

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN: INVESTIGACIÓN DE
SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD

**“El implante subdérmico como alternativa para mejorar la accesibilidad y reducir la
tasa de abandono de métodos anticonceptivos en las mujeres de la comunidad
Rural de Carlos Concha, Provincia de Esmeraldas-Ecuador”**

AUTOR. Olger Gustavo Ruiz Sisalima

DIRECTOR. MPH. Dr. Hugo Pereira

QUITO a, 5 de Mayo de 2014

10.-INSTRUCCIONES OPERATIVAS	24
10.1.-Actividades para el cumplimiento de Instrucciones operativas.	26
10.2 Consideraciones específicas.....	27
11- Metodología.....	27
11.1 Primera Fase.	28
11.2 Segunda fase. Febrero 2010, consistió en la introducción de cambio propuesta en la fase anterior.....	28
1.3 Tercera fase.....	29
12.-INDICADORES EVALUACIÓN OPERATIVA.....	30
13.-Operacionalización de variables de resultado.....	32
14.-Resultados y discusión	35
14.1.-De la evaluación operativa	35
14.2.- Evaluación analítica.....	37
15.- Conclusiones	42
16.-Recomendaciones	43
17.-Bibliografía	44
18.-Anexos	52
18.1 Algoritmo de control	52
18.2Entrevistas a personal de salud	52
18.3 Análisis entrevistas a personal de salud	52
18.4Encuesta a usuarias.....	52
18.5 Resultados encuestas	52
18.6 Entrevistas pareja, guía de preguntas.....	52
18.7 Análisis de Entrevistas pareja	52
18.8 Matriz de interrelación- respuestas	52
18.9 Galería	52
18.10 Mapa parlante	52
Respuestas a ejes temáticos por cada miembro de equipo de Salud Carlos Concha	58
.....	58

RESUMEN

Carlos Concha es una comunidad rural con dificultades de acceso geográfico a métodos anticonceptivos, lo que provoca altas tasas de abandono 56,9%, con consecuencias directas de embarazos no deseados, intergenesia inferior a un año 32,2%, embarazos en adolescentes 18,0%⁷. Los objetivos de la investigación se enfocan a determinar en qué medida el implante subdérmico mejora el acceso a planificación familiar segura y continua para reducir el alto índice de abandono, así como los embarazos no deseados, se usa la metodología, enfoque de investigación en sistemas y servicios de salud-Investigación acción, con aplicación de instrumentos de recolección de datos; técnica de grupo focal, con técnicas como la entrevista semi estructurada; aplicación de encuesta validada en comunidad con similares características socio económicas, existen probables sesgos debido a la dificultad de aplicar encuestas a todo el grupo de interés. Se establecen cuatro fases de aplicación, desde enero 2009 a agosto del 2013; se plantean instrucciones operativas que facilitan el cumplimiento de objetivos generales y específicos; la revisión de fuentes bibliográficas se realiza con motores de búsqueda avanzada, google; se utilizan bases de datos, de bibliotecas virtuales, Pubmed, Scielo, Excelencia clínica. Los resultados están relacionados con el cumplimiento de instrucciones operativas, descripción de factores que contribuyeron, sus ajustes correspondientes así como los hallazgos de las entrevistas inferidas sobre las bases teóricas, la tasa de adherencia es del 98,7% en 150 implantes aplicados en tres años que indica altos índices de aceptabilidad, brinda más seguridad en la relación sexual 87,5%. Por lo tanto, también contribuye a elevar el bienestar afectivo y sexual de la pareja.

Palabras clave: accesibilidad, Intergenesia corta, abandono métodos anticonceptivos

ABSTRACT.

Carlos Concha is a rural community with geographical constraints access to contraceptive methods, leading to high dropout rates 56.9%, with direct consequences of unwanted pregnancies, Intergenesia less than one year 32.2%, pregnancy teenagers 18, 0%. The objectives of the research focus to determine to what extent the subdermal implant improves access to safe family planning, continuing to reduce the high dropout rate, as well as unwanted pregnancies, the methodology used, approach and systems research health services - action research with application of tools for data collection, focus group, with techniques such as semi-structured interview, survey application validated in community with similar socio economic characteristics, there are likely biases due to the difficulty of applying polls whole group of interest. Four phases of implementation are established, from January 2009 to August 2013; operating instructions that facilitate compliance with general and specific targets; review of literature sources is performed with advanced search engines, google, databases are used, virtual libraries, PubMed, Scielo, clinical Excellence. The results are related to compliance with operating instructions, description of contributing factors, their adjustments as well as the findings of the interviews inferred on theoretical grounds, the adherence rate is 98.7 % in 150 implants

applied in three years indicating high levels of acceptability, provides security for intercourse 87.5 %. Therefore, also contributes to raising the emotional and sexual well-being of the couple.

Keywords: accessibility, short Intergenesia, neglect contraceptive methods.

Agradecimientos.

A todos quienes hicieron posible la construcción de esta trabajo, de manera especial a todas las mujeres que participaron directa e indirectamente en las entrevistas, encuestas y grupos focales, así como al equipo de salud de la comunidad rural Carlos Concha; a técnicos y líderes de proceso, quienes con su alto sentido de sensibilización continuaron con una propuesta de trabajo encaminado a transformar un sistema de salud local con responsabilidad y humildad.

Dedicatoria

De manera especial a Dios, a mis padres por haber generado la oportunidad de respirar el suave aroma de la vida con momentos dulces y amargos, porque siempre me enseñaron la honradez, tolerancia y lucha constante, además a mi familia, esposa e hijos, quienes se llenaron de paciencia y comprensión; al igual que a todos mis maestros quienes con su conocimiento me guiaron en este camino de construcción y deconstrucción profesional, de manera correcta e incondicional.

Gracias a todos.

“El implante subdérmico como alternativa para mejorar la accesibilidad y reducir la tasa de abandono de métodos anticonceptivos en las mujeres de la comunidad Rural de Carlos Concha, Provincia de Esmeraldas- Ecuador”

1.- Introducción.

Según informes de la Organización de Naciones Unidas, la población mundial tuvo un crecimiento de 7000 millones al año 2013; se estima que en la siguiente década aumente en mil millones, esto se ve influenciado por las altas tasas de fertilidad por encima de las cifras de remplazo poblacional (2,1 hijos por mujer). En las décadas actuales hay factores que están contribuyendo a mantener niveles apropiados de crecimiento debido al mejoramiento de la instrucción femenina y los avances tecnológicos en anticoncepción como los implantes subdérmicos cuando son empleados bajo condiciones apropiadas de información²⁵

A pesar de los avances biotecnológicos y la disponibilidad de métodos anticonceptivos, no se ha podido solucionar el problema del acceso y la permanencia de los servicios de salud para cumplir con las características básicas de la calidad de servicio: especificidad de funciones, complementariedad y atención en el nivel óptimo.⁵⁴ Además existen situaciones en las cuales muchas mujeres con necesidad insatisfecha, no usan los servicios disponibles, o lo hacen de manera temporal debido a los efectos secundarios que provocan.

En una revisión sistemática documental de historias clínicas realizada en el SCS de Carlos Concha (sobre mujeres en edad reproductiva), se encuentran cifras estadísticamente significativas de abandono de 56,9%, en los métodos disponibles como píldoras, inyectables en todas las usuarias en las que se prescribieron anticonceptivos por primera vez durante el año 2009 en el Subcentro de Salud Carlos Concha, sumadas a las que abandonan por efectos indeseables en un 38,7%, esto aumenta significativamente la carga de mortalidad infantil 22,3 por cada mil nacidos vivos⁵⁵, embarazos no deseados 45,1%, periodos intergenésicos cortos 32,2%, embarazo en adolescentes 18,07%, destete prematuro y desnutrición en lactantes,⁷ no se cuentan con datos disponibles a nivel local sobre el destete y desnutrición en lactantes, aunque el 55% de la población se encuentra en pobreza extrema.⁵⁵

Esta investigación se realizó bajo el enfoque metodológico de investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS), como parte del seguimiento a la implementación de una estrategia en un Subcentro de Salud de primer nivel, para reducir la tasa de abandono de métodos anticonceptivos y acortar las barreras de acceso. Se apoya en técnicas de investigación tales como la observación participante, entrevistas a profundidad, con aplicación de guías semi-estructuradas, mapeo de actores. El tiempo de observación fue de tres años en el que se evaluó el cumplimiento de objetivos, instrucciones operativas e indicadores de proceso. El proceso observacional fue desde enero del 2011 hasta agosto del año 2013.

2.-Contexto

Carlos Concha es una parroquia que se encuentra ubicada en la zona rural del Cantón Esmeraldas, a una hora con treinta minutos en vehículo de servicio público, su vía de acceso es de segundo orden hasta el centro parroquial,⁵⁵ ninguno de sus recintos cuenta con infraestructura sanitaria, no ha experimentado cambios en una década manteniendo un porcentaje de necesidades insatisfechas del 46,6%, según consumo (censo INEN 2001). Cuenta con dos unidades de salud, SCS Carlos Concha y del Seguro social Campesino; los problemas más frecuentes que inciden sobre la condición de vida comunitaria se encuentra el hacinamiento por la gran multiparidad, enfermedades dérmicas, parasitosis, violencia doméstica, esta última con escaso o nulo reconocimiento⁴⁶.

3.-Análisis situacional.

Según reportes estadísticos la planificación familiar podría salvar un 30% de muertes maternas directas, prevenir unos 50.000 abortos diarios, salvar millones de vidas de niños cada año y disminuir el crecimiento demográfico en un 30%. En el Ecuador muchas mujeres son captadas para planificación familiar en su visita post-parto, pero lo hacen solo de forma temporal. En el país existe una demanda insatisfecha de anticoncepción del 19%, lo que contrasta con los porcentajes de abandono en mujeres que acuden al Subcentro de Salud Carlos Concha el 56.9% cuya consecuencia directa es el embarazo no deseado 45,1%; periodos intergenésicos menores a un año 32,2% y embarazos en adolescentes 18,07%. Entre los factores que contribuyen al abandono de métodos anticonceptivos está, la permanencia del servicio, la accesibilidad geográfica: la mayor parte de la población se encuentra ubicada en la zona dispersa 75%.⁷ Estos datos se obtienen de revisión bibliográfica, análisis sistemático documental de historias clínicas de mujeres en edad reproductiva, que acuden a la unidad de salud para realizar planificación familiar, de acuerdo al informe del primer módulo de campo de la Maestría en salud pública donde se realiza un diagnóstico situacional. Además se utilizó la encuesta para determinar niveles de accesibilidad del grupo de interés

4.-Planteamiento del problema.

La población en su mayoría se encuentra entre dos y seis horas a pie, desde su lugar de vivienda hacia el centro de salud; por lo tanto, el acceso geográfico es uno de los factores que contribuye ostensiblemente para que las mujeres no lleguen a las consultas de planificación familiar, sin desestimar los niveles de percepción y el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos; en una encuesta realizada el primer semestre del año 2010 a todas las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos; en el Centro de Salud Carlos Concha (primeras y subsecuentes), para identificar si la falta de información contribuía a mantener altas las tasas de abandono (56,9%) contrasta con valores encontrados, debido a que el 64,2% aduce que tiene suficiente información, lo cual nos permite inferir que no es coherente con la realidad,⁷ debido a los altos índices de analfabetismo. Revisiones sistemáticas demuestran que a menor información en usuarias de planificación familiar, aumenta cuatro veces las posibilidades de interrumpir el anticonceptivo y por consiguiente el incremento en el número de embarazos.

En otras palabras, existen relaciones sistémicas entre factores que inciden en el abandono, sin embargo, las condiciones geográficas, la topografía del territorio donde la mayor parte de la población se encuentra en la zona dispersa, contribuyen significativamente a acrecentar la problemática de las mujeres en edad reproductiva dejándolas en un estado de vulnerabilidad frente al embarazo no deseado, incluidas aquellas que adoptaron un método como píldoras y/o inyectables; además el MSP no contaba con la disponibilidad del método en todo el país, durante los años 2009, 2010, cuando se implementa la estrategia como iniciativa institucional asociada a un eje coyuntural aplicando la metodología investigación-acción de la Maestría en Salud Pública para resolver el problema.

5.-Descriptores.

Abandono de métodos anticonceptivos, embarazo no deseado, embarazo en adolescentes, Intergenesia corta, accesibilidad geográfica.

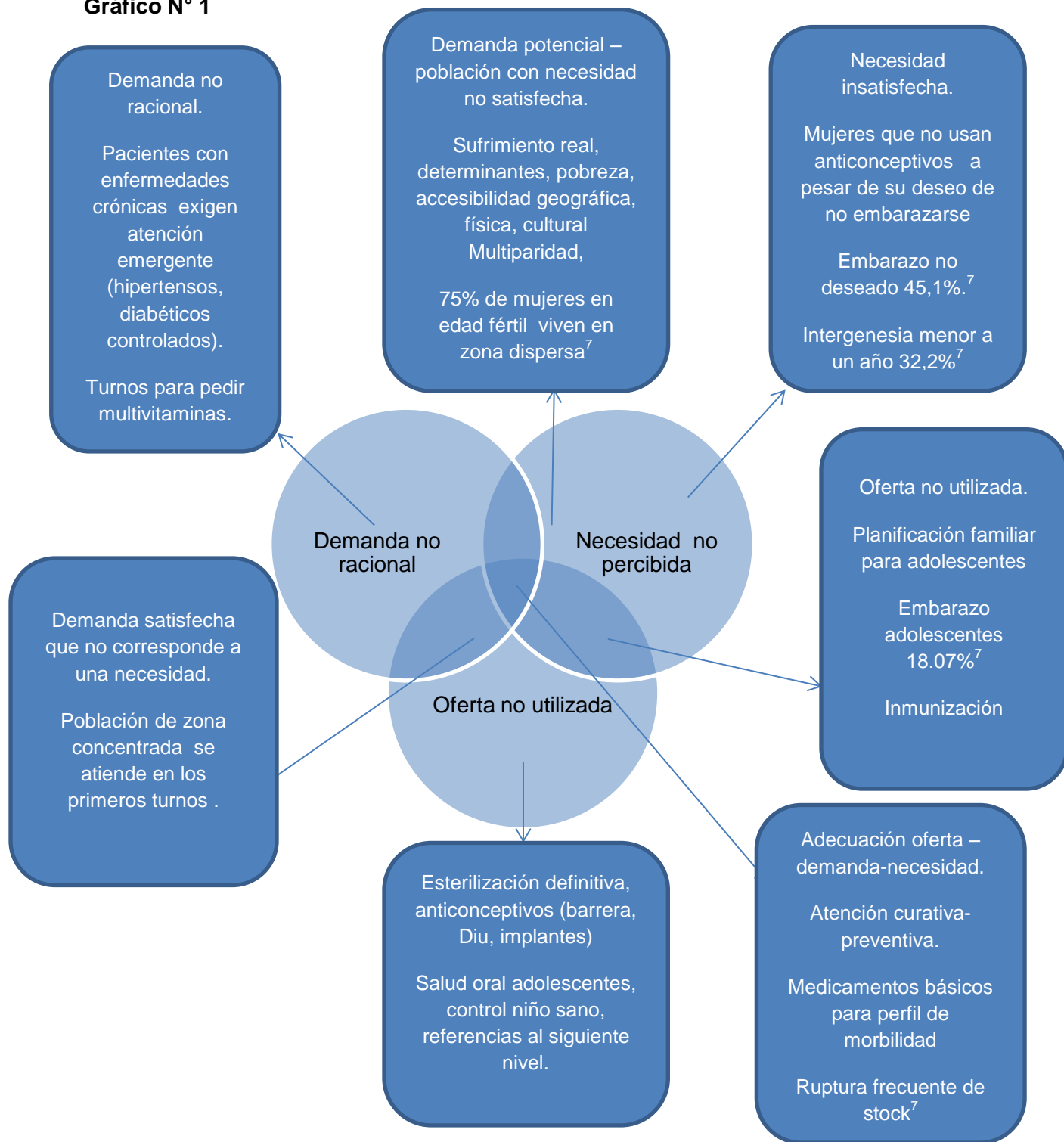
5.1.-Accesibilidad, dificultades para acceder a un servicio de salud, población dispersa en un 75%, caminos de herradura, mayor distancia desde caserío a unidad operativa: 6 horas a pie; la accesibilidad es directamente proporcional a la distancia entre el servicio y la población.^{7, 28} Estos datos se obtienen de la encuesta y de la revisión documental.

5.2.-Abandono métodos anticonceptivos. Atribuido frecuentemente a la falta de método, son directamente proporcionales a la efectividad, 56,9% en Carlos Concha.⁷ Estos datos se obtienen de la revisión documental de las historias clínicas de las usuarias de planificación familiar.

5.3.-Intergenesia corta, el intervalo del embarazo debe ser de 24 meses, tiempo necesario para la recuperación bio-psico-social y las reservas de hierro de la nueva madre; caso contrario, puede provocar retraso de crecimiento intrauterino.32,2%⁷. Este dato se conoce por la revisión de historias clínicas, de acuerdo al formulario # 051 de control prenatal en el primer módulo de campo realizado en la Maestría en salud pública.

6.-Modelo descriptivo oferta- demanda-necesidad Subcentro de Salud Carlos Concha.

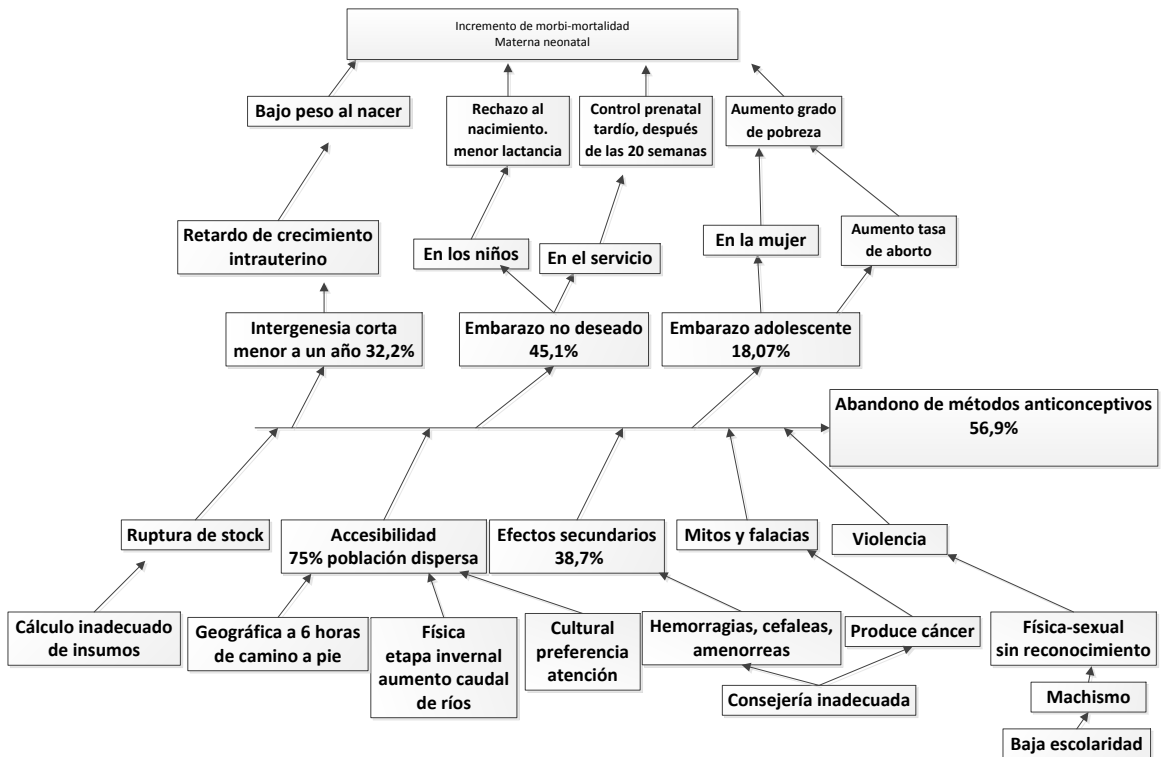
Gráfico N° 1



Fuente: Adaptado a Diagrama de Venn. ²⁸Historias clínicas Centro de Salud Carlos Concha⁷. Elaborado por: Obstetra Olger Ruiz. Investigador.

