos avances conceptuales del grupo de cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002. pp.4-13.
- Watson J. Nursing: the Philosophy and Science of caring. Boston: Little Brown and Company; 1979. p. 320.
- HYPATIA, (2009). Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Cooperación Internacional. Recuperado de: [http://pazydesarrollo.org/pdf/guia\\_derechos\\_sexuales\\_y\\_reproductivos.pdf](http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_derechos_sexuales_y_reproductivos.pdf). (Consultado 18 mayo de 2014).
- Zabalegui (2009). Aquichan “El rol del profesional en enfermería”. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/33/63>. (Consultado 21 de mayo de 2014).

## 8.1 Anexo A

Saberes (Conocimientos)
<ul style="list-style-type: none"><li>• “Planificar o sea de que no vaya a haber un embarazo, un riesgo de un SIDA o una enfermedad. “Iba a utilizar la T, pero debido a que yo escuche que podían haber infecciones, que podía encarnarse entonces yo como que no” <b>E1-22 años-Tecnólogo en Procesamiento de Alimentos-0 Hijos.</b></li><li>• “Precisamente para no tener hijos..., de tener conciencia de no tener más hijos, de cuidarse su cuerpo” <b>E4-48 años-Técnico en Secretariado-2 Hijos.</b></li><li>• “Sí, yo fui al médico y la Dra., me explico que los métodos de planificación familiar servían para no tener hijos” “por el momento no planifico con ninguno, porque no tengo pareja” <b>E6-23 años-Técnico en secretariado-0 Hijos.</b></li><li>• “No señora, lo que le decían a uno en el colegio, porque en ese entonces ni siquiera se podía estudiar embarazada entonces es lo que le explicaban allá, lo de planificar, que habían métodos, pero no le enseñaban o decían a uno lo que era, y con los papas menos, mi mamá nunca la verdad me dijo mijita esto y esto, eso ocurrió y ya, pero pues yo veo que hoy en día eso es más la información”. <b>E2-38 años-Bachiller-3Hijos.</b></li><li>• “A mí sí me hablaron de planificación pero no, nunca o sea nunca me llevaron a algún lado de que para ir a planificar, nada de eso, nunca me llevo, o sea no, igualmente lo tuve a los 15 años” <b>E3-25 años-Secundaria-1 Hijo-1Aborto.</b></li><li>• “Nada, nunca use, en ese momento no, no ni siquiera sabía que métodos habían para uno planificar” <b>E5-47 años-Primaria-4 Hijos.</b></li><li>• “He escuchado y he leído de algunos como la operación, la inyección, las pastillas, el de acá el Norplant, he escuchados que unos duran cinco años, que otros tienen que ser mensualmente la revisión, que no todos son 100% seguros, más o menos eso es lo que he escuchado” <b>E2-38 años-Bachiller-3 Hijos.</b></li><li>• “Porque prácticamente lo único que sé es que tengo que planificar porque no quiero tener más hijos” <b>E3-25 años-Secundaria-1 Hijo-1Aborto.</b></li><li>• “Después uno ya con el primero uno ya no quiere tener más hijos porque ya uno sabe cómo es pero entonces ya uno no, ni planifica ni nada, y uno con el segundo pues si ya uno planifica más” <b>E5-47 años-Primaria-4 Hijos.</b></li></ul>



