

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



TOMA DE DECISIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UN ESTUDIO DE CASO.

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al GRADO DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA Y
PUERICULTURA.

VIVIANA ELIZABETH CALDERON VARAS

VALDIVIA – CHILE

2006

PROFESORA PATROCINANTE:

Nombre

Firma

PROFESORA INFORMANTE:

Nombre

Firma

PROFESORA INFORMANTE:

Nombre

Firma

FECHA APROBACIÓN:

INDICE

1	INTRODUCCIÓN	2
2	MARCO TEORICO	5
2.1	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5
2.2	PROCESO DE TOMA DE DECISIONES	9
	2.2.1 <i>Etapas descritas para toma de decisiones</i>	9
	2.2.2 <i>Factores que influyen en la decisión</i>	10
3	MATERIAL Y METODOS	11
3.1	MODELO DE LA INVESTIGACIÓN	11
	3.1.1 <i>Sujetas de estudio y criterios de inclusión</i>	11
	3.1.2 <i>Procedimiento de Selección de la Muestra</i>	12
	3.1.3 <i>Métodos e instrumentos de recolección de la información</i>	12
	3.1.4 <i>Técnicas y Procedimientos</i>	13
3.2	MODALIDAD DE ANALISIS	13
	3.2.1 <i>Descripción de los sujetos de estudio de caso</i>	14
4	RESULTADOS	15
5	DISCUSION	24
6	CONCLUSIONES	26
7	BIBLIOGRAFÍA	28
8	ANEXOS	31
	A N E X O 1	32
	A N E X O 2	33
	A N E X O 3	34

RESUMEN

La investigación “Toma de decisiones en Salud Sexual y Reproductiva: un estudio de caso” fue realizada bajo el paradigma de la investigación cualitativa. Es de carácter descriptivo-exploratorio, y corresponde a un diseño de caso.

El caso está compuesto por ocho mujeres usuarias del Centro de Salud Familiar Angachilla que se encuentran en Control de Regulación de Fecundidad. A continuación se presentan sus principales características: mujeres residentes en la ciudad de Valdivia, con un promedio de edad de 27 años, todas con escolaridad básica completa, dos de ellas con estudios técnicos profesionales con largo tiempo sin ejercer en su rubro; cinco de ellas se ocupaban como dueñas de casa y tres realizaban trabajo remunerado. Cinco de las ocho informantes están casadas un promedio de once años; dos tienen una convivencia estable de más de cuatro años, Solo una de las informantes no tiene pareja y vive con su madre y hermanas. Todas las informantes tienen hijos cuyas edades fluctúan entre los 0 a 9 años.

La información para realizar este estudio se obtuvo aplicando las técnicas de entrevista en profundidad y entrevista grupal, a las ocho mujeres participantes. Mediante el análisis de contenido de los discurso se exploró los factores que influyen en la toma decisiones respecto de algunos aspectos de su salud sexual y reproductiva, y cómo este proceso se ve influenciado por su entorno (familiar, de pareja, etc.). Previo al inicio de la investigación, las usuarias fueron informadas del objetivo del estudio, se les aseguró la confidencialidad y de los datos y todas ellas aceptaron participar previa firma de un consentimiento informado. (Ver Anexo N° 2).

El análisis de la información demuestra que para el grupo de mujeres estudiadas no se puede identificar la influencia directa de la familia o la pareja en el proceso de toma decisiones en relación a su salud sexual y reproductiva; que el proceso es vivido de distinta forma por cada mujer y por lo tanto tiene distinto significado; y que para decidir se basan principalmente en la información entregada por la profesional Matrona, en segundo lugar consideran su propia experiencia y por último se basan en informaciones obtenida a través de la red de contactos del entorno.

Los resultados no son concluyentes y sólo representan al grupo de mujeres entrevistadas, no pudiendo generalizarse para el resto de las usuarias de dicho Centro de Salud ni otros grupos de mujeres. No obstante esta condición, los datos obtenidos pueden aportar información que permitirá a los matronas o matrones tener herramientas básicas para informar y orientar a las usuarias en este proceso en cualquier etapa de sus vidas.

SUMMARY

The investigation "Decision making in Sexual and Reproductive Health: a case study "was made under the paradigm of the qualitative investigation. It is of exploratory descriptive character, and corresponds to a case design.

The case is made up of eight usuary women of the Center of Familiar Health Angachilla who are in Control of Regulation of Fecundity. Next their main characteristics appear: resident women in the city of Valdivia, with an average of age of 27 years, all with complete basic schooling, two of them with professional technical studies with long time without exerting in its heading; five of them took care as owners of house and three made remunerated work. Five of the eight informants are married an average of eleven years; two have a stable coexistence of more than four years, Single one of the informants does not have pair and lives with its mother and sisters. All the informants have children whose ages fluctuate between the 0 to 9 years.

The information to make this study was obtained applying to the techniques of interview in depth and group interview, to the eight participant women. By means of the analysis of content of the speech one explored the factors that influence in the taking decisions respect to some aspects of their sexual and reproductive health, and how this process is influenced by its surroundings (familiar, of pair, etc.). Previous at the beginning of the investigation, the users were informed into the objective of the study, she made sure the confidentiality and of the data and all of them to them they accepted to participate previous company/signature of an informed consent. (To see Annexed N° 2).

The analysis of the information demonstrates that for the group of studied women the direct influence of the family or the pair in the taking process cannot be identified decisions in relation to its sexual and reproductive health; that the process is lived on different form by each woman and therefore has different meaning; and that stops to decide are based mainly on the information given by the Matrona professional, secondly they consider its own experience and finally they are based on information obtained through the network of contacts of the surroundings.

The results are not conclusive and they only represent the group of women interviewed, not being able to become general for the rest of the users of this Center of Health nor other groups of women. Despite this condition, the collected data can contribute information that will allow matronas or matrones to have basic tools to inform and to orient to the users in this process in any stage of its lives.

Key Words: Decisions, women, Sexual and Reproductive health

1 INTRODUCCIÓN

Esta investigación busca conocer y analizar algunos de los factores que influyen en la toma de decisiones de mujeres de 18 a 35 años en la ciudad de Valdivia, respecto a su salud sexual y reproductiva.

La toma de decisiones es un proceso que puede resultar complejo, pero que se debe realizar constantemente a lo largo de la vida. Abarca ámbitos disímiles y relevantes, siendo uno de ellos, la Salud Sexual y Reproductiva - de por sí relevante - porque define parte importante del transcurso de la vida.

Debido a las características del objeto de estudio y a la finalidad que persigue esta investigación, se ha privilegiado una metodología cualitativa. Esta corresponde a un estudio de caso exploratorio de tipo descriptivo que permitirá conocer los factores que influyen en el grupo de mujeres estudiadas al momento de tomar decisiones respecto a su Salud y Sexual Reproductiva y así obtener resultados que permitan comprender al grupo estudiado, sin la intención de generalizar los resultados obtenidos a otros grupos de mujeres. La confiabilidad de los datos obtenidos se resguarda a través de la grabación autorizada de las entrevistas, las notas del cuaderno de campo y la transcripción textual de todas ellas. (Ver Anexo N°3). En cuanto a la validez, ésta se asegura utilizando dos técnicas distintas de recolección de datos, las que fueron aplicadas dos y tres veces según calidad de la información obtenida y disponibilidad de las usuarias. Finalmente la confidencialidad fue asegurada a las usuarias, se les explicó el objetivo de la investigación, se les solicitó consentimiento informado tanto para participar como para aceptar la grabación de las entrevistas y la revisión de sus fichas clínicas. Esto concuerda con lo señalado por Taylor y Bodgan en 1990, los cuales señalan que la validación y confiabilidad en la investigación cualitativa tiene que ver con el grado de acercamiento existente entre la investigación y la realidad, así como de la pertinencia de las técnicas utilizadas.

Es sabido que hace unas décadas atrás no se tenía un concepto tan amplio de lo que implicaba el brindar atención en Salud con un enfoque de género y los programas sólo abarcaban el aspecto “reproductivo”. Este aspecto se ligaba fundamentalmente al rol histórico de madre y esposa asignado a las mujeres en nuestra sociedad y se separaba de la salud afectiva y sexual. El proceso de cambio a un nuevo paradigma se fue dando gracias a los aportes de estudiosas de los movimientos feministas, cuyos estudios sentaron las bases que permitieron explicitar el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos dentro de los Derechos Humanos. La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, creada en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobó el 18 de diciembre de 1978 la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer (CEDAW)

que puede considerarse como paso importante a la equidad. No obstante la CEDAW contempla sólo los derechos que resguardan el derecho de las mujeres a una maternidad segura y sin riesgos.