Gráfico N° 2

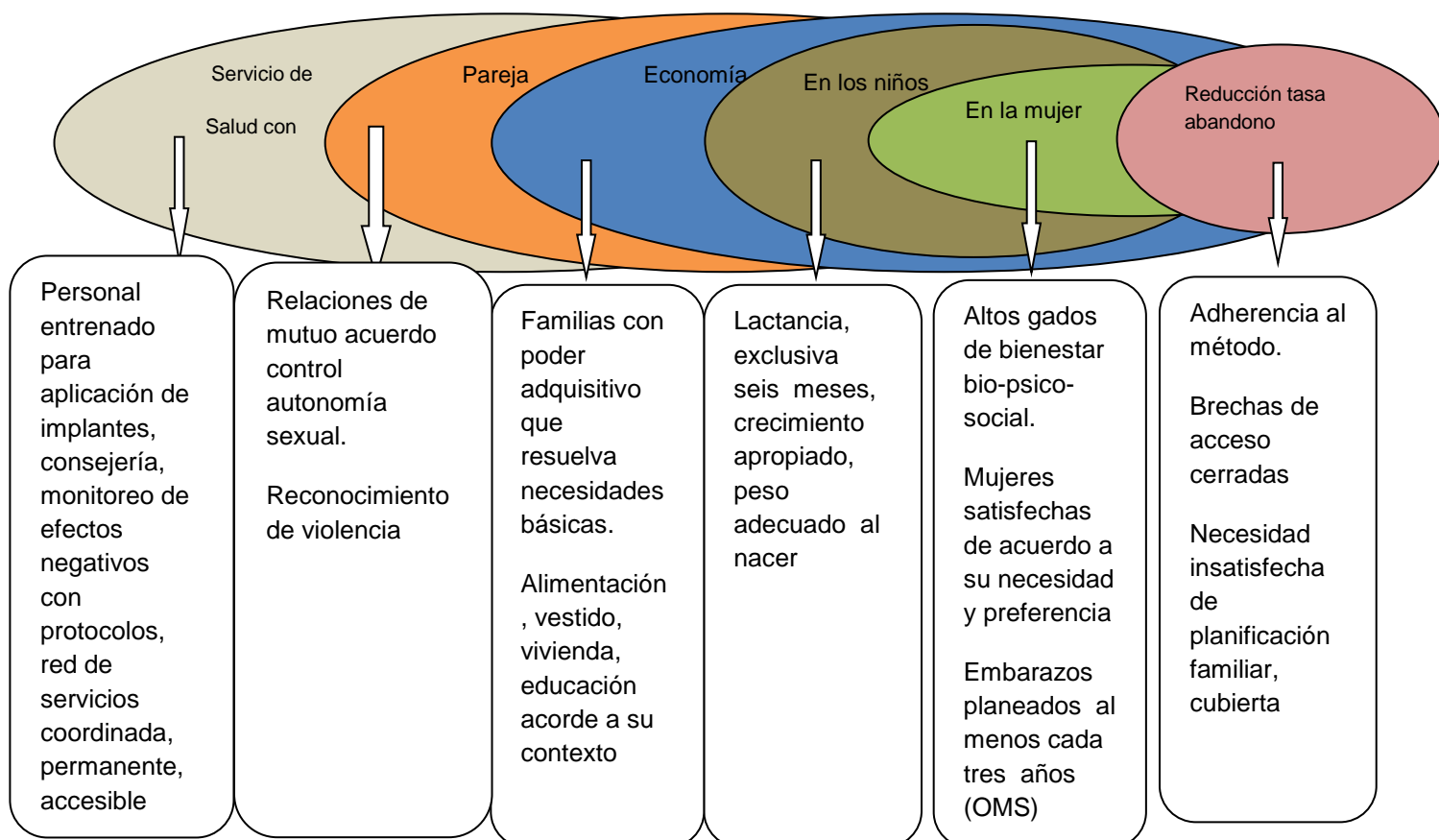
6.1.-Modelo causa efecto de abandono métodos anticonceptivos.



Fuente: Historias clínicas Centro de Salud Carlos Concha. Revisión bibliográfica, Elaborado por: Obstetra Olger Ruiz. Investigador

Gráfico N° 3

6.2.-Modelo ecológico prescriptivo reducción de tasas de abandono de anticonceptivos.



Fuente: Adaptado de Heinse 1998¹⁰: Elaborado por: Obstetra Olger Ruiz. Investigador.

7.-Aporte de la revisión bibliográfica.

Debido a la relación multisistémica que tiene el problema escogido con la oferta-demanda-necesidad no percibida, para no tener una visión superficial del problema revisaremos varios conceptos que permitan una mejor comprensión, porque cada comunidad percibe la salud de forma distinta. Si se asume que la falta de salud representa un estado de sufrimiento, se considerará la definición de demanda, mediante la cual una población o individuo busca solución al sufrimiento, mientras que la necesidad puede ser conceptual u operacional.

Conceptualmente **demanda**, es el requerimiento de necesidades básicas humanas que permiten una calidad de vida estable tales como: educación, vestido, vivienda y sobre todo de salud⁵⁶. Mientras que en el sentido operacional, se define como el monto de servicios para asegurar el nivel óptimo de atención médica²⁸; sin embargo, la respuesta a

la demanda requiere un servicio de salud con capacidad de empatía. En otras palabras es la capacidad de “comprender” el sufrimiento.

Esta combinación de oferta y demanda condiciona la utilización de los servicios de salud, partiendo de la motivación y la confianza, que está disponible para dar respuesta a un problema de salud, al considerar accesibilidad y aceptabilidad y asumir estas dos últimas cualidades como interacción óptima.

En consecuencia, la accesibilidad se ve reflejada en la utilización de un servicio asegurando una atención efectiva, global, integrada y continua para una comunidad, que puede estar definida geográficamente o a través de una relación. Por lo tanto, una atención de calidad dependerá de las características del servicio.

Accesibilidad geográfica: el servicio debe estar lo más cerca de la población (descentralización operativa), o con acceso por cualquier vía.

Accesibilidad económica: un pago por acto o un gasto inadvertido al momento de necesitar atención médica constituye una barrera financiera para los grupos con bajos ingresos²⁸.

Accesibilidad cultural: cierto tipo de atención puede ser científicamente racional, pero no aceptable para la gente.

Polivalencia: llamada también accesibilidad funcional, puede manejar de manera directa o utilizando la referencia a otros servicios.

Permanencia o accesibilidad temporal, debe estar accesible por lo menos todos los días, asegura la continuidad de la atención.²⁸

Cuando hablamos de accesibilidad a métodos anticonceptivos a partir del año 1994, se incrementa su utilización a nivel mundial del 55 al 61%,⁶ el uso varía según la región desde un 25% en África a un 65% en Asia; sin embargo, las estadísticas reflejan que en promedio su utilización es del 46%. Es indispensable mencionar que además existen varios factores que restringen su uso como: falta de insumos, carencia de profesionales con sensibilidad frente al tema con garantía de confidencialidad, falta de conocimiento acerca de la efectividad, falta de apoyo por parte de la comunidad o del cónyuge y limitaciones financieras.

Mejorar la accesibilidad implica que los servicios se ajusten a las necesidades de las mujeres, aumentando los grados de conocimiento y con planes estratégicos de intervención para atender los efectos negativos y los riesgos de interrupción del método.⁷ Los conflictos territoriales pueden afectar el acceso y provocar cambio de hábitos reproductivos que tienen como finalidad recuperar el número de hijos que se pierden debido al gran número de víctimas⁸.

Los avances biotecnológicos han sido uno de los desarrollos científicos más importantes y han estado relacionados con la aparición de métodos anticonceptivos que influyeron

sobre el rol social de la mujer, en la satisfacción sexual y en la reproducción. Estudios a nivel mundial, muestran el papel que tiene la anticoncepción en el control de la fecundidad, tanto en las zonas urbanas como rurales, siendo factores determinantes en su uso los niveles de escolaridad y los grados de pobreza; se observan tasas de menor uso en mujeres que habitan en zonas de extrema pobreza y con dificultades de acceso³⁶.

Un estudio de accesibilidad y tolerabilidad del implante subdérmico realizado en 66 mujeres de exclusión social en Sevilla, (enero 2009 a 2010) concluye que no hay diferencias significativas cuando se aplican a poblaciones con marcadas diferencias sociales; además considera la posibilidad de extrapolar los resultados, a pesar de ser una muestra pequeña para incluirlo en los programas de planificación familiar⁴⁶

Por tanto, el acceso siempre está ligado a la calidad del servicio y apoyo continuo, tanto de profesionales como agentes comunitarios, esto hace más atractiva y confidencial la atención con un adecuado soporte de información: pieza clave para evitar el abandono.

7.1.- Cambios atribuidos al implante subdérmico en violencia.

Según la OMS, la violencia consiste en *“el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico o privaciones, también comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados, así como una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidación y consecuencias de comportamiento violento a menudo menos notorias como daños psíquicos, privaciones y deficiencia del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades”*^{11, 57}.

Según las características de la violencia, ésta se puede clasificar en: Autoinflingida (comportamiento suicida); interpersonal (de pareja–personas extrañas) y colectiva, social, política y económica.¹¹

En numerosas culturas se sostiene que el hombre tiene derecho a controlar el comportamiento de la esposa y que la mujer que disputa ese derecho puede ser castigada¹⁰. Por tanto, en las mujeres que tienen experiencias de violencia durante el embarazo, éste se complica debido a su carácter estresante, especialmente cuando no es deseado 39,5%; además subrayan que la violencia severa o moderada es frecuente en el periodo de postparto, 19% a 24%. Existe una correlación altamente significativa entre violencia y síntomas ansiosos y depresivos en la mujer, lo que demuestra el severo impacto sobre la salud mental y autoestima de la mujer que la padece. La baja autoestima de mujeres embarazadas predice negligencia en el cuidado de los niños/as hasta tres años después del parto, puede interferir seriamente en el desarrollo socioemocional del niño, dejándolo vulnerable a sufrir trastornos de personalidad, tener problemas de aprendizaje y trastornos psiquiátricos en el futuro.

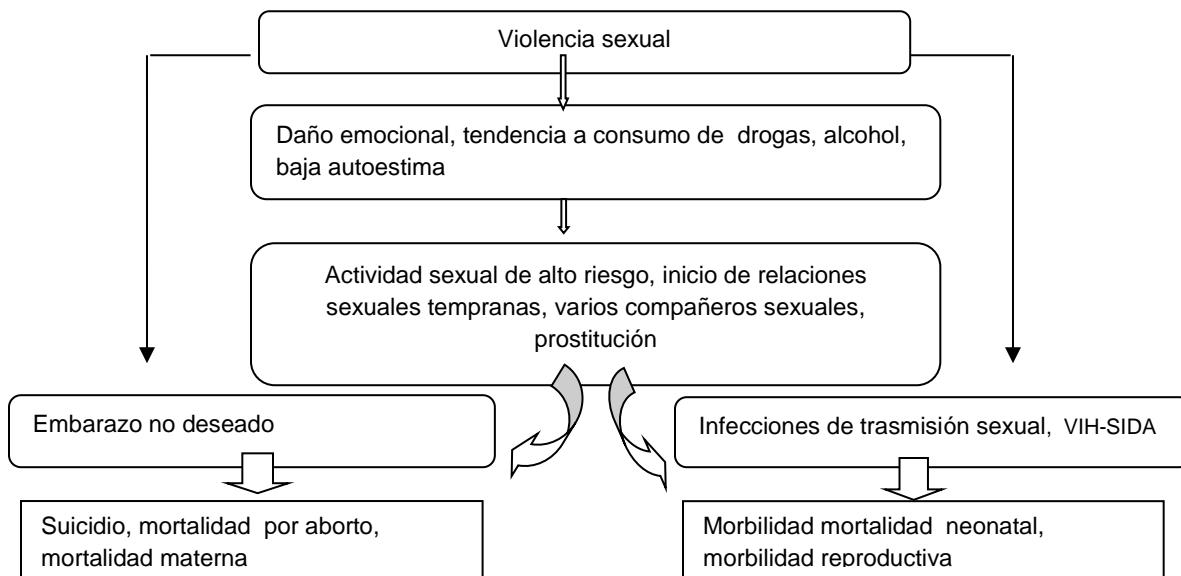
La violencia también puede afectar la salud del niño, en León, Nicaragua (año 2007), encontraron que los hijos de mujeres cuyos compañeros infringían abusos físico y sexual

tenían seis veces más probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años de edad, es evidente también que las mujeres sometidas a violencia tengan menos amor propio, menos recursos y por lo tanto menos capacidad de mantener sanos a los hijos¹⁰. La violencia está relacionada directamente con recién nacidos de bajo peso y esto puede ser considerado también como una forma de maltrato fetal¹².

Las mujeres sometidas a violencia sexual tienen la probabilidad de tener más de cuatro hijos, por no poder acceder a métodos de planificación familiar, muchos hombres aducen que si una mujer toma anticonceptivos sin su consentimiento, tiene todo el derecho de “castigarla”. En otras palabras, los hombres piensan que si una mujer realiza planificación familiar sin que ellos estén de acuerdo, ellas pueden transformarse en infieles y por tanto, pueden perder el control sobre su pareja¹⁰.

Hay estudios que señalan que la experiencia de violencia doméstica durante el embarazo afecta indirectamente la mortalidad y morbilidad de la madre y su niño(a), porque los enfrenta a un mayor riesgo de variados problemas de salud física y mental. Cuando se han estudiado los riesgos de los niños expuestos a violencia doméstica, tienden a ser más agresivos; presentan alteraciones conductuales en la escuela y comunidad; presentan problemas como: depresión, ansiedad, fobias, insomnio y baja autoestima⁶.

Gráfico N° 4



Fuente: Revisión Bibliográfica. Elaborado, adaptado por: Obstetra Olger Ruiz. Investigador.

7.2.-Sobre la salud de la madre y el niño.

El intervalo de los nacimientos tiene efectos positivos importantes sobre la madre, tales como: 1,3 veces menos probabilidad de tener anemia, hemorragias del tercer trimestre (1,7), 2,5 veces mayor probabilidad de sobrevivir al parto. Los intervalos cortos afectan incluso al hijo anterior, ya que la madre se ve forzada a suspender la lactancia de forma inmediata, aumentando las posibilidades de que el hijo muera a consecuencia de desnutrición o enfermedades ocasionadas por negligencia en el cuidado; estas circunstancias conducen a las parejas a la idea de tener un nuevo hijo, inclusive en menor tiempo que si el niño/a no hubiese muerto, provocando el síndrome de agotamiento materno, ya que la madre no tiene tiempo para restaurar sus reservas nutricionales.³⁹

Por consiguiente, el uso de anticonceptivos de progestina (etonorgestrel 68mg), asegura una recuperación adecuada, los estudios de evidencia han demostrado que es una de las alternativas más seguras y eficaces, para evitar el embarazo con un índice de Pearl de 0¹⁸, además el intervalo apropiado asegura un mejor peso al nacer. Varios estudios, demuestran que la interrupción de lactancia no es un factor que contribuya a la supervivencia infantil; pero si tienen mayor argumento los intervalos inferiores a dos años, la mortalidad infantil podría bajar un 23%.³⁹

7.3.-Mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud *define a la mortalidad materna, como la muerte de una mujer durante el proceso de embarazo, parto o puerperio*; se puede utilizar como un indicador de inequidad social. La muerte materna está más relacionada con la práctica de abortos inseguros y esto se da evidentemente cuando el embarazo es calificado como no deseado.

Las complicaciones más inmediatas cuando una mujer se somete a prácticas abortivas inseguras están directamente relacionadas con técnicas invasivas como legrados instrumentales que pueden provocar perforación del útero, hemorragias e infecciones, en algunos países no se visibiliza los homicidios y los suicidios como consecuencias trágicas del embarazo no deseado. En algunos estudios (1990) a nivel de América Latina se muestran datos sobre muertes maternas a consecuencia de aborto inducido, 14000, que ajustadas por el sub registro ascienden a 28000, de las cuales el 17% fallece como consecuencia de la interrupción del embarazo.¹³

La mayor parte de las revisiones sobre mortalidad materna comparan datos entre países desarrollados como Canadá y los EEUU con América latina y el Caribe y por supuesto las cifras muestran diferencias alarmantes; por ejemplo, 480 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, frente a un promedio de 27 por cada 100.000 nacidos vivos. El país con cifras más altas de mortalidad en América Latina es Haití con 523 por cada 100.000 nacidos vivos, representando 58 veces más muertes maternas que en EEUU, aunque en el África el riesgo de morir para una mujer durante el embarazo es de una en 16. Es importante anotar que los factores que contribuyen a incrementar la tasa de mortalidad son la inequidad en el acceso a los servicios de salud y las condiciones socioeconómicas

deficientes.¹⁵ La razón de mortalidad materna en América Latina y el Caribe al 2006, es de 190 por 100.000 nacidos vivos⁵³

En el Ecuador la tasa de mortalidad es de 96,30 por cada 100.000 nacidos vivos según datos del INEC al año 2009⁵⁴. En Esmeraldas, datos INEC 2012, es de 114,3, por 100.000 nacidos vivos.

7.4.-Planificación familiar.

Según la OMS, *“Permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad, incluye la promoción de métodos preferidos por las mujeres y las parejas para lograr el bienestar y la autonomía, al mismo tiempo apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. Considera también la prevención de riesgos relacionados con los embarazos, la capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene repercusión para la salud, espaciando los embarazos y posponerlos en las más jóvenes disminuyendo la mortalidad materna, disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos. La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, permiten que tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva, brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar en la vida pública, tener una familia pequeña. La Planificación familiar es clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población, permite alcanzar el desarrollo individual y colectivo”⁵⁸. La planificación familiar incluye actividades de educación en salud junto a actividades directamente asistenciales⁵⁹.*

7.4.1 Anticonceptivo.

Sustancia, fármaco o método que se opone o impide la concepción, pueden ser naturales o artificiales.

7.4.2.-Métodos anticonceptivos.

Sirven para evitar el embarazo. Algunos solo necesitan que el hombre y la mujer conozcan su cuerpo⁵⁹

La anticoncepción debe considerar aspectos éticos importantes como la autonomía, beneficencia y justicia (equidad). Es de vital importancia abordar los siguientes aspectos relacionados con la eficacia del método, ventajas, desventajas, efectos colaterales, complicaciones y prevención de infecciones de transmisión sexual.