### **Pensares (Pensamientos)**

- *"Por ahí dos hijos, máximo dos hijos porque por eso de la situación y todo que uno no tiene un trabajo de estable"* **E1-22 años-Tecnólogo en Procesamiento de Alimentos-0 Hijos.**
- *"Yo creo que para mí esencial dos, nunca le haría falta nada, se acompañarían, mejor dicho me parece perfecto dos"* **E2-38 años-Bachiller-3 Hijos.**
- *"Dos hijos no más, no más ya no quiero más, porque no yo digo si es difícil uno pues uno dice bueno ya mi hijo esta grande él se defiende pero ya tres, ya son muchos, para mí son muchos y digo no solo dos y ya"* **E3-25 años-Secundaria-1 Hijo-1Aborto.**
- *"De uno a dos hijos, porque uno... por el mismo ambiente que se vive, porque la relación no es tan natural como la de hace dos años, nosotros los seres humanos tenemos derecho a su relación, a posibilidad de empleo, entonces los hijos de uno se pueden realizarse como personas pero lastimosamente no hay la capacidad para todos, la crianza es algo muy tenaz"* **E4-48 años-Técnico en Secretariado-2 Hijos.**
- *"Siempre tuve la idea de dos hijos mínimo"* **E5-47 años-Primaria-4 Hijos.**
- *"Dos como mínimo, por aquello de la situación económica, para poderles brindar todo lo que necesitan, que nunca les haga falta nada"* **E6-23 años-Técnico en secretariado-0 Hijos.**
- *"No de uno solo sino de la pareja o sea tienen que sentarse en la mesa y decir, bueno queremos tener tantos hijos, mire la situación económica es esta, entonces es elección de los dos"* **E1-22 años-Tecnólogo en Procesamiento de Alimentos-0 Hijos.**
- *"Si claro, porque no ve que yo no puedo decir que me voy a quedar embarazada y no, si él quiere listo y si no yo no lo obligo, obviamente tiene que ser de común acuerdo"* **E3-25 años-Secundaria-1 Hijo-1Aborto.**
- *"No... eso debe ser entre las dos personas, entre la pareja, porque muchas veces, pues tener hijos por tener no es... pues no es aconsejable, ya que la pareja se ponga de acuerdo que sí que vamos a tener"* **E4-48 años-Técnico en Secretariado-2 Hijos.**
- *"Eso debe ser entre las dos personas, entre la pareja, porque muchas veces, pues tener hijos por tener no es... pues no es aconsejable, ya que la pareja se ponga de acuerdo".* **E5-47 años-Primaria-4 Hijos.**
- *"Porque es pensar en el estilo de vida que se le va a brindar a otra personita y si sabemos que no se lo podemos garantizar es una decisión en la que cada uno sabe desde donde aportar y considerar si es posible, tener más de un hijo. No se puede pensar solo en el momento mismo del, embarazo sino del futuro que le espera a ese bebé".* **E6-23 años-Técnico en secretariado-0 Hijos.**

### Haceres (Acciones)

- *"Fui a Profamilia sola sin decirle nada a mis papas a la EPS, y fui a eso de planificación pero pues salí tenía preguntas pero salí más confundida de allá" **E1-22 años-Tecnólogo en Procesamiento de Alimentos-0 Hijos.***
- *"Las pastillas de planificar, el Microgynon creo que se llamaban; lo compre en una droguería. Porque mi mama nunca me hablaba de eso, y segundo alguna vez fui al médico y me dijeron que tenía que llevar a mi mamá porque era menor de edad, entonces ya como que el miedo de que le digan a uno algo no, entonces fui a una droguería y me dijeron que no y fui a otra y me dijeron que sí, me dijeron que con eso podía planificar" **E2-38 años-Bachiller-3 Hijos.***
- *"Arriba de Colsubsidio de Santa Librada, yo me fui a poner la T " **E3-25 años-Secundaria-1 Hijo-1Aborto.***
- *"No... yo inicialmente antes de empezar fui... al médico y para sugerir yo a donde me enviaban y me enviaron inicialmente a planificación familiar y ahí empecé a utilizar sistema de planificación pues mi vida sexual comenzó no muy joven" **E4-48 años-Técnico en Secretariado-2 Hijos.***
- *"Cuando yo tuve mi segunda hija ahí si yo misma, no nadie, yo misma me fui porque ya eso existía por todos lados, uno iba a las tiendas o a las misceláneas y allá había el aviso de profamilia, profamilia una banderita verde que había ahí entonces ya sabía que uno tenía que planificar para no tener hijos rápido" **E5-47 años-Primaria-4 Hijos***