La Conferencia de El Cairo (1994) planteó que los Derechos Sexuales y Reproductivos son parte de los Derechos Humanos esenciales para las mujeres del mundo y que éstos “siguen amenazados por ataques políticos a la autonomía y poder de las mujeres” (González, 1998).

A pesar de la existencia de estos derechos, aún en Chile como en muchos países del mundo (especialmente de Latinoamérica y el Caribe) hay mujeres que están limitadas - principalmente por desconocimiento - para ejercerlos. Ejemplos: tener autonomía y control sobre su cuerpo, ejercer su sexualidad separada de la reproducción y elegir con quien; decidir libremente sobre su sexualidad sin ser sometidas ni sometidos a ninguna forma de abuso, tortura, violencia ni mutilación sexual; y decidir de manera libre si quieren o no tener hijos, cuantos y cuando, y a tener acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces. De este modo sus decisiones en este ámbito siguen siendo influenciadas y en algunos casos supeditadas a deseos y demandas de otros. En la mayoría de los casos estos otros, son sus parejas, novios, esposos y convivientes, incluso parientes directos como padres, hermanos o tíos siguiendo la tradición imperante por siglos que dice que las familias son gobernadas por hombres (Mernissi, 2001).

Este poder además es ejercido por Instituciones con siglos de tradición y autoridad como la Iglesia, el Estado, Partidos Políticos, entre otros. Es así como en nuestro propio país, la adopción de políticas nuevas que benefician a la comunidad son entorpecidas y teñidas de polémica y discusiones en torno a lo que es moral e inmoral; discusiones en que la población beneficiaria no tiene participación alguna - es decir - no puede decidir.

Es el caso de la Anticoncepción de emergencia (Postinor 2, nombre comercial) distribuida en Consultorios y Servicios de Urgencia para ser entregada sólo a víctimas de violación, que demuestra que aún las decisiones en Salud Reproductiva y Sexual no están completamente en manos de las mujeres.

En el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, las mujeres principales usuarias de los centros proveedores de estos servicios, se ven enfrentadas más de una vez en su vida, a tomar decisiones, que a simple vista, pueden parecer de poca complejidad. Como tener hijos, decidir el uso de un método anticonceptivo, sin embargo, en muchas oportunidades el entorno en que es tomada esta decisión, determina que sea vivenciado como un proceso complejo. Muchas mujeres incluso pueden verse sobrepasadas, sintiendo que la información que poseen es insuficiente o que no tienen apoyo del profesional que las atiende, lo que traduce el desconocimiento que las mujeres tienen de sus derechos sexuales y reproductivos.

Por lo tanto conocer estos factores - que van a ir cambiando con la realidad de cada mujer usuaria - permitirá a los/las profesionales que trabajan prestando servicios en Salud Sexual y Reproductiva, comprender los aspectos claves y las particularidades que los hacen únicos para cada mujer, pareja o familia y poder aportar cuidado e información relevante y pertinente a sus necesidades.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Qué factores influyen en la toma de decisiones de las mujeres en el Área de la Salud Sexual y Reproductiva?

OBJETIVO GENERAL

1. Conocer factores relacionados con la toma de decisiones en Salud Sexual y Reproductiva en un grupo de mujeres valdivianas entre los 18 a 35 años.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir los factores que influyan en la toma de decisiones en un grupo de mujeres Valdivianas entre los 18 a 35 años.
2. Identificar la influencia de familiares directos en las decisiones de Salud Sexual y Reproductiva en un grupo de mujeres Valdivianas entre los 18 a 35 años.
3. Identificar la influencia de la pareja en las decisiones de Salud Sexual y Reproductiva en un grupo de mujeres Valdivianas entre los 18 a 35 años.
4. Identificar las decisiones que toman en relación a su Salud Sexual y Reproductiva en un grupo de mujeres Valdivianas entre los 18 a 35 años.
5. Identificar los significados que las participantes atribuyen a Salud Sexual y Salud Reproductiva

2 MARCO TEORICO

2.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

El poder mantener nuestra Salud Sexual y Reproductiva depende en gran medida de nuestras condiciones de vida, el conocimiento que tengamos de nuestros derechos sexuales y reproductivos y la capacidad de poder ejercerlos libremente como parte de los derechos humanos básicos.

De este párrafo se desprende que la Salud Sexual y Reproductiva (multifactorial) depende de la capacidad que tengan las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y que para ello es necesario favorecer el acceso a la educación, instarlas a conocerlos para que puedan empoderarse y ejercerlos.

Un grupo de mujeres latinoamericanas que trabajan en el ámbito de la salud, elaboraron una propuesta de ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos, buscando instaurar un modelo de participación activa de la sociedad civil en la resolución de problemas relacionados con la vida cotidiana y la necesidad de ser sujeta de derecho en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. Este proyecto de ley implica asumir obligaciones internacionales que emanan del Pacto de Derechos Civiles y Políticos de la Convención Interamericana de los Derechos humanos, la CEDAW. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995 entre otras (Vidal, 2000).

Mediante este proyecto de Ley Marco se reconoce que las personas (mujeres y hombres) tienen derecho a:

- Disfrutar de la Sexualidad como fuente de desarrollo personal y felicidad.
- Tener autonomía y control sobre su cuerpo, ejercer su sexualidad separada de la reproducción y a elegir con quien.
- Decidir libremente sobre su sexualidad sin ser sometidas (os) a ninguna forma de abuso, tortura, violencia o mutilación sexual.
- Decidir de manera libre si quieren o no tener hijos, cuántos y cuándo, y a tener acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces.
- Acceder a información clara, comprensible y completa sobre métodos de regulación de fecundidad y de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.
- Confidencialidad de la información relacionada con salud sexual y reproductiva, incluida la información sobre abortos complicados y la utilización de Anticonceptivos.

Es claro que el concepto de Salud Sexual y Reproductiva se ha ido transformando a través del tiempo, no solamente a causa de las reformas en los sistemas de salud imperante, sino también al ritmo de los cambios políticos, económicos y socioculturales de las últimas cuatro décadas, generando un nuevo enfoque para la Salud Sexual y Reproductiva que alcanza su madurez en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, Egipto, realizada en Septiembre de 1994.

La Salud Sexual y Reproductiva implica una multiplicidad de factores, comprende aspectos relacionados con la intimidad de las personas, con el bienestar y la salud individual y al mismo tiempo el bienestar familiar y social (ámbito público y privado), trasciende el enfoque tradicional de la salud reproductiva (limitada a la reproducción) teniendo como objetivo garantizar el conocimiento y el legítimo ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos como fundamentales para lograr la equidad de género en la atención de salud. Según un análisis del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizado en el año 1998: “Los trastornos de la Salud Sexual y Reproductiva representan más del 30% de la carga global de morbilidad y discapacidad de las mujeres, frente a sólo un 12% en los hombres. La mayor proporción de años de vida saludables perdidos (AVISA) es atribuible a problemas relacionados con el embarazo y parto, seguido por las Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.), que son causa de 8,9 % de la carga de morbilidad en las mujeres en comparación con el 15% en los hombres del mismo grupo de edad” (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 1998).

Ahora, existiendo estos derechos, muchas mujeres no gozan de ellos plenamente por desconocimiento, por lo tanto, existen posibilidades de apoyo al ejercicio de los derechos reproductivo y sexuales, no únicamente a través de la formulación de derechos, sino hasta de sugerir instancias para vigilar el cuidado de los mismos. Adicionalmente, cuando se relacionan la toma de decisiones sexuales y reproductivas con la atención en salud se encuentran importantes coincidencias que posibilitarían recuperar los componentes que aseguran las decisiones libres e informadas en el espacio de la reproducción (Figueroa, 1997).