7.4.1.-Clasificación de métodos anticonceptivos

Tabla N°1

Clasificación de métodos anticonceptivos

Método	Eficacia –Tiempo	Ventajas	Desventajas-efectos secundarios	Control	Mecanismo de Acción
DIU -Tcu380A	0.6 a 0.8/cada 100 mujeres en un año de uso Tcu 380 A-10 años	No interfiere la relación sexual, reversible inmediato, no hay interacción medicamentosa	Sangrado irregular, dismenorrea, hipermenorrea, no protege infecciones trasmisión sexual	Tres semanas post inserción.	Medio intrauterino hostil, paralización espermática
Hormonales: Orales Combinados Monofásicos, macro y micro dosificados Progestina sola	Sobre de 21 y 28 tipo calendario, 99,9% de efectividad. Mini píldoras en 95,5% fase de lactancia	Efectivos con uso correcto, protector de enfermedad pélvica, se puede usar desde la adolescencia.	Toma diaria, sangrados inter menstruales, dolor de cabeza, vómitos, aumento de peso.	Se empieza toma primer día del ciclo.	Inhibición de la ovulación , por bloqueo a nivel de circuito hipotálamo-hipófisis- ovario
Inyectables	Mensuales Trimestrales efectividad 99.7%	Enantato de noretisterona. Acetofenido dihidroxiprogesterona Medroxiprogesterona 150mg. de deposito	Alteraciones del ciclo menstrual efecto adverso más frecuente amenorrea 60% de usuarias	Entrega mensual. Trimestral	

<p>De barrera</p> <p>Preservativos masculinos, femeninos. Diafragmas</p>	<p>Primer año de uso 14% de falla, uso correcto 3%,</p>	<p>Fácil acceso. Previene infecciones sexuales. Autocuidado</p>	<p>Alta motivación para su uso frecuente y correcto. Adiestramiento para su colocación</p>	<p>Mirarlo, verificar que no existan fisuras</p>	
<p>Espermicidas</p> <p>Cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos vaginales</p>	<p>Combinado con espermicidas 6% Alta tasa de fallas, se recomienda uso asociado a preservativos o diafragmas</p>		<p>Pierden su eficacia en el transcurso del tiempo , Interfiere con la relación Colocar antes de cada relación sexual, reacciones alérgicas</p>		
<p>Método de lactancia</p>	<p>Seis primeros meses 98% cuando es de forma correcta</p>	<p>Promueve hábito de lactancia inmediata al parto No tiene costo, no tiene efectos secundarios.</p>	<p>Riego transmisión en mujeres VIH positiva. Difícil en mujeres que trabajan. Menos efectiva después de seis meses</p>		

Métodos del conocimiento, calendario,	91,0%	favorece el autoconocimiento de los ciclos	Solo mujeres con ciclos regulares. Solo mujeres con ciclos regulares.		
Métodos definitivos Esterilización Vasectomía Salpingectomia (Ligadura)	10 años después de procedimiento 1,8 /c 100, Eficacia depende de técnica	Es permanente, no afecta el placer, desempeño sexual. Procedimiento simple y seguro No interfiere en la relación sexual.	Profesional capacitado en cirugía No protege VIH/SIDA-ITS Si ocurre un embarazo, mayor posibilidad de embarazo ectópico		Bloqueo de trayectoria ovulo y espermatozoide respectivamente

Fuente: Power J, French R, Cowan F. (2007)²² Elaborado por: Obstetra Olger Ruiz. Investigador.

Criterios de elegibilidad OMS, basados en categorías.

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones para el uso del método anticonceptivo.

Categoría 2: Una condición en la que las ventajas de usar el método superan los riesgos teóricos o probados.

Categoría 3: Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados superan las ventajas de usar el método.

Categoría 4: Una condición en la que el uso del método representa un riesgo inaceptable para la salud.²⁹

7.5.-Implante Subdérmico de etonorgestrel

El implante que contiene etonorgestrel es una sola varilla no biodegradable de 4 centímetros de longitud por 2 mm de diámetro, cada varilla consiste en una base de co-polímero de etileno y acetato de vinilo (EVA), que contiene 68mg de la progestina sintética (ENG) rodeado de una piel co-polímero (EVA), la velocidad de liberación es de 60 a 70ug /día en la semana 5 a 6, llega a unos 35 a 45ug/día al final del primer año, de 30 a 40ug/día al final del segundo y aproximadamente de 25 a 30ug /día al final del tercer año de uso²¹, no contiene estrógeno, no contiene látex y no es radio-opaco.

Estructuralmente derivados del 19-nortestosterona, etonorgestrel es el metabolito biológicamente activo de la progestina sintética desogestrel. Tiene un peso molecular de 324,46.

7.5.1.-Farmacología clínica

La acción principal es inhibir la ovulación, mantiene bajos los niveles de FSH y estradiol. Los progestágenos inhiben la ovulación, uniéndose a sus receptores localizados en las **células diana**, que se distribuyen a lo largo del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal-genital¹⁸, la supresión de la hormona folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH), previene la ovulación; en consecuencia el cuerpo lúteo está ausente y los niveles de progesterona natural son bajos, por lo tanto la ovulación se inhibe por la ausencia del pico de hormona luteinizante.

7.5.2.-Farmacocinética

Absorción, luego de la implantación las concentraciones medias de los picos séricos alcanzan 781 y 894 pg./ml en las primeras semanas; las concentraciones medias de suero disminuyen progresivamente hasta alcanzar 156 a 177pg/l a los 36 meses.

7.5.3.-Distribución

El volumen promedio de distribución es aproximadamente 32% unido a la globulina transportadora de las hormonas sexuales (SHBG) y el 66% a la albumina en la sangre.

7.5.4.- Metabolismo

El etonorgestrel es metabolizado en los microsomas del hígado por la isoenzima 3A4 del citocromo p 450; la actividad biológica de los metabolitos es desconocido.

7.5.5.-Excreción

La vida media de eliminación es de 25 horas. La excreción del ENG y sus metabolitos, ya sea en forma de esteroide libre o como conjugados principalmente en la orina y en menor medida en las heces, luego de la extracción los niveles son indetectables luego de una semana.

7.5.6.-Indicaciones y usos

Prevención de embarazo, mujeres que no toleran uso de estrógenos, espaciar los embarazos, mujeres que no desean la esterilización definitiva, durante la lactancia, post aborto.

7.5.7.- Eficacia

Tiene una alta eficacia anticonceptiva, un estudio en un total de 2,363 usuarias de (etonorgestrel–Implanon) en 73,429 ciclos no se han observado embarazos, índice de Pearl de 0.

Los implantes se han probado en más de 60 países y han sido utilizados por 11 millones de mujeres en todo el mundo. En estudios comparativos no se encuentran diferencias significativas entre otros tipos de implantes e implanon con relación a la efectividad, tolerabilidad y aceptabilidad

7.5.8.-Efectos secundarios

El riesgo de embarazos ectópicos es mínimo, la incidencia de trastornos menstruales y el patrón de sangrado puede variar desde amenorrea a sangrado irregular prolongado, estos tipos de trastorno influyen en la interrupción del método. En un estudio de metanálisis se observaron diferencias pronunciadas para el abandono debido a trastornos menstruales en mujeres europeas en un 30.2% que suspendieron el implanon versus el 0.9% de mujeres de Asia Central. El cloasma facial puede ocurrir ocasionalmente, en los efectos hormonales más frecuentes está el acné con una incidencia de (18.5%), cefaleas (16,8%), dolor mamario (9,8%) y aumento de peso corporal (6,5%) (2kg por cada año de uso).

7.5.9.-Contraindicaciones.

- Embarazo o sospecha
- Historia actual o previa de trombosis o trastorno trombo embolico
- Tumores hepáticos (benignos o malignos), enfermedad hepática activa
- Sangrado genital anormal no diagnosticado
- Conocimiento o sospecha de cáncer de mama
- Hipersensibilidad a alguno de los componentes.

8. - Hipótesis de cambio

El proceso de elaboración de la hipótesis de cambio fue de manera participativa, para ello se desarrollaron algunos pasos previos, entre ellos tenemos:

8.1 Identificación alternativa de cambio.

- Mejorar el acceso geográfico, cultural a métodos anticonceptivos seguros, efectivos de alta tecnología.
- Introducir el implante subdérmico con una duración de tres años,
- Acortar la brecha de necesidades insatisfechas de planificación familiar a todas las mujeres en edad fértil, que habitan tanto en la zona concentrada como dispersa de la parroquia Carlos Concha
- Establecer prioridades de atención en planificación familiar a las mujeres que viven en zonas dispersas.
- Motivar cambios culturales sobre mitos que afectan la adopción de métodos anticonceptivos en mujeres de edad reproductiva, lactantes.

- Promover participación de la pareja en el auto cuidado de la salud sexual y reproductiva.
- Generar espacios confidenciales en los servicios de salud.
- Proceder a la colocación de implante subdérmico a mujeres gran multíparas que no desean la esterilización definitiva, se dará la posibilidad de anticoncepción continua.
- Promover la participación activa de la pareja en actividades de asesoría y planificación familiar
- Adaptar el horario a las necesidades de la comunidad favoreciendo la permanencia en los días de mayor concentración comunitaria.
- Capacitar a promotores TAPS para la entrega de métodos anticonceptivos tradicionales, con la finalidad de evitar el abandono.
- Promover la utilización de métodos definitivos.

8.2.- Priorización de alternativas de cambio: Matriz de priorización.

Tabla N°2

Escalas :1= bajo, 2=medio, 3=alto

TEMA PROPUESTO	1.-Facilitad	2.-Aplicabilidad	3.-Aceptabilidad ética	4.- Visibilidad	5.-impacto	6.- Sostenibilidad	7.- Externalidades	Total I
Promover la utilización de métodos definitivos a mujeres con maternidad satisfecha.	3	1	1	1	3	3	1	13
Capacitación a promotores TAPS para la entrega de métodos anticonceptivos.	3	2	2	2	2	1	1	13
Colocación implante mujeres edad reproductiva.	3	3	3	2	3	3	2	19
Participación de la pareja en autocuidado de salud reproductiva.	2	2	2	2	2	2	1	13
Adaptar el horario a las necesidades de la comunidad.	3	3	3	2	3	3	1	17

Fuente: Análisis Situacional Carlos Concha, alternativas de cambio. Elaborado por: Obstetra Olger Ruiz, Investigador.

8.3 Planteamiento de Hipótesis.

El análisis respectivo de datos identifica que las causas más frecuentes de abandono de los métodos anticonceptivos no solo se debe a efectos secundarios, sino que tienen un fuerte componente administrativo en la provisión de insumos, falta de permanencia, la accesibilidad, rupturas de stock, en consecuencia proponemos que:

Con la introducción de un método hormonal a base de etonorgestrel con una vida útil de tres años, aplicado sub dérmicamente, además del acompañamiento integral del equipo de salud mediante la visita familiar, se lograría reducir en un futuro los posibles abandonos, debidos a inaccesibilidad geográfica, asegurando anticoncepción continua y cambios significativos en la reducción del número de embarazos no deseados, abortos, morbimortalidad materna-neonatal, extendiendo los espacios intergenésicos a tres años, tiempo recomendado para la recuperación bio-psico-social completa en la mujer garantizando mejor apego a lactancia. (Cada tres años-OMS)

9.-Objetivo General.

Determinar en qué medida el implante subdérmico mejora el acceso a planificación familiar segura y continua, para reducir el alto índice de abandono de métodos anticonceptivos, así como de embarazos no deseados.

9.1.-Objetivos específicos.

- Determinar si otros factores influyen en el abandono de métodos anticonceptivos.
- Comprobar en qué medida el implante subdérmico contribuye a mejorar el bienestar afectivo de la pareja.
- Experimentar en qué medida el implante acorta las brechas de acceso geográfico para mujeres que viven en zonas dispersas de la parroquia Carlos Concha.
- Contribuir a ampliar los periodos intergenésicos a tres años.
- Contribuir en la disminución de embarazos no deseados.
- Evaluar en qué medida la introducción de un método de alta tecnología provoca cambios sociales en la comunidad de Carlos Concha,
- Identificar si el proceso de aplicación y seguimiento de mujeres en las que se aplica el implante favorece la adherencia al método subdérmico.

10.-INSTRUCCIONES OPERATIVAS.

- Capacitar al personal encargado de la colocación y extracción del método en la unidad operativa del MSP, de la Parroquia Carlos Concha (Obstetra y Médico General).
- Identificación de las usuarias con mayor riesgo de embarazo no deseado, en periodos intergenésicos menores a 1,2 años respectivamente (tres años recomendación OMS).
- Ajuste de horario de atención de la unidad operativa: ocho horas cada día y de martes a sábado, para coincidir con los días de mayor desplazamiento de las comunidades; por cuanto el sábado es día de feria y venta de productos agrícolas, de madera y de artículos de primera necesidad.
- Establecer un lugar referencia para atender problemas relacionados con el implante subdérmico será el CS N° 1, bajo la responsabilidad del gineco-obstetra y la obstetrix.

- Asegurar que la consejería tome al menos quince a veinte minutos para aclarar ventajas y desventajas acerca del nuevo método (implante de etonorgestrel, haciendo especial énfasis en las alteraciones del ciclo menstrual, ya que son muy frecuentes las amenorreas.
- El implante deberá ser colocado solo por personal entrenado y familiarizado con la técnica, para evitar la colocación errática intramuscular o en la fascia muscular.
- Capacitación a las mujeres sobre efectos benéficos del método anticonceptivo de alta eficacia (implante subdérmico de etonorgestrel). mediante sesiones grupales con pacientes y experimentadas en el proceso.
- Utilizar los criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos de la OMS, basados en categorías.

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones para el uso del método anticonceptivo.

Categoría 2: Una condición en la que las ventajas de usar el método superan los riesgos teóricos o probados.

Categoría 3: Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados superan las ventajas de usar el método.

Categoría 4: Una condición en la que el uso del método representa un riesgo inaceptable para la salud.¹⁷

- Colocación de distintivo color naranja que incluya el número de historia clínica en mapa parlante.

Instrucciones operativas específicas para colocación de implante subdérmico.

- Aplicar el implante a mujeres que viven en zonas alejadas al SCS y que pertenezcan al área de influencia.
- Adolescentes con cargas familiares importantes (14-19 años) con dos o tres hijos.
- Mujeres con situaciones de violencia intrafamiliar en las cuales no sea posible utilizar otro método como píldoras, inyectables, condones, dispositivos intrauterinos.
- Mujeres en las cuales la utilización de otro método combinado como las píldoras, inyectables provoque exacerbación de efectos secundarios.
- Mujeres en las que la no sea recomendable el uso concomitante de estrógenos.
- Mujeres que tienen su maternidad satisfecha (número suficientes de hijos), pero aún no desean la esterilización definitiva.
- Mujeres que desean la esterilización definitiva, pero que aún no se deciden
- Mujeres que olvidan frecuentemente la píldora.
- Mujeres en las cuales existan problemas inflamatorios a nivel de tracto genital y no este recomendada la aplicación de DIU (el 75% de pacientes tienen resultados de Papanicolaou compatibles con procesos inflamatorios moderados asociados con cuadros de cervicitis).

- Mujeres con antecedentes de abortos habituales provocados.

10.1.-Actividades para el cumplimiento de Instrucciones operativas.

- Realizar historia clínica completa
- Captar mujeres en post parto durante el control odontológico, consulta externa de medicina general, enfermería, departamento de inmunización y departamento de malaria para ingresarlas en el programa de planificación familiar, colocación de implante.
- Antes de la colocación del implante deberá realizarse examen físico minucioso.

Técnica de aplicación:

- Técnica y procedimiento, siguiendo las recomendaciones de guías de práctica clínica, instrucciones de fabricantes
- Seleccionar paciente de acuerdo a criterios específicos, asesoría integral de ventajas y desventajas del método
- Firma de consentimiento informado.
- Seleccionar área de implante de acuerdo a brazo dominante (cara interior de la parte superior del brazo).
- Realizar asepsia y antisepsia de zona para implante
- Infiltrar anestésico local 2cc.
- Esperar efecto anestésico entre 3 a 5 minutos.
- Verificar que el implante se encuentre dentro de la luz del trocar
- Evitar manipulación de aguja para inserción de implante.
- Proceder a colocación siguiendo una trayectoria Lineal subdérmico levantando la aguja para evitar profundidad excesiva.
- Romper el seguro de disparador.
- Rotar izquierda o derecha, dependiendo habilidad del operador,
- Mantener émbolo en posición firme, luego proceder a retraer sobre este el dispositivo que contiene el implante hasta retirar del orificio de entrada. Es de suma importancia, seguir la técnica descrita, caso contrario se corre el riesgo de que el implantes se doble y/o se produzcan hemorragias, aumentando significativamente molestias de sensibilidad, impotencia funcional y por consiguiente retiro precoz.
- Realizar palpación post implantación, dirigir a usuaria para que verifique la posición, lugar de aplicación, para que de esta manera tenga la noción y percepción de algún cambio en la posición, migración hacia arriba o abajo (trayectoria realizada por trocar).
- Tapar el sitio de entrada con gasa y venda estéril.
- En caso de sensibilidad o dolor post implantación, prescribir analgésicos, paracetamol (500mg vía oral cada 8 horas durante 24 horas); si persiste condición, AINES, ibuprofeno (400mg vía oral cada 8 horas por dos días) y/o hasta la remisión del síntoma.
- Excluir patología de cáncer cervical uterino y mamario, mediante toma de Papanicolaou

- Detección oportuna de cáncer de seno, mediante maniobras de exploración física, (palpación de glándula mamaria).
- Si existen signos de migración de implante, realizar palpación, tomar como punto de referencia la cicatriz que deja la incisión de entrada para valorar la proporción del desplazamiento, verificar mediante ecografía su localización exacta; si no existe compromiso funcional de miembro superior (brazo en que se coloca el implante), controlar.
- Si provoca impotencia funcional proceder a retiro inmediato, referir al siguiente nivel de especialidad.

10.2 Consideraciones específicas

- Registro apropiado de todas las usuarias en las que se realiza el implante, colocar afiche en la portada de historia clínica en el que conste datos como el número de lote, fecha de colocación y de retiro.
- Valoración de niveles de satisfacción mediante lista de chequeo cada tres meses.
- Control de eficacia cada 6 meses
- Efectos secundarios cada tres meses (90 días, recomendación)¹⁷
- Cronograma para visitas, con la finalidad de mantener un control adecuado de la salud y bienestar de la paciente intervenida.

Se excluyen de la propuesta:

- Mujeres que cursan embarazo actual
- Amenorrea de más de ocho semanas de duración, en las cuales no se haya descartado la posibilidad de embarazo
- Patologías en las cuales esté contraindicado el uso de anticonceptivos hormonales (Mujeres con antecedentes de cáncer cervical uterino y mamario, trastornos hipertensivos, hepáticos, entre otros.) categorías de OMS.
- Mujeres con antecedentes de metrorragias disfuncionales uterinas, atribuidos al uso de otros métodos orales y/o inyectables.

11- Metodología.

En esta investigación, el investigador participa como estudiante en formación de Salud Pública responsable de brindar atención directa en el componente de salud sexual-reproductiva desde el año 2008, hasta el 12 de enero del 2011. El abordaje de la problemática se realiza con el enfoque de investigación en sistemas y servicios de salud, Investigación- Acción. La intervención tiene cuatro fases definidas que se describen a continuación:

11.1 Primera Fase.

Análisis situacional, planteamiento de la estrategia de implementación.

Enero del 2009

- Levantamiento de diagnóstico situacional
- Identificación y priorización del problema
- Socialización del problema con equipo de salud y actores locales
- Identificación de alternativas de cambio
- Cabildeo con responsables del programa de salud sexual reproductiva y director de área de salud N°1, Esmeraldas Central para adquisición de implantes subdérmico como una alternativa que sirva para disminuir las tasas de abandono(56,9%) de anticonceptivos en mujeres de edad reproductiva de la parroquia rural Carlos Concha.
- En esta fase se plantean instrucciones operativas.
- Las técnicas de estudio que se emplearon fueron:
 - Encuestas a usuarias de métodos anticonceptivos temporales: como píldoras, inyectables, DIU.
 - Mapeo de actores, líderes de proceso, personal de salud, miembros de junta parroquial, organizaciones de mujeres.
 - Revisión documental de historias clínicas.