### Proyectares (Planes)

- *"Si pero por ahí cuando tenga 25, 26 años, porque tengo muchos nervios"; "cuando vuelva a tener pareja, que estemos los dos de acuerdo de tener un hijo, y todo con tiempo, sin presiones no a la ligera" **E1-22 años-Tecnólogo en Procesamiento de Alimentos-0 Hijos.***
- *"Quiero tener otro hijo pues porque yo no quiero que mi hijo se quede solo, igual pues ahorita estamos con esos planes pero pues todavía no hasta que la relación de nosotros otra vez se vuelva a formalizar" **E3-25 años-Secundaria-1 Hijo-1Aborto.***
- *"Pienso que mi hija apenas empiece a tener su intimidad,..., yo pensaría que cuando ella se desarrolle yo le permitiría planificar" **E4-48 años-Técnico en Secretariado-2 Hijos.***

### **Aprehenderes (Enseñanzas)**

- *“Desde que yo nací vi cómo era la situación de que mi papá se iba a tomar y ella le tocaba o sea decirle a los vecinos venga regáleme un poquito de leche, veo ese reflejo en mí, o sea no quiero que me pase lo mismo, quiero planear bien las cosas en el momento de decidir tener un hijo”* **E1-22 años-Tecnólogo en Procesamiento de Alimentos-0 Hijos.**
- *“Ahorita yo no me voy a poner a tener hijos así, ya tuve y ya eso que me dice el que ay que se quite el DIU que yo no sé qué, hasta que nuestra relación este bien yo encargo hijos, porque es que los hijos vienen es a sufrir y yo más que he visto que a mi hijo le ha tocado sufrir mucho”* **E3-25 años-Secundaria-1 Hijo-1 Aborto.**
- *"Por eso digo yo que toda la vida le enseña a uno muchas cosas para uno tener experiencia y... para eso son los espejos"* **E4-48 años-Técnico en Secretariado-2 Hijos.**
- *“A través del proceso de la familia y del hogar de uno eh... que criar un hijo y tenerlo de pronto es fácil pero yo veía que en mi familia mi mamá... éramos muchos hermanos y que desea uno tenerlo todo tranquila, que el estudio, que la vivienda que... entonces yo veía eso como... como una carga”* **E5-47 años-Primaria-4 Hijos**
- *“No se puede pensar solo en el momento mismo del embarazo sino del futuro que le espera a ese bebé”.* **E6-23 años-Técnico en secretariado-0 Hijos.**

### **Aconsejares (opiniones)**

- *“Quedar embarazada joven trae muchas desventajas, pierde muchas oportunidades, de pronto no se me da..... son cosas que uno quisiera que mis hijos no pasará”* **E2-38 años-Bachiller-3 Hijos.**
- *"Por eso uno debe pensar muchas veces con quien se mete y analizar muchas veces la persona que uno trata y que uno cree en ella pero entonces, muchas veces después cambia"* **E4-48 años-Técnico en Secretariado-2 Hijos.**
- *“Siento que es parte de su responsabilidad asesorar según su criterio, respetando lo que uno opina pero siempre pensando en el bienestar que esto puede generar en la vida y salud de la persona.”* **E6-23 años-Técnico en secretariado-0 Hijos.**

## 8.2 Anexo B

### PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA FACULTAD DE ENFERMERÍA

#### “SIEMPRE TUVE LA IDEA DE DOS HIJOS COMO MÍNIMO” VIVENCIAS DE UN GRUPO DE MUJERES TRABAJADORAS EN BOGOTÁ D.C EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2014

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Nivel educativo:

Primaria\_\_\_ Secundaria\_\_\_ Técnico\_\_\_ Universitario\_\_\_  
Ninguno\_\_\_

Número de hijos:

1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ Más de 5\_\_\_ Ninguno\_\_\_

#### 1. Si tiene hijos

- A. ¿Sus hijos fueron planeados? Sí\_\_\_ No\_\_\_ Porque\_\_\_\_\_
- B. ¿A qué edad tuvo su primer hijo? \_\_\_\_\_
- C. ¿Fue un embarazo planeado? Sí\_\_\_ No\_\_\_
- D. ¿En ese momento utilizaba algún método de planificación familiar? Si\_\_\_  
No\_\_\_ Porque\_\_\_\_\_
- E. ¿Dónde lo adquirió o quien se lo prescribió?
- F. ¿Después de su primer embarazo ha pensado en la posibilidad de tener más hijos? Si\_\_\_ No\_\_\_ Cuando\_\_\_ Porque\_\_\_\_\_
- G. ¿considera importante tener en cuenta la decisión de su pareja? Si\_\_\_  
No\_\_\_ Porque\_\_\_\_\_

#### 2. Si no tiene hijos

- A. ¿Quiere o planea tener hijos? Sí\_\_\_ No\_\_\_
- B. ¿Por qué razón o motivo eligió o no elegiría esta decisión?