El mismo autor señala que diferentes análisis han permitido constatar la relevancia de algunas variables socioeconómicas, demográficas y culturales en la delimitación de los niveles de fecundidad, en particular, el caso de la escolaridad. En el caso de la Salud Pública, las variables privilegiadas al momento de prestar asesoría a las usuarias son: el nivel socioeconómico y la escolaridad de éstas, lo que obviamente no garantiza que al momento de brindar atención en Salud Sexual y Reproductiva se respeten los procesos de decisión individual; esta situación es más evidente cuando se trata de usuarias deprivadas socioculturalmente, en que el profesional podría partir del supuesto que sus elecciones no serán las más acertadas por la falta de información y educación.

Para poder entender el proceso de tomar decisiones en Salud Sexual y Reproductiva un estudio realizado en México en el año 1988, Figueroa *et al* propusieron un esquema de toma de decisiones en el cual, para propósitos analíticos se sugieren tres etapas que parecieran seguir una secuencia temporal, pero que interactúan y se renuevan a partir de la experiencia reproductiva y anticonceptiva de cada persona. Se concluye, que este proceso de tres etapas, está relacionado sólo al aspecto reproductivo, apuntando a las motivaciones y posibilidades de limitar la fecundidad, y espaciar los embarazos, mediante el uso de algún método anticonceptivo que se adecue a las necesidades de la persona y que sea accesible para ella.

La primera de estas etapas se refiere a la regulación de la fecundidad, y describe la “Percepción de la posibilidad de regular la fecundidad”; esto incluye el conocimiento que la mujer tenga de su propio cuerpo, de su sexualidad, de la reproducción y de los medios conocidos para regular la fecundidad.

La segunda etapa es “La motivación para regular la fecundidad” que generalmente se basa en limitar el número de hijos y las expectativas de crianza, también depende de cómo se viva la maternidad.

La tercera etapa se refiere a “La valoración de costos” asociados a la regulación de la fecundidad, esta valorización no sólo se limita a aspectos económicos sino que incluye la efectividad del método en uso, la accesibilidad a éste y el reconocimiento de obstáculos psicosociales y culturales para usarlo.

Este proceso intenta recuperar las particularidades de cada persona que se reproduce y que modifica sus posibilidades reproductivas a través de su propia experiencia y que considera las influencias de las políticas y programas de salud. Experiencias como la de este estudio sirven de punto de partida para estudios que abarquen el tema de las decisiones en salud sexual y reproductiva más allá de solo el aspecto reproductivo; en este caso de la motivación para regular la fecundidad de las mujeres y sus parejas.

Con el descubrimiento de los métodos anticonceptivos y su uso masivo se ha logrado reducir la carga de trabajo y el estrés que producía a la mujer el cuidar de una familia numerosa y así poder tener control de su cuerpo y el ejercicio de una sexualidad cuyo fin no era sólo procrear. Un estudio realizado en Indonesia el año 2003, en el que participaron 800 mujeres casadas, en edades desde los 25 a los 49 años de las provincias de Lampung y el sur de Sumatra, arrojó como resultado que el usar un método anticonceptivo las hacía sentir más satisfechas con su vida de pareja y sentían que tenían el control sobre su vida reproductiva al poder decidir tener menos hijos y espaciar los embarazos, aumentó su autoestima y su poder económico en la familia al poder incorporarse al mundo laboral, que las mujeres del mismo grupo que no los usaban (50% del grupo) (Sunarno y Prasadja, 2005).

Concluyó también que la mayoría de las mujeres toma decisiones sobre usar o no un método anticonceptivo, tomando en cuenta los intereses de otros, particularmente de sus esposos. Los esposos están interesados en como los métodos afectan a la relación y es su decisión cambiar el método por otro o dejar de usarlo, y los deseos del esposo en cuanto al tamaño de la familia, tienden a prevalecer

Otro estudio realizado en la ciudad nigeriana de Yoruba en 1977, se refirió a cómo la habilidad para tomar decisiones en Salud Reproductiva y Sexual afectaba la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/SIDA e ITS. Ejemplificando cómo el poder de decidir y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, salvaría a muchas mujeres del contagio del VIH/SIDA e ITS, en muchas partes del mundo el VIH/SIDA se ha feminizado a causa de el poco poder que tienen las mujeres para decidir no tener relaciones con sus parejas infectadas o exigir el uso del condón - por miedo al abandono y a la violencia de género - aún si esto trae como consecuencias el adquirir la enfermedad.

Este es un ejemplo claro de cómo las relaciones de poder dificultan el empoderamiento y la toma de decisiones; estas relaciones de poder funcionan a muchos niveles de la sociedad, tanto en el ámbito privado como en el público. El empoderamiento y la autonomía de las mujeres, y la mejora de su situación social, económica y política son fundamentales.

Si las mujeres se empoderan y toman decisiones y con esto sus derechos fueran respetados, se reduciría la explotación sexual (de niñas y mujeres), la pobreza, los embarazos no deseados, la feminización del VIH/SIDA, por ejemplo. Es por esto que su participación es necesaria para poder lograr la equidad.

La plataforma de Beijing en 1995, sostuvo que la vida de las mujeres debe examinarse en el marco económico, social, político y de salud de la sociedad y reafirma que la participación igualitaria de éstas no es sólo una exigencia de justicia y democracia sino: “una condición necesaria para que se tengan en cuenta los intereses de las mujeres”, (Vidal, 2000).

Sin la participación activa de las mujeres y la incorporación de sus puntos de vista no se podrán conseguir los objetivos de igualdad y desarrollo. Esta participación debe lograrse también en los Servicios de Salud, especialmente en la oferta de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y en los respectivos programas; se debe acoger y comprender los temas personales y sociales que son el trasfondo de las decisiones de las usuarias y que pueden ser factores determinantes de una pobre Salud Sexual y Reproductiva.

2.2 PROCESO DE TOMA DE DECISIONES.

El proceso de tomar decisiones es aplicable a todos los ámbitos de nuestra vida, para poder entender como opera el proceso existe una teoría, qué es la que se utilizará esta investigación considerando los constructos emanados de la Teoría de Yukl (Siebzehner, 1996) que pretende explicarlos. Para comenzar reconoce universalmente cuatro tipos de decisiones:

- Decisiones autocráticas realizadas por la persona o por los líderes sin consultar la opinión de los subordinados, tienen influencia ilimitada. Se puede ejemplificar como cuando un profesional de la salud le impone su voluntad al usuario, entonces al momento de decidir, solo prima el consejo del profesional.
- Decisiones conjuntas, son decisiones de grupo con líder y uno o más subordinados. En este caso el líder no tiene más influencias que los subordinados en la elección final. Ejemplifica el caso en que la usuaria y el profesional discuten en conjunto la mejor alternativa, el profesional no tiene poder sobre la decisión que toma la usuaria.
- Decisiones delegadas son las tomadas por los subordinados, después de que el líder les delegó la responsabilidad, ellos asumen. Las toma solo la usuaria y el profesional de salud se limita a nombrar u ofrecer las alternativas disponibles (no hay consejería).
- Decisiones de consulta, incluyen opiniones y sugerencias del líder, pero finalmente él decide solo.

La toma de decisiones es el proceso durante el cual una persona debe escoger entre dos o más alternativas. Algunas decisiones tienen una importancia relativa en el desarrollo de la vida, mientras otras son gravitantes en ella ([www. monografías.com/trabajos12/decis/decis/shtml](http://www.monografías.com/trabajos12/decis/decis/shtml)).

2.2.1 Etapas descritas para toma de decisiones.

- Identificación y diagnóstico del problema
- Generación de soluciones posibles
- Selección de la mejor manera de solucionar el problema
- Evaluación de alternativas de decisión
- Evaluación de la decisión tomada
- Implementación de la decisión tomada

La teoría de decisiones puede ser definida como el análisis lógico y cuali-cuantitativo de todos los factores que afectan los resultados de una decisión en un mundo incierto (donde muchas veces algo puede salir mal o donde por distintas razones se toman decisiones incorrectas). Por lo tanto en este mundo incierto la calidad de la decisión que tomemos depende de la información y conocimientos, sobre las distintas posibilidades que se ofrecen para poder solucionar los problemas o satisfacer una necesidad.

A partir de la información disponible o ya conocida por nosotros también se puede definir algunos componentes de la toma de decisiones que se acercan más al tema tratado en esta investigación y a los resultados obtenidos con el grupo participante de esta.