11.2 Segunda fase. **Febrero 2010, consistió en la introducción de cambio propuesta en la fase anterior.**

- Solicitud de requerimiento implantes subdérmico en Jefatura de área 1.
- Capacitación y desarrollo de destreza para la aplicación de implante subdérmico a profesionales de salud (médico general y obstetra).
- Revisión sistemática de guías de práctica clínica y protocolo de aplicación de implantes(criterios de elegibilidad OMS para métodos anticonceptivos)
- Promoción del nuevo método subdérmico a usuarias que acuden al centro de salud por consultas de planificación familiar, medicina general, inmunización, o demanda espontánea por cualquier problema de salud.
- Selección del grupo prioritario de intervención, previa aplicación, elaboración de consentimiento informado, sobre ventajas, desventajas del método:
 - Mujeres multíparas, que no desean esterilización definitiva.
 - Adolescentes con carga familiar de dos hijos o más
 - Mujeres en edad fértil con vida sexual activa que viven en los recintos más alejados.
- Elaboración de mapa parlante y colocación de distintivo naranja que permita ubicar de manera oportuna a usuarias de implante.
- Mejoramiento de estrategias de comunicación entre pares, de mujer a mujer, para de esta manera reducir grados de incertidumbre y mitos sobre el nuevo método.

1.3 Tercera fase. Diciembre 2010, soporte para garantizar la adherencia al método anticonceptivo.

- Elaboración de algoritmo para control de implantes, inspección, palpación, evaluación de efectos secundarios atribuibles al implante.
- Asesoría continúa para control de eventos indeseables, para evitar retiros precoces.

Técnicas de investigación empleadas en esta fase para explorar aceptabilidad y adherencia al nuevo método subdérmico:

- Grupo Focal, con 10 participantes, incluido el formador de campo e investigador, a fin de explorar los niveles de satisfacción mediante:
- Aplicación encuesta validada en una comunidad con similares características sociodemográficas, como Tabiazo. (Anexo N°4, encuesta a usuarias)
- Entrevista semi-estructurada a hombres, cuya pareja usa el implante, a fin de explorar niveles de satisfacción sexuales y afectivos; además de cambios de comportamiento frente a las relaciones sexuales forzadas. (Anexo N° 5, 8,9 resultados de encuestas, matriz de interrelación de respuestas).

11.4 Cuarta fase nueva aplicación- recolección de información.

Agosto del 2013, se aplica técnica de estudio:

Entrevista semi-estructurada a personal de salud y a usuarias de implante subdérmico luego de tres años para evaluar cambios de percepción y efectos biológicos, sociales, atribuibles a la implementación de un método moderno de alta tecnología.

- Nueva aplicación de encuesta a usuarias de salud a tres años de la implementación en los que se evalúan cambios de percepción. (Anexo N° 4, encuesta a usuarias)
- La información obtenida de entrevistas grabadas, se transcribe textualmente, para establecer posibles diferencias entre los datos recolectados y en el cumplimiento de las instrucciones operativas; con este proceso se dará validez a los instrumentos y datos.

En la investigación participan todas las mujeres en edad reproductiva que accedieron de manera libre y voluntaria a colocarse el implante, con cargas familiares importantes, gran multiparidad, mujeres con maternidad satisfactoria que no desean esterilización definitiva; mujeres con grados de violencia en cuyos casos existe oposición de pareja para acceder a planificación familiar, mujeres que viven en zonas dispersas y concentradas de la Parroquia Carlos Concha, mientras que se excluyen las mujeres que cursan embarazo actual o que tengan problemas de cáncer cervical uterino o mamario. El muestreo es no probabilístico. Para evitar sesgos y riesgos de reinterpretación, se realiza la aplicación del mismo instrumento, (encuesta, entrevista semi-estructurada), tres años después de iniciado el proceso.

La recolección de información va desde enero del 2010 a agosto del 2013, es una muestra n=45, que involucra a mujeres que viven en la mayor parte de los recintos de la parroquia Carlos Concha (Morachigue, Taripa, Tapule, Chichivine, Ene, Ene adentro, Chile, Posa de Chile, San Antonio, Camarones, Moncaune, cabecera parroquial). El criterio es seleccionar por lo menos a una usuaria de cada comunidad.

El cuestionario se estructura con preguntas, en las que se revisan cinco ejes temáticos: percepción y aceptabilidad del implante, violencia familiar y sexual, consejería previa a la colocación del anticonceptivo de liberación subdérmico, efectos secundarios, grados de satisfacción sexual; además se agregan datos de identificación de la encuesta(código, edad, parroquia, cantón). La información de las encuestas se procesa en el programa Epíno y el análisis estadístico se realiza con un índice de confianza del 95%.

Antes de la aplicación definitiva del instrumento se somete a una prueba de validación de forma específica a mujeres que usan el implante subdérmico en la población de la parroquia Tabiazo(n=35), que tiene similares características socio-económicas-culturales que la población objetivo. Se utilizan dos modalidades, de acuerdo al grado de instrucción de cada participante, para tratar de reducir los sesgos.

En el proceso de validación se pueden identificar ciertos grados de confusión, por lo que se analiza junto al encuestado, cuáles serían los términos más apropiados que faciliten su comprensión.

La mayor parte de las preguntas son cerradas (dicotómicas) y de opción múltiple; se utiliza esta modalidad por cuanto el nivel de escolaridad es de primero a tercer grado. Igualmente se formula un cuestionario que se aplica en pareja, solo mediante indagación previa de usuarias que confirmen que sus parejas saben y/o estuvieron de acuerdo en utilizar el implante. Debido al bajo grado de instrucción y analfabetismo, las encuestas son realizadas con apoyo de lectura dirigida evitando la inducción de respuestas por parte del entrevistador, que puede generar cambios de percepción, por lo tanto se instruye a usuarias que no pertenecen al grupo de interés para que sean las facilitadoras en la recolección de la información.

Las condiciones geográficas, el alto índice de movilidad humana del campo a las grandes ciudades, restan la oportunidad de abordar a todas las usuarias; sin embargo, se ubica al 50% de las mismas. Esta situación origina un sesgo de la investigación, debido a que los datos obtenidos tendrán que ser extrapolados e inferidos a todo el grupo de interés.

La revisión de fuentes bibliográficas se realiza con motores de búsqueda avanzada.

12.-INDICADORES EVALUACIÓN OPERATIVA.

- Profesional capacitado y entrenado en aplicación y retiro de implantes subdérmico.
- Porcentaje de mujeres captadas en post parto que amplían espacios intergenésicos.
- Centro de referencia establecido y responsable de salud sexual-reproductiva.

- Registros clínicos para identificar la aplicación realizada por profesional entrenado.
- Porcentaje de mujeres que reciben implante, luego de consejería y la aceptación en el formulario de consentimiento informado.
- Porcentaje de historias clínicas que consideran criterios de elegibilidad.
- Mapa parlante con distintivo naranja que identifica usuarias de implante (Anexo N° 10).

13.-Operacionalización de variables de resultado

Tabla N°3

Variable –operativas	Tipo	Escala	Definición	Fuente, instrumento	Indicador
Accesibilidad	Cualitativa	Física Geográfica Cultural	<i>Física</i> , barreras que dificultan el acceso y la utilización de un servicio. <i>Geográfica</i> , facilidad para acceder a un lugar, una persona o una cosa <i>Cultural</i> , elección dictada por percepción social, actitudes frente a determinada enfermedad	Encuestas Entrevista Revisión documental	Porcentaje de mujeres de la zona dispersa que adoptaron implante
Permanencia	Cualitativa	Atención continua	Servicio de atención de 24 horas	Revisión documental	Cumplimiento de horario
Adherencia al método	Cuantitativa	Continuidad de uso	grado de acatamiento o adopción de prescripción médica por parte de un paciente	Revisión documental	Porcentaje de mujeres que hacen adherencia al implante
Embarazo	Cualitativa	Deseado No deseado	con planificación previa embarazo no previsto, inoportuno	Revisión documental	Porcentaje reducción de embarazo
Planificación familiar	Cualitativa	Hormonal No hormonal	Tener número de hijos que deseen Píldoras, inyectables, implantes, de barrera (DIU, preservativos)	Revisión, documental Encuesta	Porcentaje de usuarias otros métodos
Abandono de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	Cliente que no regresa al control	Tres meses de suspensión del método	Revisión documental historias clínicas	Porcentaje de reducción tasa de abandono
Rupturas de stock	Cuantitativa	Ausencia	No hay existencia o abastecimiento	Revisión documental	Porcentaje de abastecimiento

<i>Evaluación analítica</i>	<i>Tipo</i>	<i>Escala</i>	<i>Definición</i>	<i>Fuente, instrumento</i>	<i>Indicador</i>
Mitos y falacias	Cualitativa	Naturales Mitología griega.	Son creados o reforzados intencionalmente con el fin de sustentar determinadas posturas u opiniones referencia fenómenos naturales	Entrevista Encuesta	Número de rumores en torno a implantes
Tiempo libre	Cualitativa	Si No	puede usarse para recreación, ocio, entretenimiento	Encuesta Entrevista	Porcentaje de mujeres que reconocen tener más tiempo libre
Violencia	Cualitativa	Física Psicológica Sexual	Uso fuerza conseguir un fin, dominar a alguien	Encuesta Entrevista	Porcentaje de mujeres que admiten estar expuestos a violencia
Aplicación consentida de implante	Cualitativa dicotómica	Si No	Permitir que se haga una cosa, tolerar algo	Encuesta	Número de aplicaciones consentidas de implante
Temor de adoptar método	Cualitativa	Si No	Sentimiento inquietud, rechazar, evitar cosas arriesgadas capaces de hacer daño	Encuesta	Porcentaje de mujeres que reportaron temor a la colocación
Dudas sobre efectividad de implante	Cualitativa	Índice de Peral	Número de embarazos observados en un tiempo determinado	Entrevista Encuesta	Porcentaje de embarazos en mujeres que usan el implante.
Niveles de satisfacción sexual	Cualitativa	Muy satisfactoria Moderadamente Satisfactoria Nada satisfactorias	Sinónimo de alegría, gusto placer, es el resultado de una pulsión.	Encuesta Entrevista Semi-estructurada	Porcentaje de mujeres que reportan mejor grado de satisfacción sexual.
Seguridad en las relaciones después de implante	Cualitativa	Si No	Efectividad para evitar el embarazo (Índice de Peral)	Encuesta., Revisión Documental, Entrevista	Porcentaje de mujeres que expresan mayor seguridad en sus relaciones sexuales.
Dolor al momento de inserción implante	Cualitativa	Leve Moderado Severo Ninguno	Experiencia sensorial y emocional desagradable, agudo, crónico, somático, neurótico, psicogénico	Encuesta	Porcentaje de mujeres que experimentan dolor
Tipo de molestias	Cualitativa	Metrorragias,	Efectos contrarios al beneficio.	Revisión	Porcentaje de efectos

con el implante		Cefaleas, Amenorrea,		Documental, Encuesta lista de chequeo	secundarios reportados
Volver a usar implante luego de tres años	Cualitativa	Si No	Reinserción de implante, continuidad	Encuesta	Porcentaje de mujeres que volverían a usar implante
Consentimiento de pareja para adoptar implante	Cualitativa	Si No	Acuerdo mutuo	Encuesta Entrevista	Número de implantes colocados con consentimiento
Cambios en la salud para retirarse el implante	Cualitativa	Si No	Efectos indeseables	Revisión documental Entrevista	Porcentaje de usuarias que reportan cambios para retirarse implante

Fuente: J.M Argimon Pallas y J. Jiménez Villa, (1996)⁹. Elaborado por: Obstetra Olger Ruiz. Investigador

14.-Resultados y discusión.

Se evaluará el proceso para determinar el cumplimiento de las instrucciones operativas.

14.1.-De la evaluación operativa.

Tabla N°4: Grado de cumplimiento instrucciones operativas.

INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Profesional capacitado y entrenado en aplicación y retiro de implantes subdérmico.	Si =100%
Porcentaje de mujeres captadas en post parto que amplían espacio intergenésicos	Si =31,1%
Centro de referencia establecido, se cumple, responsable de salud sexual-reproductiva.	Si, Centro de salud N°1 Esmeraldas Central.
Registros clínicos en los que se identifique que la aplicación fue realizada por profesional entrenado.	Si =100%
Porcentaje de mujeres que se les aplica implante luego de consejería y firma de formulario de consentimiento informado)	Si =80%
Porcentaje de historias clínicas que toman en cuenta criterios de elegibilidad	Si =100%
Mapa parlante con distintivo naranja que identifica usuarias de implantes.	Sí, elaborado (Anexo 10)

Fuente: Historias clínicas Centro de Salud Carlos Concha. Elaborado por: Obstetra Olger Ruiz. Investigador.

Factores que contribuyeron:

La mayoría de las instrucciones se cumplieron de acuerdo a lo programado. Se realizaron cambios ajustados al criterio de elegibilidad, ya que al inicio se restringe la aplicación a mujeres que resultaren con PAP TEST, lesiones intraepiteliales escamosas de mediano y alto grado; la toma de *Papanicolaou* no se consideró requisito indispensable para la colocación.

- Capacitación y desarrollo de destrezas a profesionales (Medico, Obstetra), a cargo de técnicos auspiciados por casa farmacéutica.
- Priorización de la colocación del método subdérmico a mujeres que viven en recintos (Morachigue, Chichivine, Ene, Chile, Posa de Chile, San Antonio, Tapule, Taripa, Ene adentro, Moncaune, Cóndor Mirador)
- Aplicación de implante a mujeres con cargas familiares importantes, problemas de salud atribuibles al uso de otros métodos.

- Mujeres sensibilizadas frente a las bondades del implante, consejería de mujer a mujer, transmisión de experiencias.
- Aplicación de criterios, elegibilidad del método (OMS- Categorías).
- Revisiones bibliográficas sistemáticas, estudios de evidencia. que respaldan la efectividad del método, mejoran el nivel de confianza de usuarias.
- Consejería sobre planificación familiar durante el embarazo, asegurando su captación temprana, primer mes post parto.
- Existencia de una lista de usuarias y del mapa parlante hace más rápida su localización, para determinar la frecuencia de visitas domiciliarias y verificar la vigencia del anticonceptivo.
- Inclusión de datos análisis situacional, de salud reproductiva de las mujeres de la Parroquia Carlos Concha en los informes mensuales de anticonceptivos.
- Diálogo con Director de Área N° 1 y encargada de la provisión de anticonceptivos para asegurar provisión de implantes.
- Alto grado de sensibilización y empatía por parte del personal de salud.
- Participación de actores locales en actividades de información y difusión del nuevo método de planificación familiar.

Razones que afectaron de manera temporal las instrucciones operativas.

- Tiempo disponible del profesional capacitado en el manejo de implante subdérmico dos días a la semana (miércoles y Jueves).
- Un solo profesional (el Obstetra) realiza la aplicación del método.
- Fragmentación de equipo de salud por diversas causas (permisos por enfermedad, por estudios de Maestría, por disposiciones de la jefatura de área), para realizar itinerancia en otras unidades operativas.
- La accesibilidad geográfica dificulta el seguimiento apropiado en las fechas programadas, para verificar efectos secundarios asociados al implante y la exploración de niveles de satisfacción.
- Rupturas de stock, debido a falta de presupuesto en el área de Salud N° 1.
- Provisión de implantes de forma temporal: las adquisiciones son hechas en base a ofertas de casas farmacéuticas, pensando en el ahorro (costo-eficacia).
- Ausencia de guías de práctica clínica, el método no se prescribe en los protocolos de atención del MSP, se utiliza las de OMS.
- Demanda externa no prevista (de otras zonas del Ecuador, e incluso grandes ciudades). Se asegura aplicación solo a mujeres que viven en área de cobertura.

Ajustes realizados para el cumplimiento en las instrucciones operativas.

- Capacitación continuada a profesionales de salud, como el médico y el obstetra)
- Evaluación continua para hacer ajustes y facilitar el cumplimiento de objetivos.

- Solicitud de implantes de acuerdo a demanda de población concentrada y dispersa de Carlos Concha.
- Trabajo intersectorial con gobiernos locales para disminuir los problemas de violencia.
- Provisión continua del implante subdérmico a toda la población con necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos.

Todas las actividades previstas tuvieron un alto grado de participación comunitaria debido al interés que generó la implementación de la estrategia. Los actores locales presididos por organizaciones de mujeres, miembros de Junta Parroquial, así como el personal de salud alcanzan niveles significativos de sensibilización para trabajar el proyecto de acuerdo a lineamientos propuestos. A pesar de este contexto, las usuarias se adaptan secuencialmente al método, lo que garantiza altas tasas de cumplimiento con apoyo de la pareja y promueven su uso a otras familias mediante el intercambio de experiencias.

14.2.- Evaluación analítica.

Las entrevistas semi-estructuradas realizadas a profesionales de salud, tres años después de la intervención, focalizan los resultados de la implementación de un método anticonceptivo de larga duración, reversible a base de *etonorgestrel*. El personal de salud expresa cambios en su percepción inicial sobre la influencia del implante, para la reducción de la tasa de abandono (56,9%) y el mejoramiento de acceso. Los datos se obtienen de las entrevistas al personal de salud, a las usuarias de implantes, así como de la revisión documental de datos estadísticos. Se evidencian cambios tanto en concentración y cobertura de grupos programáticos, con una reducción de embarazos en un 26,5% en los últimos cuatro años.

Resultados desde la óptica del equipo de salud, con criterios subjetivos

- Se ha evitado la desnutrición en los niños.
- Se favorece la disminución en el número de nacimientos
- Las mujeres adquieren más conocimientos.
- La población ha cambiado su comportamiento.
- Hay cierre de guarderías, debido a mejor oportunidad de cuidado dentro de la familia.
- Mejor apego a la lactancia, con fases de post-parto seguras.
- El implante garantiza continuidad frente a otros métodos.
- Aunque no hay disminución de pobreza, hay mejor oportunidad de alimentación.
- Se produce una reducción de altas tasas de abandono de anticonceptivos.
- Se asegura el espaciamiento de los hijos.

- El beneficio supera ampliamente a los efectos secundarios.
- Hay disminución de la concentración uso en anticoncepción
- Se favorece el cumplimiento de esquemas de inmunización.
- Se reducen tasas de abandono en el programa ampliado de inmunizaciones.
- Mejora el seguimiento y control de niños sanos
- Disminuye la carga de morbimortalidad materna-neonatal
- Hay mejora en el estado nutricional de la madre.
- Se descongestiona la unidad operativa.
- Se amplía el tiempo de lactancia, algunos casos se extiende a dos años.
- Se generan espacios para el equipo de salud y se dedica más tiempo para actividades intra y extramural.

Dentro de la evaluación analítica se propone la medición de variables con la finalidad de triangular y validar los datos que se obtienen sobre todo de las estrategias comunicacionales, mitos, confiabilidad, violencia, maternidad satisfecha, calidad de relaciones después del implante, percepción de satisfacción, temor o dolor al momento de inserción, consentimiento de pareja, tolerancia de implante, en general todos los efectos secundarios. (Anexo N° 5).

A partir de la transcripción de las entrevistas, se realiza la revisión detallada de la información con la búsqueda de frases significativas, que fueron levantadas en matrices por cada uno de los participantes; esta actividad se apoya con la escucha activa de la grabación para la identificación de ideas relevantes; sin embargo, se obtienen pocas expresiones a cada una de las preguntas, incluso algunas se contestan con *sí* o *no*, debido al nivel de tensión, escaso manejo de lenguaje, bajo grado de escolaridad o probablemente escasa comprensión de las preguntas.

Al momento de valorar el proceso comunicacional que favorece la aplicación del implante, se toma en cuenta la influencia que tiene el equipo de salud (14,8%), la pareja (38,1%), otra mujer que usa el implante(4,8%), suegra (9,5%), o la decisión de la paciente (23,8%); queda claro que las actividades de promoción realizadas por la unidad de salud, no provocaron mayor impacto, pues éstas se ven superadas por otras formas de comunicación verbal brindada por familiares, siendo la más significativa la pareja. En consecuencia, los porcentajes obtenidos dejan entrever la debilidad en el manejo de estrategias comunicacionales que dan opciones para la creación de rumores, mitos que afectan la trasmisión de conocimientos sobre implante subdérmico. Finalmente, el protagonismo recae sobre la pareja.