#### 3. Independientemente del número de hijos

- A. usted es: casada\_\_\_ Soltera\_\_\_ convive en unión libre\_\_\_\_\_
- B. ¿Actualmente vive con su pareja? Sí\_\_\_ No\_\_\_ Porque\_\_\_\_\_
- C. ¿Han hablado acerca del tema de tener hijos o de los hijos que tuvieron?
- D. ¿Su pareja la apoya en la decisión de tener hijos? Si\_\_\_ No\_\_\_  
Porque\_\_\_\_\_
- E. ¿Considera que el número de hijos debe ser una elección entre pareja o individual? Sí\_\_\_ No\_\_\_ ¿Por qué?

- F. ¿se ha visto afectada negativamente por el número de integrantes en su familia? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Porque\_\_\_\_\_
- G. ¿En su cotidianidad recibe la educación, e información necesaria para las prácticas sexuales? Si\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
- H. ¿Alguna vez ha sido presionada para tener hijos? Si\_\_ No\_\_\_ Por quien
- I. ¿Cuál cree usted que es el número de hijos que debe tener?
- J. ¿Ha escuchado acerca de la consulta pre-concepcional?  
 ¿Considera que es importante?\_\_\_\_\_  
 ¿Durante la gestación le hablaron de planificación y del número de hijos?
- K. ¿Sabe que son los métodos de planificación? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- L. ¿Qué método de planificación utiliza?
- M. ¿Asiste de manera periódica o regular a controles acerca de su método de planificación?
- N. ¿Durante la consulta de planificación familiar, usted ha sentido que el personal de salud ha interferido en su decisión en cuanto al método a elegir?
- O. ¿Durante la consulta de planificación familiar, usted ha sentido que el personal de salud ha tomado en cuenta la decisión de usted para la formulación del método de planificación familiar?
- P. ¿De qué manera percibe las sugerencias que le hace el personal de salud sobre métodos de planificación familiar, independientemente de la decisión que usted como usuaria ha tomado?

### 8.3 Anexo C



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA FACULTAD DE ENFERMERÍA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES “*SIEMPRE TUVE LA IDEA DE DOS HIJOS COMO MÍNIMO*” VIVENCIAS DE UN GRUPO DE MUJERES TRABAJADORAS EN BOGOTÁ D.C EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2014

#### Información para las personas a quienes se les ha pedido que participen en una investigación

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle(s) a decidir si usted(es) quieren participar en un estudio de investigación de riesgo mínimo. Siendo importante brindarle información precisa a cerca de los riesgos y beneficios del participar en el estudio. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

**Título de la investigación:** “Siempre tuve la idea de dos hijos como mínimo”. Vivencias de un grupo de mujeres trabajadoras en Bogotá D.C., en el primer trimestre del 2014.

**Personas a cargo del estudio:** Jenny Maritza Hernández Hernández, Hazbleyde Juselly Páez Palermo, Janneth Ramos Campo, Leidy Viviana Ruiz Parra. Estudiantes de sexto semestre de la Facultad de Enfermería, de la Pontificia Universidad Javeriana. La asesora es la docente: Andrea Paola Villamizar Monroy. En caso de cualquier duda o inquietud se puede poner en contacto personal con ellos, a través del teléfono 3208100962 o al 3208320 Ext.: 2668, en la Pontificia Universidad Javeriana.

**Plan de estudio:** El estudio se desarrollara por medio de encuestas a las mujeres de una empresa productora de alimentos., acerca de cuáles son las vivencias de un grupo de mujeres trabajadoras de la localidad de Puente Aranda en Bogotá sobre el derecho a decidir libremente el número de hijos.