2.2.2 Factores que influyen en la decisión

- Información: todo lo que sabemos acerca de cómo podemos solucionar nuestro problema, con el fin de definir nuestras limitaciones, y tener una idea realista de lo que tenemos a nuestro alcance para poder satisfacer efectivamente nuestra necesidad con el mínimo de inconvenientes (costos económicos de salud o familiares.)
- Conocimientos: quién debe tomar las decisiones debe adquirir y seleccionar los conocimientos que le permitirán solucionar su problema o satisfacer una necesidad. Por lo tanto el profesional que guía debe cuidarse de no sobrecargar de información a la usuaria, seleccionando la que realmente beneficiara y facilitara el proceso de decidir a la o las usuarias (esto nos lleva a situarnos en el contexto sociocultural y económico de la o las usuaria que es algo muy importante al momento de prestar atención en salud y con mayor razón si se trata de la salud sexual y reproductiva.
- Experiencia propia: cuando un individuo soluciona un problema en forma particular, esto le permitirá en un futuro solucionar un problema de índole parecido, apelando a su experiencia de vida.
- Análisis: consiste en analizar y agotar todos los puntos de vista posible, para ver como esa decisión nos puede afectar y por ende si es la más acertada según la situación que estamos viviendo y nuestras necesidades sentidas.
- Juicio: es necesario para combinar la información y conocimientos con lo que es más adecuado para cada una (Siebzehner, 1996).

La misma autora señala que muchas veces este proceso de decidir se complica, especialmente cuando se aplica a cuestiones de Salud Sexual y Reproductiva, pues, cada mujer/usuaria es distinta y tiene un entorno particular que puede facilitar o dificultar el proceso; y muchas veces hay barreras que impiden llevarlo a cabo, estas se pueden ejemplificar:

- Inclinación a elegir la primera solución que se le presenta, lo que muestra que no hay un proceso de selección previo.
- Tendencia a elegir soluciones que tuvieron éxito en el pasado, aún cuando las situaciones han cambiado aquí la experiencia previa no es aplicable.
- La sensación de irreversibilidad de las consecuencias (sin posibilidad de arrepentirse).
- Temor a cambiar las decisiones ya tomadas aún cuando no estén dando los resultados que se esperaba ya sea para no verse en la necesidad de decidir nuevamente temor a aceptar el fracaso, o para no desilusionar a otros.
- Necesidad de constante apoyo, guía y asesoramiento.

3 MATERIAL Y METODOS

3.1 MODELO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación es cualitativa y corresponde a un estudio exploratorio descriptivo de caso. Se elige el paradigma cualitativo pues este permite conocer y comprender los fenómenos que influyen en la toma de decisiones en cuestiones referentes a la Salud Sexual y Reproductiva, desde el punto de vista y la experiencia que es ofrecida por quienes aportan los datos al investigador, quien los recoge en su contexto. Este paradigma proporciona un nuevo enfoque a las investigaciones de salud (Calderón, 2002).

Este modelo permite estudiar los fenómenos en sus ambientes naturales. Corresponde a un estudio de caso porque como forma de investigación este se define por el interés en el o los casos individuales (Stake, 1994); la investigación exploratoria parte al menos con una idea preliminar del objeto de estudio y de su contexto, y durante el proyecto de investigación estos conceptos incipientes mejoran gradualmente, a diferencia de la Investigación basada en una Teoría Anterior que comienza con un modelo desarrollado en estudios anteriores que son usados como “hipótesis de trabajo” (www.uiah.fi/projects/metodi/270.htm).

Este estudio fue realizado en la ciudad de Valdivia, ubicada en la Décima Región de los Lagos. Se llevó a cabo en el Centro de Salud Familiar Angachilla de esa ciudad en el periodo comprendido entre el mes de Septiembre del año 2004 y Enero del año 2005.

3.1.1 Sujetas de estudio y criterios de inclusión.

El grupo investigado estuvo conformado por usuarias del Centro de Salud Familiar Angachilla, siendo esta una muestra de carácter intencionada no probabilística que contó con los siguientes criterios de inclusión: Mujeres entre los 18 y 35 años, residentes en la ciudad de Valdivia, con escolaridad básica completa y con al menos un hijo con edades comprendidas entre los 0 y 10 años de edad. Con o sin pareja estable (en caso de convivencia, se definirá como estable la relación de al menos 3 años ininterrumpidos) y sin antecedentes de patología siquiátrica actual ni previa a la investigación, dato confirmado a través de la ficha clínica.

Estos criterios de selección se establecieron para cautelar la calidad de la información obtenida, en primer término pertenecer al grupo etáreo de 18 a 35 años asegura que las mujeres son usuarias de algún método de regulación de fertilidad y que están en una etapa de sus vidas en que crían a sus hijos. Además sanas desde el punto de vista de salud mental, lo que asegura que la información entregada sea confiable y fidedigna.

3.1.2 Procedimiento de Selección de la Muestra.

La muestra fue seleccionada en el Centro de Salud Familiar Angachilla, que atiende a un sector poblacional extenso de características socioculturales y económicas similar, con una estructura física y tipo de atención que facilitarían el acercamiento y diálogo con las usuarias candidatas a participar en el estudio.

Para realizar la selección de la informantes se utilizó un listado de pacientes en control de regulación de fecundidad proporcionado por una de las matronas encargadas de la atención y se utilizó su box para establecer el primer contacto con las informantes.

Este proceso se realizó semanalmente los días lunes durante la mañana y en forma extraordinaria los días miércoles durante la extensión horaria de 17 a 20 horas durante los meses de noviembre 2004 a enero 2005. La última etapa de la selección correspondió a la lectura y revisión de las fichas clínicas de las usuarias que aceptaron participar con su consentimiento, para asegurar cumplieran todos los criterios de inclusión. Se seleccionaron catorce mujeres de acuerdo a éstos, de 18.

Finalmente diez de las catorce aceptaron participar voluntariamente en la investigación, accediendo a las entrevistas en profundidad individuales y grupales y a la grabación de éstas, previa firma de una carta de consentimiento informado (ver anexo N° 2) que las informaba sobre la finalidad de la investigación y aseguraba la confidencialidad de la información que en ella fuese confiada a la investigadora, lo que forma parte de los resguardos éticos de la investigación.

3.1.3 Métodos e instrumentos de recolección de la información.

Para esta investigación Cualitativa, se utilizó la técnica de la Entrevista en dos de sus modalidades.

- Entrevista en Profundidad

Al respecto Quivy y Campenhoudt (2000) señalan que el investigador debe disponer de preguntas guías relativamente abiertas para dejar que el informante puede explayarse; pero se debe procurar que esto no provoque un desvío del tema principal de la entrevista para así, obtener la mayor cantidad de información posible.

- Entrevista Grupal.

Consiste en reunir grupos de personas (número no superior a 8 personas) para que hablen de sus vidas y experiencias. Estas se desarrollan como discusiones abiertas en las que las opiniones fluyen libremente (Bodgan y Taylor, 1987) también puede elaborarse un pequeño

cuestionario que guíe la conversación, el entrevistador puede hacer preguntas dirigidas a los integrantes del grupo para ahondar en algún tema de interés.

- Revisión documental: Fichas Clínicas.

También se utilizó como medio para obtener información biográfica y conocer la historia obstétrica y de salud general y mental de las informantes, previamente se consulto a las informantes.

3.1.4 Técnicas y Procedimientos.

Esta investigación constituye una exploración de los eventos que acompañan a la toma de decisiones en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres para esto se utilizaron las dos técnicas antes mencionadas. Se subdividió al grupo de diez informantes, al azar, en dos grupos de cinco informantes cada uno; donde al primer grupo se les realizaron entrevistas de tipo individual (dos a tres según necesidad y disponibilidad de tiempo de las informantes), realizadas en un lugar físico distinto al Centro de Salud Familiar que fue su domicilio particular (las informantes pidieron ser entrevistadas en su domicilio en un horario que no interfiriera con su rutina de labores hogareñas).

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, se realizaron doce entrevistas en total de una duración aproximada de 90 a 100 minutos cada una. Se utilizó una pauta para guiar las entrevistas (Anexo N° 1).