Una mujer deja en claro que accedió a colocarse el implante debido a la inexistencia (ruptura de stock) de otros métodos temporales píldoras e inyectables: condición que deja implícita los problemas de accesibilidad y razones de abandono de métodos anticonceptivos. En otras palabras, existieron condiciones que favorecen la aplicación, pero no está por demás depurar la técnica más acertada al momento de realizar

actividades de educación e información en salud, que deje aprendizajes significativos, sin que se los trasmita, o se los “prescriba”, solo se los promueva. El conocimiento sin lugar a dudas se “está construyendo”⁴⁴ de manera continua, influenciado por el contexto local.

En consecuencia. “La educación para la salud, pretende que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella. Por lo tanto la toma de conciencia no brota espontáneamente, sino a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que afectan; es un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de las nuevas ideas, utilice y complemente su conocimiento y estar en capacidad de analizar su situación de salud”⁵⁹.

En otras palabras, todavía se necesitan muchos trabajadores de salud con sensibilidad teórica para trabajar estos temas⁴⁸. Solo una mujer explica que su aplicación de implante fue una exigencia del equipo de salud.

El usar el implante generó tiempo libre así como espaciamiento de las consultas de planificación familiar, además expresan mayores grados de bienestar debido a que ya no tienen que estar pensando en tomar la píldora todos los días, solo acuden a la unidad operativa por otros problemas de salud. El tiempo libre es empleado para actividades productivas en el campo o para apoyar las tareas educativas de los hijos.

Todos los entrevistados tienen un alto grado de referencialidad, al conocer el tiempo de duración del nuevo método, hacen relación a su condición de accesibilidad durante el invierno con énfasis en la hidrografía del lugar por los ríos hondos, la dificultad para moverse con los niños de corta edad para acudir al centro de salud y realizar actividades cotidianas. En otras palabras, el implante da continuidad en la regulación de fecundidad, a pesar de que los cambios climáticos dificulten el desplazamiento.

Al preguntar si la colocación de implante se realizó con mutuo acuerdo con la pareja afirman que sí; uno de los participantes menciona, “yo descubrí la opción que había de practicar el sexo libremente”, pues lo consideran como un método ideal, aunque comentan que varias mujeres se quejan de algunos efectos indeseables. Antes de la implementación del método, la mayor parte de los entrevistados comunican haber mantenido relaciones sexuales sin protección, varias mujeres aducen haber sido forzadas; solo se reporta un caso de embarazo bajo esta condición.

Esta versión, no guarda relación con los hallazgos del análisis situacional: el 45,1% corresponde a embarazo no deseado, así como la Intergenesia corta, inferior a un año 32,2%⁷.

Varias mujeres aducen que si una relación sexual es forzada se incrementa el temor a quedar embarazada, el riesgo aumenta en cuatro veces¹⁰. Un estudio en los barrios Unidos del Distrito Aguadulce, México rural, enero-diciembre 2004, en 330 mujeres de 15 a 49 años determinan que el 54% de mujeres reportan relaciones forzadas y que no existen diferencias significativas con la violencia socio-económica;⁴⁹ a nivel local solo expresan tener relaciones forzadas el 14,3%,^{50, 51} lo que deja en evidencia la falta de reconocimiento; a pesar de esta circunstancia, consideran que con este nuevo método pueden estar con su pareja sin preocupaciones.

Lo que comentan al abordar el tema de la planificación familiar, es un convenio importante para organizar la vida desde el inicio de la relación de pareja. A momentos

causa miedo e incertidumbre no conocer los efectos secundarios: cada participante tiene un concepto y percepción diferente.

Está claro que la mayoría de mujeres tiene una carga familiar importante, pero al explorar sobre maternidad satisfecha, solo uno de los participantes admite haber planeado tener seis hijos, independientemente sea hombre o mujer; sin embargo, todos aceptan que han superado sus propias expectativas en el número de hijos, expresan que la búsqueda de un hijo con sexo específico provoca una carga familiar no planificada *"he querido tener un parquito mujer y varón por buscar tengo cinco niñas, mi esposo busca un varón, yo ya no quiero tener más"*. La mayoría de participantes expresa reproducción satisfecha, ninguna de las parejas admite que existieron grados de presión para quedarse embarazada; existe un patrón común de comportamiento al no haber sido obligas, aunque en un solo caso aduce que su pareja quiere otro hijo, luego de retirarse el implante, su condición contempla paridad satisfecha con cinco hijos.

No se refleja que exista oposición al uso de planificación familiar por parte de la pareja, aunque se lo asume como un cambio de percepción, mejor grado de participación, al momento de planear el número de hijos que quieren.

Refieren, además, no aceptar los métodos de barrera, *"los preservativos nos estresaban, era incómodo, me sentía mal y hacen relaciones sexuales menos satisfactorias, al igual que siguiendo el ritmo"*: esta condición guarda semejanza con datos encontrados en un estudio cualitativo, al referirse que el 89,2% jamás han usado este tipo de método, pues lo relacionan con la interferencia en el placer sexual⁴⁵. En consecuencia *"el ejercicio de la sexualidad pertenece a la esfera de lo privado, más aún, de lo íntimo, y por tanto está protegido por el derecho a la privacidad y a la intimidad"*⁴⁶.

Explorar el tema de violencia ratifica la falta de reconocimiento por parte de los participantes (86,7%); las mujeres expusieron su punto de vista para esclarecer los ataques de violencia dentro de su relación de pareja (14,3%) *"cuando recién me metí con él, salí embarazada y empezó la violencia"*. Esta situación deja entrever que los hombres son violentos en las tres dimensiones psicológica, física y sexual *"cuándo yo no quiero él a la fuerza me hace"*^{50,51}. Ellos argumentan motivos como la desobediencia en las tareas domésticas, celos; entonces queda claro que al momento de las entrevistas, pese a que los hombres no asumen que tienen conductas violentas, luego de confrontación con su pareja terminan por expresar lo siguiente *"yo no niego que antes fui violento, uno se mete joven con el tiempo ya madura"*; entonces la siguiente condición determina que las mujeres han asumido altos grados de empoderamiento, para hacer frente a este problema, induciendo cambios de comportamiento progresivos, para asegurar un mejor estado de bienestar. La sexualidad viril puede estar en las raíces de mucha violencia doméstica⁴⁷.

En Carlos Concha se determina una brecha significativa (31,6%) entre admitir y reconocer la existencia de violencia en sus tres dimensiones, *"también es notorio que en las unidades de salud, en ocasiones no siempre se encuentra la respuesta adecuada a esta condición de violencia."*⁴⁶

Cuando se valora la percepción de pareja sobre el implante surgen expresiones "me parece un alivio para las tensiones", es lo mejor que hay, *"se puede tener relaciones sin ningún miedo"*. (Anexo 6, 7, 8)

Los criterios están divididos al hablar sobre el **deseo sexual**, puesto que algunas mujeres no experimentan ningún cambio (70%); otras refieren su disminución (15%); expresan que tienen mayor intensidad al momento del contacto sexual (satisfacción); tener el implante desaparece el temor al embarazo, por tanto el disfrute y la satisfacción es mayor. En varias mujeres la disminución del deseo se relaciona con los efectos secundarios, como sangrados prolongados (14,3%) o largos periodos de amenorrea, aunque la gran mayoría pasan sin efectos negativos (49,9%); sin embargo, al evaluar el uso repetido del implante, el 38,10% dice que no se volvería a colocar, la respuesta guarda relación directa con el porcentaje de mujeres que reportaron efectos secundarios(38,10%), (Anexo N° 5).

Lo observado en condiciones reales luego del cumplimiento de vida útil (n=45) Según el reporte de retiros versus re inserción, solo el 4,4%(2) se aplicó nuevamente el implante, de acuerdo al último corte de información 20/02/2014, esto hace inferir que la mayoría de mujeres que usaron el implante subdérmico durante tres años se sienten escasamente motivadas a continuar con el método probablemente debido a los efectos secundarios experimentados, persistencia de mitos, deseos de un nuevo embarazo, o acogerse a un periodo de descanso usando otros métodos como píldoras e inyectables exponiéndose nuevamente al ciclo de abandono.

Para algunas mujeres y parejas, el implante ha modificado su estilo de vida desde la generación de tiempo libre, como oportunidades para alcanzar sus proyectos de vida; genera mejores ambientes de comunicación; aunque insisten de manera continua en que es como estar en otro ambiente, es un adelanto para sus vidas, ha generado vínculos afectivos importantes. Algunas consideran que si tuvieran la posibilidad de colocárselo nuevamente lo harían a pesar de los efectos secundarios, esto refleja apoyo continuo, consejería permanente. La adherencia observada durante tres años es significativa ya que de los 45 implantes que se colocaron, solo dos se retiraron luego de haber realizado todos los planes de contención necesarios, como terapias combinadas de estrógenos a bajas dosis, entre otros.

En una entrevista con la responsable del componente de salud sexual y reproductiva del área 1 (13/02/2014), se refiere que hasta el momento se registra la aplicación de 150 implantes (2010 al 2013), con una tasa de retiro de 1,3% en el sector; aduce además que la clave para asegurar la adherencia es la consejería apropiada.

Según datos actualizados a febrero del 2014, existe una disminución significativa del número de embarazos desde el año 2010 al 2013,(26,5%); sin embargo, si comparamos la expectativa de embarazos esperados al 2013(87), versus los atendidos(47), podemos determinar una disminución importante después de la aplicación del implante, considerando el número de embarazos atendidos en el 2010(69), del 47,6% al comparar los dos años respectivamente (Revisión Documental de historias clínicas, Centro de Salud Carlos Concha)

Para contrastar y validar los resultados de las entrevistas, la percepción de niveles de satisfacción sexual se logra captar a 21 participantes del total (n=45), existe una correlación entre las respuestas obtenidas (triangulación). Si exploramos los cambios atribuibles a este método, como para retirarse antes de tiempo, el 85,7% dice que no se retiraría, esta respuesta es vinculante a la adherencia observada en tres años de uso (98,7%) ,13% más alto de la percepción inicial; mientras que el 14,3% afirma que si lo haría.

En cuanto a los mitos alrededor de este método se detallan así: el 35,3% señala que el implante causaría cáncer; el 25,3% que es de vidrio; el 29,4%, que impide hacer fuerza; el 29,4% señala que es peligroso; el 5,9% que se va a otra parte del cuerpo; y el 5,9% señala que se puede romper. (Anexo N°5)

En algunas situaciones, en que no hubo consentimiento mutuo del esposo para la aplicación del implante, se refleja en el siguiente resultado (n=11), le obliga a retirárselo 18,2 %; le reclama por su decisión, un 9,1%; no le dice nada y acepta, un 72,7%.

Estos hallazgos, tanto de las entrevistas como de la encuesta, a personal de salud y usuarias con sus parejas, permiten afirmar que la implementación del método contribuyó a ampliar los espacios intergenésicos dándole a las mujeres la capacidad de recuperar su estado de salud después del parto; solución de nudos críticos en la atención; tiempo libre para actividades que contribuyan a mejorar el bienestar de la familia, con práctica de deporte y mayor recreación. Además varias parejas remarcan que el implante les ha dado ventaja, ha disminuido las ideas negativas de la pareja frente a la planificación familiar, no acuden regularmente al centro de salud (85%), dejan de tomar píldoras y /o usar inyectables (81%); más seguridad durante la relación sexual (87,5%); y en general elevan sus estados de bienestar afectivo y sexual.

15.- Conclusiones.

La implementación de un método hormonal de larga data incide de manera directa sobre varios determinantes sociales, haciendo que la falta de acceso ya no sea considerado un problema.

Provoca la disminución progresiva de la tasa de abandono de métodos anticonceptivos; extiende la intergenesia de mujeres en edad reproductiva, genera mejor oportunidad de recuperación de la salud materna y por consiguiente los estados de morbi mortalidad infantil, debido a que se asegura un tiempo apropiado de lactancia.

Existe una disminución significativa (26,5%), del número de embarazos desde el año 2010 a 2013, en base al Informe cobertura del Centro de salud.

Hasta el momento (febrero 2014) (ref. Estadística Área N° 1) se han aplicado 150 implantes con los mismos lineamientos propuestos al inicio de la estrategia, se mantiene vínculos constantes con el personal de salud para retroalimentar destrezas y habilidades para el retiro del dispositivo, luego de haber cumplido la vida útil; la tasa de abandono con este método, es del 1,3% en tres años, lo que guarda una relación con hallazgos de un estudio español prospectivo, en el Centro de Salud Pino Montano B, en Sevilla, Vacie, en 66 mujeres entre 15 a 49 años (enero 2009 a 2010), donde reporta una adherencia al método de 93,1%⁵².

Los eventos secundarios como sangrados prolongados y/o falta menstrual, disminución de la libido, dolores de cabeza continuos, no provocaron retiros precoces; la consejería es pieza clave de aceptabilidad; sin embargo a medida que pasa el tiempo existen cambios de percepción para continuar usando el método otra vez

La información recolectada a través de los instrumentos favorece regularmente las expectativas de la investigación para explorar niveles de satisfacción, debido a que es un

tema del cual los hombres y las mujeres no quieren hablar; sin embargo se obtiene datos relevantes de la falta de reconocimiento de violencia por parte de hombres y mujeres: este es un tema por investigar a futuro. Estamos seguros que los resultados no podemos extrapolar, pero pueden ser inferidos a contextos similares.

Los cambios que se llevan a cabo en un nivel local, pueden ser significativos para las personas que allí viven, a su vez estos pueden generar aprendizajes que sirven para ampliar y mejorar estas intervenciones a niveles más grandes, como los distritos de salud o a nivel provincial.

La hipótesis dinámica e instrucciones programadas, resultaron pertinentes y ajustadas al contexto local, debido a que facilitaron el cumplimiento de objetivos, orientaron la aplicación del implante al grupo de interés tanto en la zona dispersa como en la concentrada además las instrucciones operativas se transfieren entre pares como un proceso de inducción a profesionales nuevos, para continuar con la implementación.

Las bases teóricas fueron pertinentes y ampliaron la visión sistémica sobre el problema escogido; sin embargo, existen pocos estudios específicos sobre aceptabilidad de implante y acortamiento de brechas de acceso con implante subdérmico.

16.-Recomendaciones.

El acompañamiento y la consejería a la usuaria del implante debe ser continuo para reducir la incertidumbre y evitar retiros precoces.

Es necesario mantener una base de datos actualizada en la que se identifique la fecha de aplicación, de retiro, así como reportes clínicos detallados de intervenciones para el abordaje de efectos secundarios.

Realizar planes de información y educación de manera clara, precisa para evitar la creación de mitos y falacias que afectan la utilización subsecuente del método.

Los resultados obtenidos deben ser socializados y difundidos, al menos a nivel provincial, para motivar acciones que se encaminen a mejorar el tema de la salud sexual y reproductiva.

17.-Bibliografía

1 Eggleston, E. (1999) "Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar".

Causas Determinantes de Embarazos, No Planeados en el Ecuador

[Accesado el día 20 de febrero de 2014]

Citado: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/25spa00299.htm>

2.- Psiquiatría Fac Med Barna. "Maternidad no planificada y psicomorbilidad: un riesgo evitable"

[Accesado el día 16 de febrero de 2014]

www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2005_3/ps-32-3-002.pdf. Rev. 2005; 32(3):111-118

3.- Rondón, B. (2009) "Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido", Primera edición, 13894, ISBN: 978-612-45154-3-9

[Accesado el día 24 de febrero de 2014]

Citado:<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/122/saludmentalmartarondon.pdf?sequence=1>

4.- Eva Rodríguez Armario, Instituto Andaluz de la Mujer, C/ Alfonso XII, nº 52, 41002 SEVILLA, Dep. Legal CO- 1.123 – 96

5.- OMS, OPS 2002) "Informe mundial sobre la violencia y la salud", ISBN 92 75 32422 0

Citado:http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

6.- Arcos, G. Arac U Molina V. Molina I. (2003) "Revista médica de Chile". Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil.

Citado:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003001200014&script=sci_arttext

7.- *Informe final de análisis a profundidad problema escogido, Abandono de métodos anticonceptivos 4/1/2010.*

8.-Pollit E: Desnutrición y rendimiento escolar. En: Cusminsky M, Moreno E, Suárez E., editores. Crecimiento y desarrollo, hechos y tendencias. OPS - Publicación Científica 510. Washington DC. 1988.

9.- ARQUITECTURA DE UNA INVESTIGACION, J.M Argimon Pallas y J. Jiménez Villa, 1996, EDITORIAL Gráficas SIGNO, SA.

10 Population Reports. (Diciembre 1999).Para acabar con La Violencia Contra La Mujer, Volumen XXVII. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACK420.pdf

11.- Segovia, F. (2004) Relación de violencia y bajo peso al Nacer.

Citado: <http://www.puce.edu.ec/documentos/Medicinav4.pdf>

12.-Granja, A. (2004) Anuario, Relación de violencia y bajo peso al Nacer.

Citado: <http://www.puce.edu.ec/documentos/Medicinav4.pdf>

13.-Langer, A. (2002) Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad, conceptos y situación regional, 110. D.F. 04000.

Citado:www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf

14. Ocampo, A. (2006) Relación entre Pobreza, iniquidad y exclusión social de las enfermedades de alto costo en Mexico, ISSN 0864-3466.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000200007&script=sci_arttext

15.- Percy, M. (2002) Muerte Materna y Perinatal En Arequipa Tacna y Moquegua. (15

Accesado el día 13 de marzo de 2014.

Citado:<http://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/docs/Doc/PROPUESTA%20DE%20ANALISIS%20DE%20MUERTE%20MATERNA.pdf>

16-. ACNUR, (24 de enero de 2007)

17.- Ministerio de Salud de Chile, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Asociación Chilena de Protección de la Familia. *NORMAS TECNICAS Y GUIAS SOBRE REGULACION DE FECUNDIDAD.*
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4ede9fe04001011f014bf2.pdf>

18. - Diaz, M. Pavez, P. Miranda an A...7 D Shoupe, H. Horestein, D.R. Mishell, M Lacarra a Mechanisms that explain the contraceptive action of progestin, HB Croxato, Medearis.

Citado: www.Inkingub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782401002943

19. Curtis, K.M, D`Arcangues, C. K. and Ratnam, S.S. (1997). Implantable contraceptives for women, Observational Study studies Contracepcion. 65, 85-96A. Comparison of de clinical.

Citado: http://www.gfmer.ch/Endo/Course2003/Implantable_contraceptives.htm

20. - Power J, French R, Cowan F. (2007). *Anticonceptivos Implantes subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos eficaces de prevención del embaraz.*Número3.Art.n.º:CD001326.DOI:10.1002/14651858.CD001326.pub2.

<http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/cd001326/es/index.html>

Citado: www.update-software.com/.../BCPGetDocument.asp.

21.-M L. Vázquez, MR Ferreira, A:S. Mogollon.M.J.Fernandez.M.E. Delgado. J Vargas. (2006). *Introduccion a Las Tecnicas Cualitativas de Investigacion Aplicadas en Salud.* (Barcelona).Servei publicacions.

22.- OMS, OPS, jueves 17 de septiembre de (2009), La desnutrición en niños Lactantes y niños pequeños.

Citado:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1794%3AAla-desnutriciun-en-lactantes-y-niuos-pequeuos-en-amuorica-latina-y-el-caribe%3A-alcanzando-los-odm&catid=1449%3Akmc-recent-publications&Itemid=1498&lang=es

23.-kols, A. (2008), Reducir la necesidad insatisfecha en materia de planificación familiar, 25, ISSN: 0737-3732

Citado de: http://www.path.org/publications/files/SOL_25_1_nov08.pdf

24.-Bahamondes L, (última revisión: 1 de diciembre de 2008) Intervenciones Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles u otros implantes como métodos efectivos de prevención del embarazo: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. " La tolerancia y la aceptabilidad de los implantes subdérmicos"

Citado: http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/CD001326_bahamondesl_com/es/

25. - Donovan. Deirdre (August 2002) Wulf Women and Societies Benefit When Childbearing Is Planned [PDF version].