La entrevista incluye preguntas relacionadas con datos socio-demográficos, preguntas sobre la vulnerabilidad del derecho sexual y reproductivo de decidir el número de hijos, sobre su vida cotidiana actual y sobre su estado de salud. La entrevista tendrá una duración aproximadamente de 35-40 minutos. Las entrevistas serán grabadas y la entrevistadora escribirá las respuestas recibidas, en cada formato de la entrevista.

**Beneficios de participar en este estudio:**

- El beneficio del estudio, es indagar cómo se vulnera el derecho sexual y reproductivo de escoger el número de hijos y conocer los resultados para las mujeres trabajadoras en una empresa productora de alimentos, conociendo el impacto de ello sobre ellas y su familia.
- Las mujeres tendrán la oportunidad de compartir las inquietudes en relación a su salud sexual y reproductiva con personas que se interesen en su situación y en caso de ser necesario, les brindaran apoyo y orientación en estos temas, en la medida de sus capacidades.

**Riesgos de participar en este estudio:**

No se conoce de ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación. La posibilidad de que haya decepción la minimizamos hablando de manera sincera a las mujeres participantes en las encuestas y entrevistas.

**Confidencialidad y privacidad de los archivos:**

Durante las entrevistas, se mantendrá su privacidad y la de las mujeres participantes. Los archivos con información se mantendrán de manera confidencial. Sólo los investigadores y el personal autorizado como el Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana pueden revisar los archivos resultantes de este proyecto. Con el fin de mantener el anonimato, no se escribirá el nombre de los entrevistados en el formato de la entrevista. Cada participante se identificará con un pseudónimo que él o ella misma seleccionará. Los datos y la información serán guardados bajo llave en la oficina de los investigadores. Los resultados de este estudio pueden ser publicados.

Sin Embargo, la información será combinada con la de otros participantes. Las publicaciones no incluirán el nombre de los participantes o ninguna otra información que permita identificarlos personalmente.

Sobre la ley de la mujer:

Las investigadoras conocemos y apoyamos la ley 1257 de 2008 en Colombia, que obliga a cualquier persona a denunciar a las autoridades competentes en caso de conocer o sospechar sobre cualquier caso de maltrato y violencia hacia una mujer.

**Participación voluntaria:**

La decisión de participar, en esta investigación es completamente voluntaria. Usted(es) (son) libre(s) de decidir participar y retirarse en cualquier momento, sin

que esto implique problemas con su pareja y familia o pérdida de beneficios que ya haya obtenido. Igualmente puede negarse a hacer la encuesta y entrevista, sin perjuicio de ninguna forma. Si alguna pregunta durante ésta le parece incómoda, usted puede informarlo o está en libertad de no responderla.

### **Preguntas y contactos:**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse en Bogotá con:

- Andrea Villamizar [villamizar-andrea@javeriana.edu.co](mailto:villamizar-andrea@javeriana.edu.co)
- Jenny Hernández [jhernandez@javeriana.edu.co](mailto:jhernandez@javeriana.edu.co)
- Hazbleyde Jucelly Páez Palermo [h.paez@javeriana.edu.co](mailto:h.paez@javeriana.edu.co)
- Janeth Ramos Campos [janeth.ramos@javeriana.edu.co](mailto:janeth.ramos@javeriana.edu.co)
- Leidy Viviana Ruiz Parra [Leidy-ruiz@javeriana.edu.co](mailto:Leidy-ruiz@javeriana.edu.co)
- Dirección electrónica [Vderechossexuales@hotmail.com](mailto:Vderechossexuales@hotmail.com)

### **Consentimiento:**

De manera libre doy mi consentimiento para participar bajo mi responsabilidad en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. Además que puedo hacer preguntas en cualquier momento y puedo negarme a responder si siento algún juicio de valor que se esté construyendo en ella, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

Yo acepto participar voluntariamente poniendo de manifiesto que no tengo intereses de ninguna índole.