Para el segundo grupo de informantes a quienes se les realizó la técnica de entrevista grupal, se planificó dos sesiones, que fueron realizadas en la sala de reuniones del Centro de Salud Familiar Angachilla, la primera entrevista contó con la participación y asesoría de la Sra. Myriam Márquez, Matrona docente del Instituto de Enfermería Materna de la Universidad Austral de Chile, y patrocinante de este trabajo de tesis. Para llevar a cabo la entrevista se fijó un número mínimo de informantes presentes que se convino en tres; cada sesión tuvo una duración de una hora y treinta minutos aproximadamente, grabadas en su totalidad.

La segunda entrevista fue realizada sólo con la presencia de la investigadora. Las preguntas que se realizaron fueron dirigidas a cada una de las informantes con el objetivo de profundizar temas que quedaron inconclusos o poco claros en la primera entrevista.

3.2 MODALIDAD DE ANALISIS.

La información recolectada en las entrevistas realizadas, se analiza realizando un análisis temático de los discursos. Stake (1998), dice que el análisis de la información para lograr la

significación de los casos se utilizan dos estrategias: la interpretación directa de los ejemplos individuales y la suma de ejemplos hasta que se pueda decir algo de ellos en conjunto.

En el procedimiento de análisis se utilizó como guía el modelo propuesto por Taylor y Bodgan (1998) quienes definen al menos tres etapas en este proceso descubrimiento de ideas, conceptos y proposiciones, codificación de datos y refinamiento de la comprensión y la etapa final consiste en comprender los datos en su contexto.

El análisis de los contenidos de los discursos se centró en el análisis temático ya que como señalan Quivy y Campehoudt (2000), este tipo de análisis es aquel que trata de probar las representaciones sociales o prejuicios de los interlocutores.

Para cumplir con estos pasos se procedió en primer término a la transcripción textual y completa de las entrevistas. Luego de ella se procedió a la lectura detallada y sistemática de los datos. Posterior a ello se establecieron las coincidencias y diferencias que permitieron establecer los primeros códigos y categorías de análisis.

3.2.1 Descripción de los sujetos de estudio de caso.

El grupo de informantes estuvo formado por ocho mujeres, todas dueñas de casa con hijos en edad escolar, usuarias del Centro de Salud Familiar en control regular con Matronas de dicho Centro de Salud.

Entre sus características principales destacan un promedio de edad de 27 años, con un rango que oscila entre los 22 a los 33 años, todas con escolaridad básica completa, sólo dos de ellas con estudios de tipo técnico pero con largo tiempo sin ejercer en su rubro (8 años), todas ellas con residencia cercana al Centro de Salud Familiar, específicamente en el sector de Villa los Alcaldes, Villa los Ediles y Villa Angachilla. Al momento de las entrevistas 5 de 8 informantes se encuentran casadas, dos son convivientes y una de ellas no tiene pareja por el momento. Ninguna de las informantes declara haber participado en alguna investigación previamente.

4 RESULTADOS

Los resultados van a ser presentados a través de matrices de datos, que similares a tablas de doble entrada permiten el entrecruzamiento de información. Los datos presentados corresponden a categorías.

Matriz N° 1: Matriz Descriptiva

	Edad	Estado Civil	Escolaridad	N° de hijos	Ocupación actual	Técnica de entrevista utilizada
Participante N° 1	32	Casada	4° medio	2	Trabajadora casa particular	Entrevista individual
Participante N° 2	31	Casada	4° medio	2	Niñera	Entrevista individual
Participante N° 3	30	Casada	4° medio	2	Dueña de casa	Entrevista individual
Participante N° 4	22	Soltera	2° medio	1	Dueña de casa	Entrevista individual
Participante N° 5	26	Conviviente	4° medio	2	Dueña de casa	Entrevista individual
Participante N° 6	33	Casada	4° medio	2	Trabajadora casa particular	Entrevista grupal
Participante N° 7	34	Casada	4° medio	3	Dueña de casa	Entrevista grupal
Participante N° 8	29	Casada	4° medio	3	Dueña de casa	Entrevista grupal

Fuente: Complicado de Entrevistas (Anexo 3).

A través de esta matriz y de la que se presenta en la página siguiente (Matriz N° 1A y N° 1B) se presentan las principales características de las ocho informantes entrevistadas y de sus respectivas parejas, lo que hará más fácil conocer el perfil de las participantes y tener una idea general de su situación familiar. La sección de la matriz separada con línea negrita separa a las

informantes según la técnica de entrevista que se usó para recolectar la información; En la parte superior las informantes a las que se le realizaron entrevistas en profundidad y en la parte inferior de la matriz se presentan las Informantes que participaron en las dos entrevistas grupales realizadas.

Matriz N° 1B: Características de las parejas y esposos de las Informantes.

Participante	Edad de la Pareja	Escolaridad de la Pareja	Ocupación actual
Participante N° 1	33 años	4° medio	Electricista
Participante N° 2	30 años	4° medio	Electricista
Participante N° 3	40 años	4° medio	Obrero de la Construcción
Participante N° 4	35 años	4° medio	Sin Información
Participante N° 5	40 años	4° medio	Chofer de Locomoción Colectiva
Participante N° 6	Sin información	4° medio	Electricista
Participante N° 7	Sin información	4° medio	Sin Información
Participante N° 8	30 años	4° medio	Reponedor

Fuente: Complicado de Entrevistas (Anexo 3).

Matriz N° 2: Identificación de factores que influyen en las decisiones de Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres.

	TIPO de Decisión	Factores
Participante N° 1	- Salud Personal - Planificación familiar	- Consejo Profesional - Información disponible - Valores Propios
Participante N° 2	- Salud de la “mujer” - Intimidad	- Consejo profesional - Experiencia propia
Participante N° 3	- Salud personal - Anticonceptivos	- Consejo profesional - Como afecta su salud
Participante N° 4	- Planificación familiar - Salud de las mujeres	- Consejo profesional (desde que no tiene pareja). - Consejo de su mamá
Participante N° 5	- Anticonceptivos - Número de hijos - Relaciones con su pareja	- Consejo de profesional - Experiencia propia - Pareja - Consejo de mujeres cercanas
Participante N° 6	- Salud reproductiva - Salud personal y familiar - Otros	- Consejo profesional - Información disponible - experiencia propia
Participante N° 7	- Salud personal - Salud sexual y reproductiva	- Consejo profesional - Información
Participante N° 8	- Salud personal	- Consejo profesional - Información - Discusión con su pareja

Fuente: Complicado de Entrevistas (Anexo 3).

Esta matriz de datos permite dar respuesta al objetivo N°1, Describir los factores que influyen en la toma de decisiones en un grupo de mujeres Valdivianas entre los 18 a 35 años.

En esta matriz se pueden apreciar los factores que las entrevistadas reconocen como importantes durante las entrevistas individuales y las entrevistas grupales realizadas. Estos factores son variados y dependen de cada mujer, los principales son: la información con que la cuentan al momento de decidir, es decir cómo la decisión que van a tomar las podría afectar en su vida personal o su salud, el consejo del o la profesional que los atiende; una de las entrevistadas reconoce tomar en cuenta la opinión de su pareja en el tema de la reproducción “... yo ya no quería tener otro hijo, con esta guagua me quería operar, pero él quiere tener otra guagua, así que por él no me operé...”. También la “experiencia propia” que dentro de los componentes de la toma de decisiones se puede definir como “...cuando un individuo

soluciona un problema en forma particular esto le proporciona experiencia para solucionar un problema similar en el futuro”, (Bayes, 2005).

La experiencia propia como concepto nos dice también que ésta “es todo lo percibimos con nuestros sentidos y con la razón lo que nos deja sensaciones y recuerdos que luego vamos a utilizar”, la información que recibimos de esta forma constituye entonces nuestra realidad objetiva lo que realmente constatamos por nuestros medios y de la que nos sentimos seguros, pues nadie nos contó como era, ha sido experimentado por nosotros (García, 2005).

Dentro del grupo de las mujeres a las que se le realizaron entrevistas en profundidad, las mujeres mayores de 30 años son más resolutivas al momento de decidir por sí mismas basándose en consejo profesional, su experiencia, creencias, y sus valores, tomando en cuenta su bienestar, a diferencia de las mujeres de edades inferiores entrevistadas lo que podría relacionarse con su promedio de escolaridad y su grado de independencia económica probablemente.