26.- Castro, R., Días, S., Galán, G., López, C., Matamala, M. (2000) NORMAS NACIONALES SOBRE Regulación de la Fertilidad.

Citado:

<http://www.observatoriogeneroyliderazgo.cl/images/adjunto/normasregfecundidad.pdf>

27.- Prof. P. Mercenier y Prof. H Van Balen, (1977) Bases y Organización de los Servicios de Salud, texto original, curso de post grado en Medicina Tropical.

28.-Valdebenito, C. Lama, A. Lolas, F. (2006) RELACIÓN MUJER Y BIOTECNOLOGÍA: APROXIMACIÓN AL IMPACTO DE LA BIOÉTICA.

Citado:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000200002&script=sci_arttext

29.- Rojas, L. (2008) III COLOQUIO INTERNACIONAL DE ESTUDIOS SOBRE VARONES, "Valoraciones masculinas en torno a la reproducción: revisión de algunas experiencias mexicanas" tesis antropología social.

Citado:<http://www.redmasculinidades.com/sites/default/files/archivos/biblioteca/00171.pdf>

30.-world Fertility Report (2003)

Citado:<http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertility/Spanishhexecsum.pdf>

31.- Salud Sexual y Reproductive (2009)

190.25.230.149:8080/.../PDA%20Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva.pdf.

32.- Montoya M. (2007). 168, www.paho.org/Spanish/BIO/acta16.pdf.

33.-Gómez, J. Hernández D. (1995) Pobreza y Uso de métodos Anticonceptivos en el Mexico, rural.

Citado:http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/PAUVRETE/ACTES/Gomez_hernandezesp.PDF

34.-anexos, PROTOCOLOS DE INVESTIGACION PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.Pdf

35.-, M L. Vázquez, MR Ferreira, A: S. Mogollon.M.J.Fernandez.M.E. Delgado. J Vargas.(12/03/2014) .Introducción a Las Técnicas Cualitativas de Investigación Aplicadas en Salud.

36.- OMS, (14/03/14) Population Reports, espaciamiento de los nacimientos, intervalos de tres a cinco años ISSN: 0887-0268

Citado de: <http://www.k4health.org/sites/default/files/113%20Spanish.pdf>

37. Evans, D y Cope, W.; (1989). Calidad de Vida, cuestionario de calidad de (Quality of de life Questionnaire, QLQ).

Citado de: <http://www.ciape.org.br/artigos/calidaddevidayvejez%5B1%5D.doc>.

38.- Fortuño, S.(14/03/14) Fuentes de satisfacción de los chilenos con sus vidas.

Citado de: <http://www.encuesta.udp.cl/descargas/enc2009/soc4.pdf>

39.- Manual sobre la población, Arthur [Huaup](#) y Thomas T. Kane, Population Reference Bureau, Washington, DC, EE.UU 4ª edición Internacional.

40, PATRICIA M HUDELSON QUALITATIVE RESEARCH FOR, HEALTH PROGRAMMES, División of Mental Health WHO, Geneve, 1994, pag.

41.-http://www.uhu.es/cine.educacion/figuraspedagogia/0_paulo_freire.htm

42.-Pantelides, E. A., & Bott, S. (Eds.). (2000). *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Editorial Biblos.

43.-Montoya, G. (2007).LA ÉTICA DEL CUIDADO EN EL CONTEXTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. 13(2): 168-175.

Citado de:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2007000200003&lng=e

44.- Szasz, I. (2000). Varones mexicanos: género, sexualidad y salud reproductiva. *Estudos Feministas*, 8(1), 186.

45.-Cardoso, Leticia Silveira; Cezar-Vaz, Marta Regina; Silva, Mara Regina Santos da; Costa, Valdecir Zavarese da. [Rev Lat Am Enfermagem](#); 19(2): 396-402, Mar.-Apr. 2011.

46.- González de M, Lidys. (Enero-Diciembre de 2004) Características de las diferentes formas de violencia contra la Mujer en la Relación de Pareja. Corregimiento de Barrios Unidos, Distrito de Aguadulce.

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=446559&indexSearch=ID>

47.- *Análisis entrevistas Semi estructuradas aplicadas a usuarias de implantes subdérmicos, agosto 2013, Parroquia Carlos Concha. Provincia de Esmeraldas- Ecuador*

48.- *Entrevistas a personal de salud Subcentro Carlos Concha, Agosto a diciembre 2013. Provincia de Esmeraldas- Ecuador*

49.- Vanessa Domínguez Úbeda, Patricia Avila Pecci, María Josefa Espinaco Garrido, José Román Oliver , Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 43, N°. 12, 2011 , págs. 656-661

50.- resultados de encuestas a usuarias de implante subdermico, aplicadas a agosto de 2013,

51.- Resumen Accesibilidad, Calidad de Atención, Ficha ISP PUCE.

52.- Nieto, R. (14/03/14) Plan Estratégico Parroquia Coronel Carlos Concha – CongopeCitado:<http://www.congope.gob.ec/sites/default/files/001%20Plan%20Estrat%C3%A9gico%20Participativo%20Parroquial-Carlos%20Concha.pdf>

53.- OMS, Ministerio de Salud de Chile (11/04/2014) Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción Síntesis de situación y enfoque estratégico.

Citado de:www.who.int/pmnch/activities//sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf.

54.- INEC. Anuarios de Estadísticas Vitales (2000 - 2009.) Proyecciones y Estimaciones de Población.

55.- Secretaria de salud de Honduras (12/04/2014) Normas y Procedimientos Para Planificación Familiar.
[www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=211&itemid=211 - 1006k](http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=211&itemid=211-1006k).

56.- Vocabularios controlados para la clasificación de información académica. Encabezamientos de materia ARMARC, volumen 2 de M a Z. Bogotá Colombia. 2009.

57.- WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2).

58.- OMS. Planificación familiar

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

59.- Axel Kroeger Y Ronaldo Luna. Atención Primaria en Salud, segunda edición, Organización Panamericana de la Salud, Editorial Pax, Mexico. 1992

18.-Anexos.

18.1 Algoritmo de control

18.2 Entrevistas a personal de salud

18.3 Análisis entrevistas a personal de salud

18.4 Encuesta a usuarias.

18.5 Resultados encuestas

18.6 Entrevistas pareja, guía de preguntas

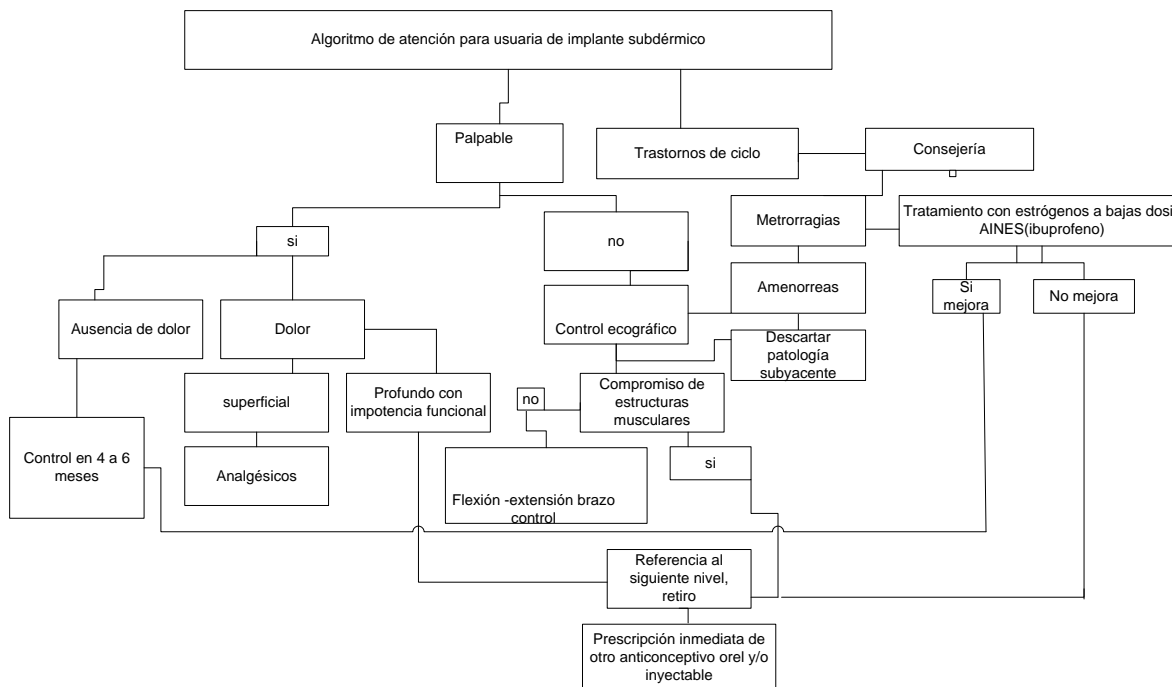
18.7 Análisis de Entrevistas pareja

18.8 Matriz de interrelación- respuestas

18.9 Galería

18.10 Mapa parlante

Anexo N° 1



Fuente: Adaptada revisión bibliográfica. Power J, French R, Cowan F. (2007)²⁰ Elaborado por: Obstetra Olger Ruiz. Investigador

Anexo N° 2.

ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD.

1. ¿Tiene referencias sobre el uso de implantes para reducir altas tasas de abandono de anticonceptivos desde el 2010?
2. ¿Reconoce sí contribuyó o sí existe algún cambio social significativo en las familias y mujeres que adoptaron el implante, ej. Morbilidad? ¿Cuál le parece más relevante?
3. ¿Cree que el implante influyó de manera positiva para mejorar el desarrollo de lactantes, de las mujeres en relación a la calidad de vida?
4. El implante fue propuesto para mejorar el vínculo de pareja y los niveles de satisfacción sexual, ¿ha podido identificar este evento en el grupo de beneficiarios?

5. Se plantearon instrucciones operativas para el seguimiento, ¿se guarda algún registro de usuarias de implante?
6. En pocas palabras ¿qué opina sobre la propuesta para resolver el problema de abandono de métodos anticonceptivos?

Entrevista Auxiliar de Enfermería:

“Ocupo la función de auxiliar de enfermería, preparación, estadística, vacunación, laboro ocho horas hasta las cuatro y media; 40 horas semanales, tengo 30 años de trabajo. Los implantes que se pusieron en el 2010, han sido bastante ventaja, porque en primer lugar se ha cortado el embarazo, ya no se ve cómo eran antes, casi eran continuamente, ahora ya son menos. El aplicar el implante logró espaciar el siguiente embarazo, ahora ya la gente se preocupa más por los anticonceptivos, las inyecciones, las pastillas. Antes venían un mes, dos o tres meses; no venían cuando era, porque estaban nuevamente embarazadas ahora ya se les da para tres meses, por decir llegan en agosto y se les da la cita para septiembre.

Hay personas que viven lejos, mandan a retirar el anticonceptivo con la cédula, con una vecina, el esposo; aquí se les entrega, ahora ha mejorado la estrategia de planificación familiar a raíz de los implantes; bueno prácticamente unas no se han perdido, han estado viniendo al control cada mes. Las que les tocaba sacarse, unas ya se han sacado, pero hay otras que se han puesto y así sucesivamente. La gente tiene más conocimiento prácticamente hablando, ya ellas se han regulado, ya no hay los embarazos sin control; ahora ya son pocas las mujeres que asisten. La vacunación ha bajado un gran porcentaje porque ya no hay la cantidad de niños que había antes.

Las pacientes ya no vienen continuamente donde el médico, habían mujeres que estaban dando de lactar y estaban embarazadas nuevamente, a los niños les hace daño. En la planificación tenemos pocos problemas, estamos llegando hasta los últimos rincones; cuando estaba Ud. llevaba pastillas, ahora en este verano, nos ha tocado llegar hasta *Quiebra perol*, en busca de una señora, que estaba embarazada, ya dio a luz, a la señora se le hizo el tamizaje, ahora se la está convenciendo para ponerle el implante.

Algunas mujeres al colocarse el implante dicen que les causa hemorragia y otras menstrúan en el mes dos veces, pero el doctor les da unas pastillas y con eso se les regula la menstruación”.

Entrevista a enfermera:

“Soy licenciada en enfermería, me dedico a vacunación, aquí en la unidad tengo apenas cinco meses. Como licenciada en enfermería, tenemos el conocimiento y debemos circular al momento de la colocación del implante, se le coloca más que todo a varias madres que tienen antecedentes de embarazos riesgosos, más que

todo hay demanda espontánea de las personas que están de acuerdo y aceptan el método, tratamos de citarlas y conversar con ellas antes de colocárselo, hay que explicarles las ventajas y desventajas que tiene este método. Hemos tenido varias personas que han venido decididas a colocarse el implante, pero sin embargo, cuando uno ya comienza con la charla, han rechazado, han dicho no, en otra oportunidad, que ahorita no, que por esto, por aquello, entonces, como una medida de presión, se les da la charla, para que vean las técnicas, varias veces no aceptan el implante, algunas, después de la charla desisten, pero nuevamente hemos recuperado, hablado en varias ocasiones, hasta lograr ayudarlas. Nosotros como unidad de Salud, si no ayudamos aquellas personas, no estamos haciendo nada, tenemos una buena observación, los niños han bajado la desnutrición, han ganado peso, tienen esquema completo de vacunación. Además nos damos cuenta que hay madres que han tenido tres o cuatro hijos seguidos, pero del 2010 hasta ahora, hay un espacio de niño a niño, es una ganancia para nosotros, es una ayuda, de ahí partimos que a través del implante, hemos ganado este espacio; hay madres que han tenido hijos en el 2008, 2009, dos o tres hijos seguidos, podemos evidenciar que a partir del 2010, mejoraron el cumplimiento de esquemas de vacunas, antes de esta fecha podemos evidenciar que las madres no sabían que hacer, sugestionadas por el esposo a tener los hijos que sea, sin embargo con el implante han encontrado la solución al problema”.

Entrevista a Obstetra:

“Estoy en servicio del año rural, de acuerdo a la educación de la gente, veo un poco de falta de cultura, también vengo de comunidades así, entonces tratar con gente acá, no se me ha hecho muy difícil, uno conoce a las personas y sabe cómo tratarlas. La forma de pensar de la gente también es muy diferente a la gente donde he vivido, me dijeron que hay que tener cuidado, tratar de buscar una forma técnica y acorde con el léxico de ellos, se puede malinterpretar, nos hemos manejado hasta ahora no hemos tenido inconvenientes.

No tuvimos información de la comunidad casi nada, escogí otro lugar de trabajo, fue Chafllu; uno es itinerante, en la dirección nos dijeron que en esta área tuviera un profesional hombre y no mujer por el difícil acceso, tanto para salir como para entrar. En lo que se refiere a anticoncepción, tenemos todos los métodos aquí; al llegar hubo una barrera de atención con los pacientes, se fue cambiando poco a poco mediante charlas, las paciente venían a consulta pero no querían atenderse porque era hombre, hubo ocasiones que ellas pedían que regresara la Obstetrix, muchas veces no se hacían Papanicolaou, tuvimos que hacer bastantes charlas, dar consejería, explicar que como profesional estas capacitado para eso, no para cualquier otra cosa que ellas piensan.

Se dio consejería, charlas, han llegado a decir que el implante les hace daño, que les produce cáncer; la respuesta es, cree que si hace daño nosotros lo promocionaríamos, afirman; así nos dicen, conversamos con el médico, acerca de las personas que vienen debido a sangrado disfuncional que les provoca el implante.

Las pacientes que usan el implante casi poco vienen, las he visto cada tres o cinco meses. Según el MAIS, se da receta a las pacientes para que pasen a retirar anticonceptivos directamente de la farmacia, pero vienen por otro tipo de consulta. Tuvimos una paciente que se hizo retirar el implante, porque sangraba mucho, se le dio microgynon para parar el sangrado; en un caso cede y en otro no, existen mujeres embarazadas con otros métodos, en un caso una señora menciona que el esposo le permitía tomar pastillas solo cuando estaba con él; le insinuaba que si tomaba todos los días, tenía otra persona, se han colocado 28 implantes, llenamos una matriz, número de historia, fecha, la edad, tienen el documento de consentimiento, algunas no tienen. El uso del implante en estos meses ha crecido, cada paciente que lo va usando, se da cuenta que está funcionando.

Entrevista a Médico:

“Si bueno a partir del año 2010 sobretodo se empezó a aplicar el implante subdérmico, en el caso nuestro en la población dispersa traía beneficios y preocupaciones, al inicio por los efectos secundarios, querían abandonar el implante precozmente, al segundo, tercer mes, por medio de la educación se solucionó, hubo una gran demanda porque era un método novedoso, era práctico, además daba facilidad en el tiempo; nuestra población de Carlos Concha, la gran mayoría es dispersa, entonces era una población difícil de venir a los controles mensuales debido a la cuestión climática. La accesibilidad y el uso de los otros métodos como el inyectable, el oral.

Los primeros meses venían con amenorrea, sangrados, pero con la educación, consejería y enseñanza la gran mayoría terminaron. La tasa de abandono fue mínima, casos puntuales, a pesar de dar la consejería, a pesar de dar incluso un tratamiento sobre todo en el sangrado, se llegó a la conclusión previo una interconsulta con el área 1, con la Obstetrix que controla el proceso de salud sexual reproductiva, previa consulta se indicaba que se retire; fueron uno o dos los casos, si no me equivoco. En primer lugar hubo un gran interés en la población por el uso, se difundió, se dio a conocer, trajo mucha novedad, bajaron nuestras mujeres de las comunidades para que sea aplicado. Eso me llamo la atención porque venían, siendo una población difícil en muchos aspectos; los beneficios eran superiores a esos pequeños casos que presentaron efectos secundarios, primer lugar usar el implante en esta población nos permitió asegurar el método porque sabíamos que estas mujeres eran de alto riesgo bio-psico-social, porque la gran mayoría de ellas venían de poblaciones dispersas inasequibles, de montañas, del río, con un nivel educativo bajo, con familias numerosas, madres jóvenes con 5, 6, 7 y 8 hijos, lo cual hacía que haya abandono o incumplimiento; había revisado que tienen una alta tasa de abandono a los anticonceptivos inyectables u orales. Este método hizo en primer lugar que se asegure un periodo fijo de no poder procrear, espaciando los periodos intergenésicos, no verdad, disminuir el número de la familia, el número de los hijos, disminuir también la mortalidad indudablemente, porque al no estar embarazada, que es de las principales causas de las complicaciones obstétricas, las nutricionales, las

anemias en embarazadas, incluso en el post parto, la mayoría siguen con la costumbre de parir en sus casas, a veces sin comadronas, sin parteras, con la familia, el marido o ellas mismo. El riesgo obstétrico es elevadísimo en ellas, al usar este método se logró, se notó, que se redujo la mortalidad y las complicaciones obstétricas en el embarazo, disminuye el número de embarazos, realmente hacían un post parto inmediato y embarazo, parto post parto, hacían un ciclo. Al espaciar sé logro recuperar el estado nutricional de la madre y los niños también, se logró mejorar aún más el apego de la lactancia obligatoria, se alargó el periodo de lactancia dos años. Hay un porcentaje alto que alcanzo ahora último, históricamente en Carlos Concha no se alcanzaba aquello, en si el beneficio fue total, es indudablemente las repercusiones en el campo social, sobre todo que Carlos Concha era, sigue siendo una población caracterizada por la violencia de todas las índoles, se ha logrado reducir el machismo, que es una de las características de nuestra población.