---

Firma del participante

---

Fecha

### **Declaración del investigador:**

De manera cuidadosa he explicado a las mujeres participantes del estudio del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basada en lo mejor de mi conocimiento, las mujeres que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

---



Firma del investigador

---

Nombre del investigador

---

Fecha

**Información para las mujeres a quienes se les ha pedido que participen en una investigación:**

- ✓ Usted ha sido invitado a participar en un estudio para investigar sobre lo que piensa y siente en relación su salud sexual y reproductiva, y la vulnerabilidad del derecho sexual y reproductivo de decidir el número de hijos; cómo sienten vulnerado este derecho.
- ✓ En una entrevista le pediremos que responda algunas preguntas sobre usted, su familia, su salud sexual y reproductiva y como cree que se vulnera el derecho de decidir el número de hijos.
- ✓ Usted es libre de decidir si quiere que lo entreviste o no. Si siente que preferiría no participar pero que lo haría sólo por darle gusto a otra persona, esto puede querer decir que prefiere no participar.
- ✓ Para proteger su vida privada no escribiremos su nombre en el formato de la entrevista. En vez de eso, le pediremos que escoja un nombre ficticio pseudónimo. Así nadie más que los investigadores sabremos cuáles fueron las respuestas que usted dio.
- ✓ Usted es libre de retirarse en cualquier momento que no quiera continuar. Si no quiere continuar no va a recibir ningún castigo ni tendrá que devolver lo que ya ha recibido.

## 8.4 Anexo D



Bogotá D.C., 11 De Febrero 2014

Doctora:

**ALBA CONSUELO PINZÓN**  
**DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS**

Respetada Doctora

La presente con el fin de solicitar cordialmente su autorización para llevar a cabo en una empresa productora de alimentos, la recolección de la muestra para la investigación titulada: “*siempre tuve la idea de dos hijos como mínimo*” vivencias de un grupo de mujeres trabajadoras en Bogotá D.C., en el primer trimestre del 2014, la cual es realizada como requisito para obtener el grado de enfermeras de las estudiantes de 8º semestre de la carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana: Jenny Maritza Hernández Hernández CC 52858745 De Bogotá, Hazbleyde Juselly Páez Palermo CC: 1030614812 De Bogotá, Janeth Ramos Campo CC: 1070706350 De La Vega, Leidy Viviana Ruiz Parra CC: 1022985806 De Bogotá. Éstos datos serán recolectados por las investigadoras por medio de entrevistas semi estructuradas.

La investigación tiene un carácter exclusivamente académico manteniendo la confidencialidad de los participantes y de la institución. La participación de los informantes será voluntaria por medio de consentimiento informado y en forma posterior se darán a conocer los resultados de la investigación, dejando una copia en LA CAMPIÑA S.A.S.

Agradeciendo la atención al presente y atenta a sus comentarios.

Cordialmente,

A handwritten signature in blue ink that reads 'Andrea Paola Villamizar Monroy'.

**ANDREA PAOLA VILLAMIZAR MONROY**  
Profesora Departamento Salud de Colectivos  
Facultad de Enfermería  
Pontificia Universidad Javeriana

## 8.5 Anexo E

Bogotá D.C., 17 De Febrero 2014

Docente:

**ANDREA PAOLA VILLAMIZAR MONROY  
ENFERMERA-ASESORA DE TESIS  
DOCENTE DEPARTAMENTO SALUD COLECTIVOS  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA.**

Respetada Docente,

La presente es con el fin de aceptar la solicitud para que se lleve a cabo la recolección de la muestra para la investigación titulada: *“Decidir libremente el número de hijos: Vivencias de un grupo de mujeres”* en LA CAMPIÑA S.A.S., la cual será realizada por las estudiantes mencionadas a continuación:

- Jenny Maritza Hernández Hernández CC 52858745
- Hazbleyde Juselly Páez Palermo CC: 1030614812
- Janeth Ramos Campo CC: 1070706350
- Leidy Viviana Ruiz Parra CC: 1022985806

Agradeciendo la atención al presente y atenta a sus comentarios.

Cordialmente

**ALBA CONSUELO PINZÓN  
DIRECTORA DE GESTIÓN HUMANA  
LA CAMPIÑA S.A.S.**