Hay que destacar que de las ocho entrevistadas solamente dos se refieren a la Salud Sexual y Reproductiva, el resto ocupa términos como “*salud personal*” o “*salud de las mujeres*” para referirse a este tema, y además lo utilizan asociado al papel reproductivo o de las relaciones sexuales que mantienen con su pareja.

Los datos obtenidos muestran que para el grupo estudiado toma conciencia de su Salud Sexual y Reproductiva en el momento en que a la relación de pareja se incorpora el embarazo, pues ninguna de las entrevistadas menciona haber visitado un profesional de la salud, matrona/on o ginecóloga/o, ni tampoco haber sido usuaria de un método anticonceptivo hasta después del nacimiento del primer hijo.

Según lo manifestado por Valdés (2002), se puede decir que estas decisiones comienzan a ser importantes o a ser tomadas desde el momento en que la mujer y su pareja se comienzan a “reproducir” y que la “complejidad” que reviste el tema de las decisiones reproductivas, cuando se suma a que la construcción de las identidades y de cómo el ser femenino y el ser masculino en nuestra cultura está tan asociado a la maternidad y a la paternidad como los roles preponderantes, dentro de la relación de pareja.

Matriz N° 3: Identificación de influencia de familiares directos en decisiones en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva.

	Tipo de Tema	Familiar Directo
Participante N° 1	- Salud sexual y Reproductiva - Uso de MAC, etc.	- No reconoce, no incluye familiares
Participante N° 2	- “Salud de la mujer”	- No reconoce
Participante N° 3	- “Salud de la mujer” - MAC	- Recurre a su mamá, hermana mayor
Participante N° 4	- Todo lo relacionado a la salud personal	- No reconoce, recurre a su matrona
Participante N° 5	- Planificación familiar, dudas - MAC	- No reconoce familiar - Su cuñada
Participante N° 6	- Todo lo que tiene que ver con su salud personal	- No reconoce a familiar - Recurre a su matrona
Participante N° 7	- Todo lo que tiene que ver con su salud personal	- No reconoce familiar - Acude a su matrona - Amigas
Participante N° 8	- Todo lo que tiene que ver con su salud personal	- No reconoce familiar

Fuente: Complicado de Entrevistas (Anexo 3).

Esta matriz da respuesta al objetivo N° 2: Identificar la influencia de familiares directos en las decisiones de Salud Sexual y Reproductiva en un grupo de mujeres Valdivianas entre los 18 a 35 años.

La mayoría de las entrevistadas (siete de las ocho) no reconoce la participación de algún familiar en la toma de decisiones, tampoco de la pareja, lo que presenta dos perspectivas; que las mujeres entrevistadas son autónomas al momento de decidir sobre su Salud Sexual y Reproductiva, sin la influencia o deseos de su pareja, lo que demuestra conciencia sobre el derecho a decidir sobre su cuerpo, pero también plantea la posibilidad de que esta autonomía se deba a la falta de participación e interés de los hombres, en el proceso que viven sus parejas. Esto lleva a reflexionar sobre las causas que determinan que aún en ciertos sectores de nuestra sociedad se siga concibiendo la planificación familiar como un tema del que debe preocuparse la mujer y no el hombre. Tema sobre el cual se debe profundizar dado que a través de las mismas creencias y costumbres, la mujer no tiene el poder de negociar y/o exigir a su pareja sexual el uso de un método contraceptivo (como el condón) que no sólo la protegerá de un embarazo sino también de I.T.S.

Matriz N° 4. Motivación de las Informantes para tomar decisiones en salud sexual y reproductiva.

	Motivo	Decisiones	Derecho sexual o reproductivo
Part. 1	- Limitar el número de hijos - Motivos económicos - Volver a trabajar	- Usar un método anticonceptivo - No tener más hijos	Reproductivo “Decidir de manera libre si quieren o no tener hijos, cuantos y cuando, y a tener acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces”
Part. 2	- Limitar el numero de hijos - Volver a ejercer su profesión	- Usar un método anticonceptivo	Reproductivo (hace referencia al mismo derecho reproductivo anterior)
Part. 3	- Complacer a su marido - Deseo de ella	- Tener otro hijo	Reproductivo (hace referencia al mismo derecho reproductivo anterior)
Part. 4	- Deseo de su pareja - Deseo de su mamá de que no tenga mas hijos	- Tener otro embarazo - Ponerse una T de cobre	Reproductivo (hace referencia al mismo derecho reproductivo anterior)
Part. 5	- Deseo de su pareja de tener otro hijo	- No realizarse esterilización quirúrgica	Reproductivo (hace referencia al mismo derecho reproductivo anterior)

(sigue en página siguiente).

Part. 6	- Espaciar los embarazos - Volver a trabajar - No rutinizar su matrimonio	- Usar un método anticonceptivo - No tener un tercer hijo - Tomar “la iniciativa”	Reproductivo (hace referencia al mismo derecho reproductivo anterior) y derecho sexual “disfrutar de la sexualidad como fuente de desarrollo personal y felicidad”
Part. 7	- Espaciar embarazos	- Usar un método anticonceptivo - Iniciar su vida sexual	Reproductivo (hace referencia al mismo derecho reproductivo anterior) y derecho sexual “disfrutar de la sexualidad como fuente de desarrollo personal y felicidad”
Part. 8	- No tener más hijos por carga de trabajo y motivos económicos	- Usar un método de planificación familiar	Reproductivo “Decidir de manera libre si quieren o no tener hijos, cuantos y cuando, y a tener acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces”

Fuente: Complicado de Entrevistas (Anexo 3).

Esta matriz responde al objetivo N°4: Identificar las decisiones que toman en relación a su Salud Sexual y Reproductiva, un grupo de mujeres Valdivianas entre los 18 a 35 años.

En esta matriz se describe en forma abreviada las decisiones que las informantes consideraron como las más importantes en relación a su Salud Sexual y Reproductiva, y las razones o motivaciones que las llevaron a tomar estas decisiones.

Al leer la matriz se observa que la mayoría de las decisiones tomadas apuntan al ámbito de la reproducción que pareciera tener más importancia que la sexualidad, pues solo dos de las informantes entrevistadas se refirieron al tema de las relaciones sexuales con su pareja, lo que sugiere que el tenerlas o no, no representa para ella un tema importante sobre el cual decidir y que en este caso lo que motiva sus decisiones son los derechos reproductivos, con los cuales están más familiarizadas, debido a su rol en la reproducción y a que la atención que brinda la matrona/matrón ha estado centrada básicamente en este, según lo explicitado en el programa de salud de la mujer “Sobre la mujer, principal responsable de la reproducción biológica – la cual obviamente no puede delegar – recae la mayor parte de los problemas relacionados con el proceso reproductivo...” (Minsal, 2002).

Dentro de estas decisiones reproductivas la que es considerada de mayor importancia es la de decidir tener más hijos/as de los que ya tienen. Las razones que argumentan este grupo de mujeres son más o menos las mismas: utilizar un método anticonceptivo es importante para limitar el número de hijos y espaciarlos (no tener hijos seguidos), argumentando no querer repetir tan rápido la experiencia traumática de los dolores del parto y los sacrificios de la crianza. Otras razones son de tipo económicas, los ingresos limitados de quienes realizan labores remuneradas fuera del hogar y de sus respectivas parejas, lo que lleva a limitar el número de hijos para poder acceder a tener una mejor calidad vida para su familia; por otro lado el tener muchos niños pequeños les impediría acceder al trabajo remunerado y por consiguiente a la independencia económica que ellos desean “... *hacer algo más que estar todo el día en la casa..*”, También les permite ejercer su profesión (quienes la tienen) “...*yo quiero volver a trabajar como contadora, pero son 8 años que no trabajo (por criar a mis hijas) y en todos lados piden experiencia laboral, ojalá encontrara algo...*”.

La matriz siguiente (Nº5) tiene como objetivo mostrar las ideas o conceptos que las informantes entregaron al momento de ser consultadas sobre lo que ellas entendían por Salud Sexual y Reproductiva, no se les pidió una definición formal, sino más bien una idea o una palabra que se les ocurriera en ese momento.

Matriz N° 5: Conceptos manejados por las entrevistadas. Salud Sexual y Reproductiva.