El implante permite espaciar la procreación, repercute favorablemente en la relación de pareja, en los niños también hubo una repercusión indudable; para acceder al método se priorizo a grupos de riesgo, se aplicó el implante, ellas mismo fueron fuente de difusión en sus comunidades. Como equipo de salud uno de los principales problemas que teníamos indudablemente eran los embarazos.

En comparación con los demás métodos tenía un beneficio básico sobre todo en nuestra realidad local. En otras realidades, se tendría que analizar, en nuestra realidad local el uso del implante tenía un beneficio superior a los otros métodos, claro que había que evaluarlo individualmente, al inicio no le daban la importancia real entonces eso hacía qué inicien con un método anticonceptivo oral por ejemplo y a los dos, tres y cuatro meses ya no bajaban, venían ya embarazadas al control lo mismo ocurría con los inyectables. Las mujeres que entran en planificación familiar tienen beneficios múltiples; para eso se siguió los criterios de elegibilidad. El uso del implante es superior, da tranquilidad a la mujer, a la familia, comunidad; indudablemente para nosotros como equipo, el beneficio es mayor. En la experiencia, lo que hemos venido recopilando los datos durante estos años desde el 2010, hasta la actualidad vemos indudablemente el cambio, además, que el beneficio supera los efectos negativos”.

Entrevista a Técnico de Atención Primaria en Salud (TAPS):

“Mi trabajo es extramural, aquí hemos logrado captarlas en el post parto, algunas mujeres dicen, no me cuido porque no me enfermo, estoy dando de lactar. Estamos promocionando los anticonceptivos, sabemos dónde están las mujeres que usan el implante, esto ayuda a reducir la muerte materna, mejora crecimiento económico de la familia porque son de escasos recursos económicos y tienen hasta diez y doce hijos.

La utilización del implante, ha causado una mejor alimentación y hace que las mujeres terminen de amamantar y no se queden embarazadas”.

Respuestas a ejes temáticos por cada miembro de equipo de Salud Carlos Concha
Anexo N°3

Guía de preguntas	TAPS (Técnico de Atención Primaria de salud.	Obstetra	Enfermera	Auxiliar de enfermería
Eje temático				
1.-Tiene referencias sobre el uso de implantes para reducir altas tasas de abandono de anticonceptivos desde el año 2010	Las mujeres paren, se captan post parto, Las mujeres dicen no me cuido, no me enfermo	Anticoncepción con todos los metodos, hubo una barrera con la atención, las pacientes venían a consulta, no querían porque era hombre. Las mujeres pedían que regresara la obstetrix	Sí, se lleva un control de registro de pacientes como enfermera estamos pendientes de lo que se necesita uso de implantes	Se ha cortado los embarazos, los embarazos, eran continuos, venían un mes y dos a tres meses no venían, los embarazos son más distantes
2.-Reconoce si contribuyo o si existe algún cambio social significativo en las familias y mujeres que adoptaron el implante, ejemplo: morbilidad, ¿cuál le parece más relevante?	Ha evitado desnutrición en los niños, se capta para que planifiquen , El tarjetero está vacío, no hay tanto niño. Las familias son de escasos recursos, hay madres que tienen hasta 10, 12 hijos.	Cambios sociales. Las pacientes que usan implante poco vienen, cada tres a cinco meses, en cuanto a retirarse, una lo hace en otro lado porque sangraba mucho, se han quedado embarazadas con otros métodos .	Ganancia de peso .hay madres que hace tres o cuatro años no sabían que hacer	La gente ya va cogiendo más conocimiento. en la vacunación hemos bajado ya no hay la cantidad de niños que había antes, estaban dando de lactar y estaban embarazadas, el mensaje de una fue diciéndole a la otra y así sucesivamente luego de la aplicación algunas se cuidaron como si estuvieran operadas , 1% le ha hecho efecto(daño), la pobreza, no es que se ha reducido, ha habido más alimentación, antes habían guarderías; hace dos años atrás ya las madres dicen: me defiendo con mis hijos. Ni para abrir una

				guardería hay niños. Si no hay píldoras ellas la compran, han cambiado de comportamiento un 60%; la gente ha cambiado aquí.
3.- Cree que el implante influyo de manera positiva para mejorar el desarrollo de lactantes, de las mujeres en relación a la calidad de vida?	No terminan de amamantar al uno de vuelta están embarazadas; con el implante se evita todo eso	Sé cómo tratarlas, La forma de pensar de la gente es muy diferente de donde he vivido; se busca una forma técnica y un léxico acorde, porque pueden malinterpretar, es mejor que acá estuvieran hombres, por el difícil acceso a la atención .	Tenemos buena observación, vemos que los niños han bajado la desnutrición. No hay niños con esquema incompleto, del 2010 en adelante hay un espacio de niño a niño, nosotros ganamos con ayuda del implante. Hay madres que tienen dos, tres niños en un año; esos niños han abandonado el esquema de vacunación.	Ya no vienen continuamente al médico. poco los traen a los niños al Subcentro
4.- El implante fue propuesto para mejorar el vínculo de pareja y los niveles de satisfacción sexual, ha podido identificar este evento en el grupo de beneficiarios	Sí.	El esposo le permitía tomar la píldora solo cuando iba a tener relaciones sexuales, le insinuaba que sí tomaba todos los días es porque tenía otra persona; el hierro no lo toman, la anticoncepción es muy buena y es beneficio para ellas.	Con el implante han encontrado una solución a sus problemas.	Cuando no hay las inyecciones viene el joven y el adulto, se llevan condones, no falla, es de todos los días,

<p>5) Se plantearon instrucciones operativas para el seguimiento, se guarda algún registro de usuarias de implante.</p>	<p>Nosotros en visitas sabemos dónde quedan, hay un mapa, se hace más fácil, la mayoría está usando el implanon</p>	<p>Por consejería las ha adquirido, llenamos una matriz para seguimiento el centro de salud, las pacientes, con mucho sangrado son referidas al área. Una mujer se retiró el implante en otro lugar (a los dos años), por presentar hemorragias; de 28 implantes colocados en el 2013, se retira uno. No, estoy colocando la fecha, hora en que se lo retira , En cuanto al abastecimiento de implantes en cómo se acaba, se pide.</p>	<p>Varias madres que tienen embarazos riesgosos. demanda espontanea, conversan antes de aplicarle, para ayudarles les damos la charla, Después de la charla desisten.</p>	<p>Unas han estado viniendo cada mes al control Las que les tocaba sacarse ya se han sacado. Nos estamos metiendo hasta los últimos rincones; cuándo estaba Ud. llevábamos las pastillas, se conquista para poner el implante. la gente, antes aquí solo se atendía los martes y jueves Ahora la atención es todos los días y la gente acude más, por otros problemas de salud, en el caso de las mujeres que realizan regulación de fecundidad.</p>
<p>6) Reflexión, en pocas palabras qué opinión le merece la propuesta resolver el problema de abandono de métodos anticonceptivos,</p>		<p>El uso del implante en estos últimos meses ha crecido más. Hay pacientes que han estado usando microgynon y han decidido déjalo por el implante.</p>		
<p>Referencia preguntas.</p>	<p>Médico</p>	<p>Síntesis de entrevista ,respuestas a ejes temáticos</p>		
<p>1.-</p>	<p>Sí, se empieza a aplicar en la población dispersa, trae beneficios y preocupaciones por efectos secundarios para abandonar implante precozmente. Genera gran demanda por ser un método práctico y novedoso, la mayoría es población dispersa, la accesibilidad hace difícil, el uso de los otros métodos, tiene grandes ventajas, gran demanda, algunas mujeres vienen con amenorreas, sangrados; con educación y consejería completan el tiempo de uso; solo dos casos hubo de retiro en tres años</p>			
<p>2,3.-</p>	<p>En primer lugar un gran interés, el beneficio es ampliamente superior a los pequeños casos que presentaron efectos secundarios, permitió asegurar el método a las mujeres de alto riesgo bio-psico-social, que vienen de poblaciones dispersas, inasequibles, con nivel educativo bajo y de familias</p>			

	<p>numerosas; madres jóvenes con cinco, seis, siete, ocho hijos; con antecedentes históricos de incumplimiento, con altas tasas de abandono de anticonceptivos inyectables y orales, por tanto se logra asegurar a las mujeres un periodo fijo para que no puedan procrear, logrando el espaciamiento de los hijos y disminuir la morbimortalidad, debido a que estar embarazada era una de las principales causas de complicaciones obstétricas. Las repercusiones sobre la balanza son más positivas que negativas.</p> <p>Hay una disminución en el número de embarazadas, por ende de las complicaciones, esta condición genera mayor espacio y dedicación a sus niños, mejorando el estado nutricional para los dos componentes (madre-hijo); aseguran el apego a la lactancia, alargándola hasta los dos años.</p> <p>Se determinan cambios de percepción a medida que pasaba el tiempo de uso del implante. Los beneficios no solamente fueron individuales sino también familiares, comunitarios, haciendo que las mujeres tengan menos necesidades de ir a la unidad operativa, generando tiempo libre para actividades intra y extramurales. Se modifican los flujos de atención, con disminución de tiempos de espera.</p>
4.-	<p>Hay repercusiones beneficiosas en el campo social sin dejar de comentar que Carlos Concha sigue siendo una población caracterizada por la violencia de toda índole; el machismo es una de sus características, con esta implementación disminuyen los factores de riesgo de la violencia de género y niñez.</p>
5.-	<p>Siguiendo las instrucciones operativas, se hizo una selección previa de las mujeres que estaban expuestas a mayor riesgo; sobre todo obstétrico, mujeres con escasa accesibilidad que viven en población dispersa con periodos intergenesicos muy cortos, con riesgo de complicaciones de pareja, familiares, Jóvenes con antecedentes obstétricos o morbimortalidad; muchas bajan para acceder al método, pero se priorizó. Se informaba a la comunidad cual era el método de selección de las mujeres que se acogerían al proceso de aplicación del implante subdérmico.</p> <p>Al inicio se estableció una forma de control mensual; se les daba las pautas, de cuando bajar al centro de Salud en caso de sangrados y/o cualquier efecto secundario</p> <p>Ellas mismo fueron fuente de difusión sobre beneficios del método; el proceso quedo instaurado; se siguió con los criterios de elegibilidad y de selección.</p>
6.-	<p>Cambio nuestra percepción; en lo personal, más allá de la evaluación individual, los beneficios del implante son superior en relación con los otros métodos.</p> <p>Como equipo de salud el beneficio es mayor, teníamos un poco de temor al inicio; ¿cómo repercutirá?, nos ha dejado como experiencia, que previa a la aplicación se les explicó, ellas lo toleran y rara vez lleva al retiro; la consejería pre implante es fundamental, se debe dar todo el tiempo necesario.</p>

Fuente: Entrevistas Semi-estructurada a personal de Salud Carlos Concha: Elaborado Por: Obstetra Olger Ruiz. Investigador.

Anexo N° 4

1.-Presentación-

Buenos días señora permítame explicarle la razón de esta encuesta ya que será empleada para obtener información de todas las mujeres que decidieron adoptar un método nuevo de planificación familiar (implante subdérmico de Etonorgestrel-Implanon R. En la zona rural de Carlos Concha desde Enero a Diciembre del año 2010 (n=45) (esta muestra toma en cuenta tres años de uso), razón por la cual, se solicita de forma muy comedida que las preguntas sean respondidas solamente con la verdad para no tener, que hacer reinterpretaciones, además se asegura a las participantes que los datos que se generen como consecuencia de esta investigación serán manejados bajo estricta confidencialidad, servirán para inferir sobre las políticas de control de natalidad, sobre los encargados de programas de salud sexual-reproductiva, los tomadores de decisiones, con el propósito de hacer más accesibles los servicios, con métodos de alta tecnología y calidad.

Provincia ----- Cantón -----Parroquia -----
Fecha -----

Código: /Historia Clínica

¿Tiempo de uso /Fecha colocación

Implante-----

Sírvase por favor contestar las siguientes preguntas, marque con una x dentro del círculo, la respuesta que apropiada.

Valorando la aceptabilidad–niveles de satisfacción luego de la implementación del implante subdérmico

1.- ¿Ud. se colocó el implante de forma libre y voluntaria?

Sí No

2.- ¿Le queda más tiempo para sus labores diarias?

Sí No

3.- ¿Ha disminuido el número de visitas al centro de salud por planificación familiar desde que usa el implante?

Sí No -¿Cuántas veces al año-----?

4- ¿su pareja sabe que usa el implante?

Sí No

5.- ¿Tiene más seguridad durante la relación sexual desde que se colocó el implante?

Sí No

PAG 2

6.- ¿ha disminuido las ideas negativas de su pareja frente a la planificación familiar al no tener que acudir regularmente al centro de salud para retirar píldoras y/o inyectables?

Sí No

7.-¿Tiene problemas de violencia, física, sexual o psicológica en su familia?

Sí No

8.-¿El implante ha contribuido a cambiar de alguna forma este estilo de vida, ha disminuido los eventos de violencia?

Sí No

9.- ¿Admite tener relaciones sexuales forzadas, puede controlar su vida sexual de mejor manera usando el implante?

Sí No

10.- ¿Su pareja se opuso a que se coloque el implante?

Sí No

11.- ¿El implante ha mejorado su relación afectiva y sexual?

Sí No

12.- ¿Su pareja sabe que usa el implante?

Sí No

13.- ¿Tenía miedo de colocarse el implante?

Sí No

14.-¿Ha tenido cambios en su salud como para retirarse el implante?

Sí No

15.- ¿Volvería a usar otra vez el implante?

Sí No

PAG 3

16- ¿Tiene dudas acerca de la efectividad del implante?

Sí No

17- ¿Conoció previamente que tan efectivo es el implante para evitar el embarazo antes de usarlo?

Sí No

18.- ¿Desde que usa el implante sus relaciones sexuales son?

- a) Muy satisfactorias b) Medianamente satisfactorias
c) Nada satisfactorias

20.- ¿Su pareja estuvo de acuerdo para usar el implante?

Sí No

22.- ¿Ha tenido que usar otro método como píldoras o condones a pesar de estar con el implante para sentirse más segura al momento de tener relaciones sexuales?

Sí No

¿Razones?:

- a) Otra pareja b) No confía en el implante
c) doble protección

23.- ¿Quién influyo para que se coloque el implante?

- a) Pareja
b) Amigas
c) Otra mujer que usa el implante
d) Suegra
e) Sus padres
f) Sola
g) Personal del Subcentro de Salud
h) Otros, ¿Quién? -----

PAG 4

24.- ¿Recibió consejería antes de colocarse el implante, de quién?

- a) Médico general
- b) Obstetra
- c) Odontóloga
- d) Enfermera
- e) Técnico de malaria
- f) Auxiliar de enfermería
- g) Otro-----

25.- ¿Qué efectos negativos ha provocado el implante en su salud?

- a) Subir de peso
- b) Bajar de peso
- c) Hemorragias
- Ninguno

26.- ¿Ha influido sobre su deseo sexual?

- a) Aumento del deseo
- b) Disminución del deseo
- c) Ningún cambio

27.- ¿Al momento de colocar el implante experimento dolor?

- A) Leve
- B) Moderado
- C) Severo
- D) Ningún dolor

28.- ¿El implante en su brazo le impide realizar tareas fuertes?

- a) Frecuentemente
- b) A veces
- c) Casi siempre
- d) Ningún impedimento

29.- ¿En el sitio del implante ocurrieron cosas como?

- a) Rojo con dolor
- b) Verde con dolor
- c) Rojo sin dolor
- d) Verde sin dolor
- e) No ocurrió nada

PAG 5

30.- ¿Ha palpado el implante, siente que se ha desplazado?

- a) Está igual
- b) Hacia arriba
- c) Hacia abajo
- d) No es palpable

PAG 5

31.- ¿Se retiraría el implante a pesar de presentar los siguientes efectos negativos?

- a) Falta menstrual
- b) Dolor de cabeza intenso
- c) Hemorragias
- d) Otra causa -----Sí No
- E) Tiempo recomendado

32.- ¿Debió tomar medicamentos para evitar el dolor después de la aplicación del implante?

- Sí No

33.- ¿Cree que el implante le ha dado alguna ventaja?

- Sí No

34.- ¿Fue fácil conseguir el implante en el Subcentro de salud?

- Sí No

35.- ¿La información que recibió antes de colocarse del implante fue?

- Suficiente Insuficiente No recibió información

36.- ¿cuánto tiempo le tomo decidir la aplicación del implante, desde que fue promocionado en el centro de salud?

- Menos de un mes De uno a cuatro meses De 5 a 8 meses
9 meses o más.

37.- ¿Los términos utilizados para informar sobre el implante fueron?

-

Muy comprensibles Medianamente comprensibles Nada comprensibles

38.- ¿Recibió ayuda de su pareja o su familia para cuidar adecuadamente el implante y evitar complicaciones?

Sí No

PAG 6

39.- ¿Qué cosas negativas escucho decir sobre el implante (mitos)?

a) Es de vidrio b) Se va a romper al hacer fuerza c) No se puede hacer fuerza normalmente

d) Produce cáncer

e) Deja estéril

f) Es peligroso y se va a otra parte del cuerpo

40.- ¿Desea tener más hijos? Si no

Conteste la pregunta, solo si existe la siguiente situación?

41.- ¿su pareja no sabe que Ud. tiene el implante, si su respuesta es

NO

Al enterarse cómo reaccionó?

- a) Con agresiones físicas o verbales
- b) Le reclama por su decisión
- c) Le obliga a retirárselo
- d) La amenaza con dejarla
- e) No le dice nada y acepta

Gracias por su Colaboración

Anexo N° 5

¿Qué efectos negativos ha provocado el implante en su salud?	Frecuencia	Porcentaje
Bajar de peso	5	23,80%
Hemorragias	3	14,30%
Ninguno	9	42,90%
Subir de peso	4	19,00%
Total	21	100,00%

¿Quién influyo para que se coloque el implante?	Frecuencia	Porcentaje
Otra mujer que usa el implante	1	4,80%
Pareja	8	38,10%
Personal del Centro de Salud	3	14,30%
Sola	5	23,80%
Suegra	2	9,50%
Sus padres	2	9,50%
Total	21	100,00%

¿Desde que usa el implante sus relaciones sexuales son?	Frecuencia	Porcentaje
Medianamente satisfactoria	12	60,00%
Muy satisfactoria	7	35,00%
Nada satisfactoria	1	5,00%
Total	20	100,00%

¿El implante ha mejorado su relación afectiva y sexual?	Frecuencia	Porcentaje
No	1	5,00%
Sí	19	95,00%
Total	20	100,00%

¿El implante ha contribuido a cambiar de alguna forma este estilo de vida, ha disminuido los eventos de violencia?	Frecuencia	Porcentaje
No	6	31,60%
Sí	13	68,40%
Total	19	100,00%

¿Su pareja se opuso a que se coloque el implante?	Frecuencia	Porcentaje
No	13	61,90%
Sí	8	38,10%
Total	21	100,00%

¿Volvería a usar otra vez el implante?	Frecuencia	Porcentaje
No	8	38,10%
Sí	13	61,90%
Total	21	100,00%

¿Ha tenido cambios en su salud como para retirarse el implante?	Frecuencia	Porcentaje
No	18	85,70%
Sí	3	14,30%
Total	21	100,00%

¿Tiene problemas de violencia, física, sexual o psicológica en su familia?	Frecuencia	Porcentaje
No	18	85,70%
Sí	3	14,30%
Total	21	100,00%

¿Qué cosas negativas escuchó decir sobre el implante?	Frecuencia	Porcentaje
Es de vidrio	4	23,50%
Es peligroso y se va a otro lado del cuerpo	1	5,90%
No puede hacer fuerza normal	5	29,40%
Produce cáncer	6	35,30%
Se va a romper	1	5,90%
Total	17	100,00%

Fuente: Encuestas a usuarias de Implante 2013, Centro de Salud Carlos Concha. Elaborado por: Obstetra Olger Ruiz. Investigador.

Anexo N°6

Entrevista a Parejas:

Guía de preguntas

Edad (hombre-mujer, ocupación, lugar (recinto), domicilio, fecha y hora de inicio, hora de terminación de la entrevista

1. ¿Me puede hablar un poquito si está de acuerdo con la planificación familiar?
2. ¿Cuántos hijos han deseado tener en toda su vida de pareja, cuantos tienen ahora, está satisfecha/o?
3. ¿Ha presionado en algún momento a su pareja que se quede embarazada?
4. ¿Se ha opuesto alguna vez a que su pareja use Anticonceptivos?
5. ¿Conocía de la existencia de este nuevo método de planificación familiar, como se enteró, a través de quien específicamente?
6. ¿Alguien les informo de este nuevo método, les ha dado alguna ventaja en comparación con las píldoras, inyectables o preservativos?
7. ¿Les queda más tiempo libre para otras actividades familiares debido a que no asiste cada mes al centro de salud?
8. ¿Conoce cuánto tiempo dura el implante, planeaban tener otro hijo?
9. ¿Se pusieron de acuerdo en utilizar este método?
10. ¿Consideran Uds. Al implante como un método ideal, le pareció muy difícil la aplicación, que parte del procedimiento la asustó?
11. ¿Reconoce haber sido violento con su pareja?, ¿En algún momento han mantenido relaciones sexuales sin un método de protección?
12. ¿En algún momento en que su compañera no desea tener relaciones sexuales? ¿ha usado alguna forma de presión y como consecuencia de esto ha ocurrido algún evento especial, embarazo no deseado, aborto?
13. ¿Qué le parece que su pareja tenga el implante, esto les permite tener mayor libertad de experimentar relaciones sexuales satisfactorias y sin preocupación frente a un posible embarazo?
14. ¿se ha modificado su deseo sexual, tiene más o menos ganas de tener relaciones desde que se puso el implante?
15. ¿Les ha provocado inconvenientes durante la relación, por algún efecto negativo del implante, por ejemplo sangrados fuera de la fecha, durante todo el mes?
16. ¿Creen que el implante ha mejorado su estilo de vida, que cambios han experimentado, puede mencionar algunos cambios?
17. ¿Si existiera la posibilidad de colocarse un nuevo implante, lo haría?
18. ¿Se sienten satisfechos, con el implante ha mejorado su comunicación, su práctica sexual y la afectividad como pareja, se ha desarrollado un mejor ambiente familiar?
19. ¿Creen Uds. Que el centro de salud debe tener en un futuro el implante a disposición de quien lo desee?
20. ¿Ha tenido algún problema por el que desearía retirarse el implante?

Cierre ¿Cómo se sintió hablando de estos temas, quisiera volverlos a discutir en otra oportunidad, tiene alguna preocupación adicional?

Muchísimas gracias por su colaboración, han sido muy amables al compartir la información

Gracias por compartir lo valioso de sus ideas y experiencia

Anexo N° 7

TRASCRIPCION ENTREVISTAS PAREJAS.

Entrevistas pareja E-S

“Me coloque el implante hace 2 años 7 meses, al principio no estaba de acuerdo con la planificación familiar, después con el tiempo, fui pensando y decidí cuidarme, primero me cuidaba con pastillas, las cuales me hacían mal, tenía mareos, dolor de cabeza y de estómago, después use inyecciones como la mesigyna, pero esta me hacía enfermar dos veces al mes hasta ahora que salió el implante.

Afirma que lo ve como una forma de oponerse, a que siga usando anticonceptivos, (conocía la existencia), me entere aquí, en este Subcentro una vez vine a retirar el examen de Papanicolaou y ahí me enteré no estaba decidida pero en ese momento como no habían inyecciones, y solo estaban poniendo el implante lo decidí en ese momento. Ahora si he tenido más tiempo para mi casa he podido salir donde mi familia, me da bastante tiempo, si en ese momento cuando vine me dijeron que no había inyecciones, fui a la casa y le dije no hay inyecciones, decidí ponerme eso y él dijo que estaba bien justamente el vino ahí, si es un método bueno, cuando me colocaron el implante, no sentí dolor, después un poquito de dolor pero paso, si, cuando recién me comprometí, salí embarazada, ahí aborte después paso un tiempo en que no podía tener niños y tuve que cuidarme. Ahora ha mejorado mi estilo de vida, con el implante tengo más tiempo para la casa.”

Entrevistas pareja A-V

“Mi edad es 29 años, lo más importante es la planificación familiar siempre he compartido con eso porque se organiza la vida, los hijos se planifican, tenemos uno, lo máximo sería tres, si por ej. Mi hijo cumple 5 años, estamos planificando en un año más tener otro hijo, me entere por medio de mi concuñada que le puso el implante Ud., J. R, ósea me motivo, las píldoras mes a mes todas las noches, tan poco me gustaría planificar con inyección entonces vi que le pusieron el implanon a ella y me motivo entonces, empecé a venir y decirle a Ud. y todo eso, me explico porque, por un ejemplo cuando venía igual tocaba esperar hasta el mediodía, eso le quita tanto tiempo. Uno tiene hijos me controlo cada tres meses, este método no me ha dado molestias, para mí ha sido este método y no me ha dado molestias ha sido normal, no sentí, si escuchado por lo general las mujeres se quejan por la menstruación se van en hemorragia o que se les mueve el implante por ej., para mi uno esta con su pareja sin preocupaciones uno dice va a salir embarazada, pero en cambio uno con el anticonceptivo no está pensando(H) uno

está más tranquilo, digamos que sentía sensaciones del uno al otro, las relaciones sexuales son más intensas, nos comprendemos, siempre con consentimiento mío, se puede tener relaciones sin ningún miedo, de diez mujeres, unas ocho se han logrado poner el implante, uno les dice por la distancia, les pone como ejemplo, por la experiencia de uno, me dicen no, mi trabajo es incentivar a la mujeres, mi trabajo es extramural como TAPS''

Entrevistas pareja S-G

'' Tengo 36 años, soy empleado público salubrista, soy C, tengo 27 años y trabajo como profesora, desde que empezamos la relación tuvimos la necesidad de planificar dos niños, el método que estamos utilizando es el implante, el médico informó que había llegado ese tipo de prevención dada por el Ministerio, entonces me pareció una buena idea ponerlo por lo que era de tres años sin considerar los efectos adversos, me pareció buena la idea, si nos explicaron, y si hemos tenido muchas ventajas porque una ventaja es que uno no está mes a mes con la Planificación buscando al obstetra, se aleja un poco del Subcentro uno tiene la relación más libremente y no está preocupándose por que no se puso el fin de mes la inyección, preocupados por las etapas de la fecundación y otra cosa que me he dado cuenta de ella es la plenitud social que alcanza, se basta para muchas cosas que no la podría hacer si estuviera cursando un embarazo o tuviera una cantidad de hijos, se desenvuelve socialmente como profesora, estudiante, es madre, colabora con la salud en su lugar de trabajo, le alcanza para muchas cosas el tiempo, la primera vez después de lo que me puse el implante fui a los tres meses y desde entonces no he regresado, he ido al Subcentro, podemos practicar libremente el sexo sin preocupaciones.

Es un alivio de tensiones en cuanto a si va a salir embarazada o no porque me pesaría bastante que saliera embarazada, conocí al inicio y le comuniqué y le pareció bien a ella también comparte lo mismo no quería más hijos aun, no quiero aún, si, la entrega es total a ella se disfruta libremente estar preocupada, la satisfacción es mucho más grande si ha aumentado me parece y ve a ella, el único efecto negativo es el exceso de menstruación, es lo que a veces nos frena, la menstruación 15 días a un mes y medio, por lo general a veces se angustian, otras que se engordan, otras dicen que las dejan estéril, para siempre, que es de vidrio, que puede reventársele en el brazo, algunos mitos, el que más predicán, no pueden hacer fuerza porque se les sale, lo único que hay que buscar es asistencia, pues lo hemos hecho.''

Entrevistas pareja L-P

''Me daba miedo, ya después decidí ponérmelo, me dio miedo que me lo pusiera, pero ahora con esto, ella ya puede andar con migo en la huerta, no tenemos más niños chiquitos, sé que dura tres años, claro ya con tres años no hay que andar con estos ríos que están hondos, a mí me daba miedo, porque después fuera a salir embarazada; yo antes fui violento, cuando recién empezamos ,porque a veces respondía, le dejaba ahí en la casa que hiciera un oficio y nada, con un vejucito le daba, cuando no haga caso, si doctor cuando yo no quiero el a la fuerza, la que no se forza, es mejor, me parece bien,

comenté con tres de arriba de la comunidad para que se ponga , no me han dicho nada, venía hoy día para ver como lo tenía, porque me había caído.”

Entrevistas pareja J-C.

“Claro, no quisiera tener más hijos, con los que tengo suficiente, del implante no sabía de qué se trataba, al inicio él se puso un poquito bravo, después ya no, le dije bien porque le habían dicho, que eso tenían que pagar no sé cuántos dólares para que me lo sacaran, pero después le dije que no era así, por eso ya aceptó, me enteré porque unas señoras estaban hablando juntas y mi suegra me dijo, fui, me enteré porque Ud. un día me dijo de otro método o algo así, pero nunca le pregunte de que método se hablaba y después escuche de parte de mi suegra, una señora, unas amigas que conversaron; da la ventaja de no seguir embarazada, cuidándome me olvidaba las pastillas; y eso de usar condones no, ni a mí me gusta ni a él tampoco, una ventaja buena porque no quiero tener más hijos, es un método mejor para cuidarse esa es la ventaja que hallo, es mejor, tratándose de ese implante, ya poco va al centro de salud, otras veces de repente por otras enfermedades, para retirarse, averigüe y le explique bien, no trajo nada no hubo problema, todo fue bien no me paso nada, no me asuste, solo me dio nervio porque le tengo pánico a la inyección, a las agujas, me dio miedo un poquito pero por lo que pensaba que dolía, pero como me puso anestesia ya no, la pastilla solo la use del segundo niño porque de, él no use una vez, no pude usar más, a los dos, tres años casi tuve al otro Salí embarazada, no he querido tener hijos. No la he forzado a tener relaciones sexuales, todo el tiempo con gusto de ella, ya no se acuerda; cuando una mujer tiene ganas y él no quiere; aunque haciéndole a la fuerza.

Ahora todo normal, diferente, eso fue anteriormente cuando recién me metí con él, luego de mes de embarazada empezó la violencia, tal vez le da vergüenza de que alguien sepa lo que hizo que el me pegaba, ambos a veces nos maltratábamos, claro si porque a veces uno se mete joven y a veces con el tiempo ya madura uno y se da cuenta como es la vida igual uno cambia, pues si yo horita cambiado bastante, si no lo niego que antes fui violento, ahorita ya no, ya cambie bastante, el primer mes que me metí con el salí embarazada, empezaron los golpes, un poco de maltrato, pero después ya paso todo a los dos años.

Para mí el implante, es lo mejor que hay, porque una que, con esas píldoras que usa no es segura; a veces no se las toma como es se va a quedar embarazada, con ese implante es algo seguro hasta los tres años. En ese modo de sexualidad está todo bien, desde que me puse es algo ideal, mejor, algo increíble; a mí nunca me pasó nada, nunca tuve problema, solamente el dolor de la cadera, cuando me fajo, me sobo me quita. Todo está mejor en las relaciones, hasta por el embarazo, ya no quedar embarazada, estoy segura con el implante.

Análisis entrevistas sobre niveles de satisfacción en usuarias de implante.

Anexo N° 8, 9

Participantes	P1	P2	P3	P4	P5	P6
	ES	AV	SG	LP	JC	MP
Preguntas 1	Al principio no; las pastillas mal: mareos, dolor de estómago	En la pareja lo más importante, se organiza la vida, los hijos se planifican , no me gustaría con inyección	Me daba miedo, ya después decidí ponérmelo.	No quiero tener más hijos.	Desde que empezamos la relación tuvimos la necesidad de planificar,	Sí, hemos estado en convenio tenemos un acuerdo; antes no
2	He querido tener un parcito mujer y varón , tengo cinco niñas, por buscar tuve cinco, mi esposo busca varón, ya no quiero tener más,	Tenemos uno, al máximo serian tres,	No tenemos más niños chiquitos	No, quise tener 1 mucho, solo, ahora tengo la niña hasta ahí quiero llegar; solo quería tener una parejita	Sí, tenemos una niña , uno más, mínimo en tres años	Seis, quiero tener mis hijos sea como me mande dios; seis hijos ni uno más

3	Sí, cuando ya me saque el implante, quiere tener otro niño.	Estamos, planificando en un año más tener otro hijo, más bien yo insisto		.No, decirme que no me cuide no, nunca me quito la pastilla, nunca he deseado tener hijos.	Nunca, no me he sentido presionada, dijo que hijos no ha querido	No, relación no más
4	Sí, quiere tener un varón	No; estoy de acuerdo, he dicho voy a planificar, a cuidarme, la planificación es algo que nos conviene a los dos		No,	No, hemos probado lo que teníamos al alcance, primero pastillas, luego inyecciones, ahora el implante	Uno
5	Sí, me enteré en el Subcentro, porque no había inyecciones no estaba decidida	Por medio de mi cuñada, ella fue la primera, me motivó, le puso el implante ud.		Por mi mujer, unas señoras hablaron juntas, Ud. me dijo, nunca pregunte de que método se hablaba, mi suegra y amigas, por no seguir embarazándome, que me olvide la pastilla, lo de usar condones casi no, ni a mí me gusta; ni a él tampoco, el implante, es un método mejor para cuidarse,	Nunca,	No, tampoco lo conocía
6	Me enteré en el Subcentro,	Ud. me explicó		Por otras enfermedades sabe ir , por ese implante ya no	A través del médico	Ud. mismo personalmente me exigió, con esto es un cambio porque no estoy pensando en tomar la pastilla
7	Sí, he tenido más tiempo en casa, salir hacia la familia, ayudar a los hijos a ver	Tocaba esperar hasta el mediodía , quita tiempo para uno	Ella puede andar con migo en la huerta	Sí	Uno no está mes a mes con la planificación , se aleja un poco del Subcentro, uno tiene la relación como más	Sí

	tareas				libremente, no se preocupa por las etapas de fecundación, se evita de estar día a día tomando las píldoras , el tiempo le alcanza para muchas cosas	
8	Sí, tengo dos años 7 meses	Dos años meses	Si tres años, con esto de los ríos que están hondos	Dos años creo que he escuchado , dura tres años	Tres años era el tiempo exacto que nosotros necesitábamos para tener otro niño	Tres años
9	Sí, él dijo que está bien	Ella me dijo y coordinamos ella me explicó	Sí	De mi parte ya no,	Descubrí la opción que había, para practicar el sexo libremente sin preocupación	Sí
10	Parece que es un método bueno, cuesta tomar pastillas	Para nosotros sí, siempre las mujeres se quejan sobre menstruación		Sí, decía que no por lo que costaba ,un mes averigüe le explique bien, claro sí, no me asustó, me dio nervio, le tengo miedo a las agujas, pensaba que dolía	No me asustó, estaba segura de quien me iba a aplicar	Sí, no me asustó
11	Sí, no quiero me exige, cuando son exigidas no está con todas esas ganas.	Con su anticonceptivo se libra de estar pensando, hay a qué hora saldré embarazada, uno esta con su pareja sin preocupaciones, esta más tranquila	Sí, a me daba miedo porque después fuera a salir embarazada		Sí estresada, Los preservativos nos estresaban era incomodo me sentía mal, menos satisfactorias, estábamos siguiendo el ritmo	Claro, Sí la obligaba.
12	No,	Siempre era con consentimiento mío,	Claro, más antes Sí, porque	Anteriormente sí cuando recién me metí con él	No,	Sí, pero no fueron todas, dos

		de él, no he tenido inconvenientes aún	respondía , con un vejucó le daba, un motivo que no sea de ahí: que no haga caso; , cuando yo no quiero, él a la fuerza me hace, es mejor la que no se forza,	Salí embarazada y empezó la violencia. Cuando una mujer tiene ganas y él no quiere, aunque haciéndole a la fuerza, tal vez le da vergüenza que alguien sepa lo que hizo, que me pegaba, uno se mete joven y con el tiempo ya madura, se da cuenta como es la vida y uno cambia, yo ahorita he cambiado bastante, yo no lo niego que más antes sí fui violento. Cuando Salí embarazada empezaron los golpes, el maltrato, hasta a los dos años casi.		veces , resulta embarazada
13	Cuando se cuidando está segura, siempre pensando quedar embarazada, él dice es más chévere estamos seguros	Se podía tener relaciones sin ningún miedo , hace tranquilamente las relaciones	Me parece bien	Para mí el implante, es lo mejor, que hay, con esas píldoras que usa no es segura si no se las toma como es, el implante, es seguro hasta los tres años.	El más preocupado por planificar los hijos he sido yo, me parece un alivio de tensiones	Sí,
14	Es menos intensa la relación, pocas ganas de tener relaciones	Es más intenso	.Sí, lo mismo	Sí, en el modo de sexualidad todo está bien.	Sí, uno disfruta libremente no está preocupado, la satisfacción es mucho más grande.	Sí, porque antes no tenía deseos, se ponía bravo
15	Disminución de ganas, otras	Menstruo cada Mes, tengo un	No.	Si, algo ideal	Trata de disfrutar, cuando no tenía el	En nada

	mujeres pasan mal, se quieren sacar porque tienen hemorragia	sangrado no es abundante, normal, tengo hasta 15 a 20 días pero igual me pasa.			implante estaba tensionada.	
16	Sí, tengo más tiempo para mi casa, para mi familia, ayudar a mis hijos a hacer tarea, deporte	Sí ha mejorado, el trabajo de ella es muy dificultoso, sí no tiene el implante hubiese quedado embarazada, no consigue trabajo A mí, me ha ido muy bien con el implante, no tengo queja de él.	Sí	Sí, claro que sí	El único efecto negativo es el exceso de menstruación, nos frena, nos causa molestias, a veces paso tres meses sin menstruar para mi es satisfactorio.	Me siento tranquilo, ya no tiene ese miedo, otro ambiente, un adelanto
17	Sí	Sí	Sí,	No, nunca	Ha alterado porque no hemos estado acostumbrados a esperar tanto para una relación	Sí, ya le llega el plazo de ese
18	Sí	Sí		Bien, claro un poco, es algo para la salud de uno, no he tenido dificultad de hablar algo importante,	Sí, a pesar de todas las molestias	Sí, más amoroso, donde salimos estamos tranquilos
20	No, solamente que no me enfermo, no he querido retirarme el implante.	No	Sí		No, los mitos que más predicán, es que: no pueden hacer fuerza porque se le sale.	No

21	El implante es lo máximo, Sí otras personas quisieran ponérselo, que selo pongan nomas.	Me favoreció porque pude conocer lo que él siente, ha sido un poquito duro aquí lograr que estas mujeres estén motivadas, mi trabajo es: impulsar a usar el método; de 10 unas 8 se ha logrado poner el implante, hay madres que tienen un niño en brazos y andan embarazadas.				No sabía que pensar, me cayó de sorpresa.
----	-----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	-------------------------------------------

Fuente: Entrevista a parejas usuarias de Implantes Centro de Salud Carlos Concha: Elaborado por: Obstetra Olger Ruiz. Investigador.

Síntesis análisis temático, entrevistas a parejas; sirven de insumos para la presentación de resultados, discusión y recomendaciones.



Consejería entre pares



Grupo Focal implante subdérmico
Comunidad Carlos Concha.

Anexo N° 10. Mapa ubicación de Usuarías de Implante subdermico Parroquia Rural Carlos Concha Distintivo naranja.



Elaborado por: Obstetra Olger Ruiz. Investigador.