	Salud Sexual	Salud Reproductiva
Inf. 1	Tiene que ver con los genitales	Salud del embarazo y el parto
Inf. 2	Tiene que ver con las relaciones sexuales	Se preocupa del embarazo y el parto
Inf. 3	Tiene que ver con los “asuntos de pareja”	Se preocupa de la salud de las embarazadas
Inf. 4	Tiene que ver con las relaciones de pareja	Tiene que ver con la salud en el embarazo
Inf. 5	Es la salud ginecológica	Todo lo que tiene que ver con el control del embarazo
Inf. 6	Tiene que ver con los genitales, que pasa con ellos.	Salud de la mujer en el embarazo y el parto
Inf. 7	Sentirse bien en su vida sexual.	Se preocupa de la salud de la mujer y su guagua
Inf. 8	Tiene que ver con mi cuerpo.	Salud de la mujer en el embarazo y el parto

Fuente: Complicado de Entrevistas (Anexo 3).

Con la Matriz anterior se responde al objetivo N°5: Identificar los significados que las participantes atribuyen a Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Los conceptos que entregaron se acercan a la definición de Salud Reproductiva, entregada por Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) en su sitio web, pero se refirieron a la Salud Sexual y Salud Reproductiva como términos excluyentes (no como complementarios). Todas las informantes asocian la Salud Sexual y Reproductiva enfocado a la Salud-enfermedad, no como un estado de equilibrio; asociando lo reproductivo con el proceso de embarazo y los controles de salud de la madre y el feto durante este período y también extendido al parto y al puerperio, sin incluir el período pre-concepcional. Enfocado al rol reproductivo y materno de la mujer en nuestra sociedad y que también predomina en el Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud y el que se aplica en todos los Centros de Salud Familiar de nuestro país

5 DISCUSION

En relación a los resultados obtenidos y presentados, se puede discutir lo siguiente:

- En cuanto a los factores que influyen en las decisiones de salud sexual y reproductiva tomadas por el grupo estudiado, estos varían con cada mujer entrevistada, pero hay una marcada tendencia a considerar la opinión y la información proporcionada por el profesional Matrón/Matrona, en la consejería que se realiza durante la atención como uno de los factores más importantes, sin mencionar a la pareja o a la familia como influyentes, contrario a lo que podría pensarse en una sociedad tradicional como la nuestra; lo que nos hace pensar que las usuarias confían en la capacidad de los profesionales que las atienden y que la incorporación de la consejería en salud sexual y reproductiva a la atención que se brinda, cumple con los objetivos que se han propuesto para ella en el Programa de Salud de la Mujer "...la consejería en salud sexual y reproductiva cumple con el fin de entregar información clara, completa y oportuna que les permita tomar sus propias decisiones, en relación a planificación familiar, salud sexual y reproductiva..." (Minsal, 2002).
- El hecho de no reconocer la influencia de la pareja o esposo al momento de decidir, demuestra un nivel de autonomía que se acentúa en el grupo de entrevistadas mayores de 30 años; esto se puede atribuir a una mayor experiencia de vida adquirida, al mayor grado de escolaridad que poseen y al cierto grado de independencia económica del que gozan, hecho que corrobora investigaciones recientes que además plantean que las usuarias de métodos de planificación familiar se sienten bien consigo mismas, lo que aumenta su autoestima y capacidad de decidir por sí mismas, no solo en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, también en otros aspectos de sus vidas (trabajo, salud, pareja, etc), (Sunarno y Prasadja, 2005).
- En relación a las decisiones que ellas toman y que consideran como más importantes están las relacionadas con la reproducción, específicamente el uso de métodos anticonceptivos, lo que les permite limitar el número de hijos, por sobre otras decisiones que impliquen su vida sexual y afectiva. Esto se puede atribuir al papel que se le asigna a la mujer en la sociedad, que según Langer (2002) está íntimamente relacionado con las expectativas reproductivas y varía dentro de una amplia gama que va desde el papel exclusivo de madre y cuidadora de los hijos, hasta su desempeño como trabajadora profesional; esto explicaría el porque es tan importante para ellas el usar un método anticonceptivo, pues les permite desempeñar mejor sus roles, más aún en el caso de la carga de trabajo que les significa cuidar del hogar y de la crianza de los hijos, y compatibilizar con el trabajo remunerado; lo que es más difícil cuando hay muchos niños que cuidar.
- También es importante discutir la forma en que es entendido el concepto de salud sexual y reproductiva por las entrevistadas, que no consideran la salud sexual y reproductiva como parte integral de la salud de las personas, sino como un tema excluyente. La salud reproductiva la asociaron al cuidado de la salud y prevención de complicaciones durante los procesos de embarazo, parto y puerperio, mientras que la

salud sexual se asoció a los procesos de salud enfermedad que pueden afectar a los órganos sexuales y encargados de la reproducción. Al ser consultadas sobre el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos dijeron tener escaso conocimiento sobre ellos, por lo que, a pesar del nuevo enfoque dado a la atención en salud sexual y reproductiva predomina el enfoque reproductivo.

6 CONCLUSIONES

La información que fue recolectada para esta investigación, a través de las entrevistas en profundidad y grupales realizadas, permite establecer algunas conclusiones que son las siguientes:

- En cuanto a los factores que influyen en las decisiones en salud sexual y reproductiva de este grupo de mujeres estudiadas, se observa que estos son similares en los dos grupos de entrevistadas. El factor al que se le atribuyó mayor importancia fue al consejo aportado por el profesional que les brinda atención (en este caso es la matrona). En el caso particular de algunas de las informantes éstas llevan un tiempo considerable siendo atendidas por la misma profesional lo que ha generado una relación empática y de confianza que ha contribuido a facilitar el proceso de atención; además esto las hace sentir respaldadas en su decisión y que esta es correcta. La incorporación de la consejería en salud sexual y reproductiva cumple un rol importante, pues de esta depende la entrega de información adecuada y pertinente, que permite tomar una decisión que de alguna forma puede tener repercusiones en la vida familiar y personal de la usuaria. De aquí se desprende lo importante que es la matrona o matron como profesional pues en nuestro medio es la o el encargado de brindar la atención en salud sexual y reproductiva a las mujeres y sus parejas. Al respecto el mexicano Juan Guillermo Figueroa del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano del mismo país en 1997, plantea que las características de la formación curricular definen la interacción entre la población y los prestadores de servicios. Por esto, se afirma que si las mujeres consideran fundamental el apoyo de la matrona al momento de tomar estas decisiones. Este profesional debe tener una formación que le permita cumplir con este rol, pues de esto depende (en gran parte), que las mujeres tengan autonomía al decidir y que sus decisiones sean las acertadas, según la situación personal y familiar de cada una de las usuarias.
- En cuanto a la identificación de la influencia de algún familiar en las decisiones que toman estas mujeres, ninguna de las entrevistadas manifestó recurrir a su familia al momento de tomar decisiones en cuanto a su salud sexual y reproductiva, ya que la orientación recibida en el centro de salud familiar les parece confiable y oportuna, herramientas que combinan con su propia experiencia proporcionada en este caso por su escolaridad, información recopilada por medios audiovisuales (libros, televisión, revistas) y el hecho de tener más hijos les parece suficiente, además de reconocer que sus madres o las mujeres que estuvieron a cargo de su crianza no tienen las herramientas para guiarlas, y no recurren a ellas.
- A pesar de vivir en una sociedad machista, que aún hace diferencias entre géneros y los roles atribuidos a hombres y mujeres son distintos; en el caso de esta investigación (contrario a lo que se esperaba encontrar en un principio), se constató que las mujeres son bastante autónomas al momento de decidir en cuestiones referentes a su salud

sexual y reproductiva. Al ser consultadas sobre el rol de la pareja en la toma de decisiones, se evidencia que si bien a ellas les gustaría que sus parejas o esposas participen del proceso, generalmente esto no ocurre con mucha frecuencia; la mayoría de las informantes concurre sola al centro de salud familiar y la mayoría de ellas solo habla con sus parejas cuando esta decisión puede afectar su salud. Esto se puede interpretar de dos formas, falta de interés de las parejas en participar del proceso de toma de decisiones de sus parejas o real autonomía por parte de las mujeres que asumen que pueden decidir sobre su cuerpo por si solas y están dispuestas a discutir estos temas con sus esposos o parejas cuando la situación lo amerita (situaciones complejas de salud por ejemplo). Por lo tanto no se puede identificar que sus parejas influyan en sus decisiones como el uso de un método de planificación familiar, cual es el método que más les conviene, y el acudir o no al centro de salud para ser atendidas por la matrona o matró;n; pero la tendencia que se observa es que al momento de decidir el tamaño de la familia, los deseos que sus esposos o parejas expresan, tienden a prevalecer.

- En cuanto al tipo de decisiones que el grupo de informantes consideran de importancia en su vida sexual y reproductiva, estas tienen relación mayoritariamente con el aspecto reproductivo, lo que demuestra que el rol femenino sigue muy ligado a la maternidad y que las responsabilidades en cuanto a la anticoncepción recaen siempre en las mujeres. La maternidad y la sexualidad todavía se ven separadas del ejercicio y la expresión de la sexualidad. Ahora en este grupo de informantes se aprecia el deseo de limitar el número de hijos como una forma de poder acceder al cumplimiento de metas personales, como trabajar, ejercer la profesión que se estudió, o los deseos de trabajar para financiar estudios, buscando realización fuera del matrimonio, la vida de pareja y el tener y criar a los hijos; objetivos que son difícilmente alcanzables con una familia muy numerosa y escasos recursos económicos. Además esto obedece a la búsqueda de mejorar su calidad de vida y la de la familia, especialmente la de los hijos, para que estos tengan acceso a un mejor futuro. Todo esto las hace sentirse autónomas y más libres y capaces de decidir por sí mismas.
- En cuanto al conocimiento del concepto de salud sexual y reproductiva, este se acerca bastante a definiciones de organismos como OMS, ICIMER (en nuestro país) pero específicamente en cuanto al concepto de salud reproductiva, asociándose a acciones como los controles de salud durante el período de embarazo, parto y puerperio; lo que significa que todavía hay que trabajar en la difusión del concepto por parte de las matronas y matrones incorporándolo a la atención, entendiéndose que estar saludable significa también preocuparse de la salud sexual y reproductiva.

Estas conclusiones son válidas para el grupo de mujeres estudiadas por lo que no son generalizables a otros grupos de mujeres.

7 BIBLIOGRAFÍA

- ANDRADE, C; VALENZUELA, M. y VENEGAS, S. 1994. De mujer sola a jefa de hogar. Género, Pobreza, y Políticas Públicas. Chile. Servicio Nacional de la Mujer. 470 págs.
- CALDERON, C. 2002. Criterios de Calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. Revista Española de Salud Pública. 76: 473-482.
- CELIBERTI, L. Debates Feministas: El Patriarcado ha terminado. (disponible en [www.celiberti-spanish\(9\).htm](http://www.celiberti-spanish(9).htm) consultado el 29 de abril del 2004).
- ECHEVERRÍA, J.1998. Desarrollo y Experiencias de Género. Ediciones de las Mujeres. N° 27. Isis Internacional.
- FIGUEROA, G. 1997. Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud.. México. Comité promotor por una maternidad sin riesgos. Págs. 9 a 52.
- FRITZ, W. 2002. Glosario de Psicología. (Disponible en www.intelligent-systems.com.ar/intsynt/glossarySp.htm#experience).
- GARCIA, R. 2005. Uso de razón. Disponible en www.usoderazon.com/conten/manera/manera/htm#propia. Consultado el 6 de diciembre de 2005.
- GONZÁLEZ, F. 2000. Investigación Cualitativa en Psicología. Rumbos y Desafíos. México.123 Pág.
- GONZALEZ, N. 1998. Revista de la red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe. Disponible en www.reddesalud.org/espanol/sitio/002.htm.
- HERBAS, B. 1997. Teoría de la decisión de Bayes. Disponible en www.monografias.com/trabajos15/analisis_decision/analisis_decision.html consultado el 30 de agosto de 2005.
- LAMAS, M. 1993. El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual. México. Compilado.
- MATAMALA, M. 1999. Diálogos con el sector salud a nivel comunitario y los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención.

- MERNISSI, F. 2001. Mujer, virginidad y patriarcado. (Disponible en www.webislam.com/numeros2001/09_01/articulos%2009_01/virginidad_patriarcado.htm consultado el 29 de abril del 2004).
- MINISTERIO DE SALUD. 2002. Programa de Salud de la Mujer. Disponible en www.minsal.cl Consultado el 5 de enero de 2006.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1997. El concepto de salud sexual y reproductiva (disponible en www.cfg.uchile.cl consultado el 15 de mayo del 2004).
- PÉREZ G. 2001. Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Madrid. 318 págs.
- QUIVY, R.; y CAMPEHOUDT. 2000. Manual de Investigación en Ciencias Sociales. México. Limusa. 269 págs.
- RODRÍGUEZ, G. 1996. Metodología de la investigación cualitativa. Granada. 378 pág.
- SIEBZEHNER, M. 1996. Estilos de gestión para la administración efectiva de los servicios de enfermería. Revista Investigación y Educación en Enfermería. 1:37-46.
- STAKE, R. 1994. Case Studies. En N.K Denzin. Handbook of Cualitative Research California.
- SUNARNO, N y PRASADJA, H. 2005. Reproductive Decision-making and Women's Psychological Well-being. Disponible en www.fhi.org/en/RH/pubs/wsp/fctshts/indonesia4.htm. consultado el 29 de noviembre de 2005
- SZASZ, I. y LERNER, S. 1999. Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México.
- TAYLOR, S. y BODGAN, R. 1998. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona. Paidós. 343 págs.
- TAYLOR, S. y BODGAN, R. 1990 Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona. Paidós. 343 págs.
- VIDAL, F.; DONOSO, C.; FLACSO; CONASIDA; OMS; OPS; y PROGRESAR. 2002. Cuerpo y Sexualidad, Seminario Cuerpo y Sexualidad. Santiago. Flacso. 203 págs.
- VIDAL, P. 2000. Derechos ciudadanos y salud sexual y reproductiva. www.sociedadcivil.cl consultado el 5 de enero de 2006
- 57º ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. 2004. Salud sexual y reproductiva. Informe de la Secretaria. Disponible en www.who.int/reproductive-health/publications/strategy_small_es.pdf consultado el 30 de agosto de 2005.

www.monografias.com/trabajos12/decis/decis/shtml

www.uiah.fi/projects/metodi/270.htm

8 ANEXOS

A N E X O 1

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA APLICADA A USUARIAS DEL CONSULTORIO ANGACHILLA EN CONTROL DE PATERNIDAD RESPONSABLE

I PARTE DATOS GENERALES

- Nombre
- Edad
- Estado Civil
- Número de hijos
- Tiempo que acude a control en el Consultorio
- Tipo de método anticonceptivo que usa

II PARTE GUIA TEMATICA

- Salud Sexual
 - Inicio de la Actividad Sexual
 - Disfrute de la Vida Sexual
 - Conductas de riesgo
 - Enfermedades de Transmisión Sexual

- Salud Reproductiva
 - Planificación de embarazos
 - Espaciamiento de los hijos
 - Uso de métodos anticonceptivos

A N E X O 2**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se me ha solicitado participar en el estudio “Factores que influyen en la toma de decisiones de las mujeres de 18 a 35 años, usuarias del Consultorio Angachilla, en control de Paternidad Responsable, en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva” llevado a cabo por la Interna de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile, Viviana Elizabeth Calderón Varas y que corresponde a la Tesis para obtener el Título de Licenciada en Obstetricia y Puericultura.

Al respecto puedo señalar que:

- a) Se me ha informado del carácter y finalidad de la investigación.
- b) Se me ha asegurado la confidencialidad de la información entregada.
- c) Se me ha asegurado que la información solicitada es para llevar a cabo la Tesis mencionada.

Por lo que:

ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE DE ESTA INVESTIGACION

Viviana Calderón Varas
Investigadora

Usuaría Participante

En Valdivia, el _____ del mes de _____ del año 2004.-

ANEXO 3

ENTREVISTAS INDIVIDUALES

Informante N°1

Entrevista N°1.

“¿Edad?.. 31 años, **¿casada?...** hace 12 años, **¿hijos?..** 2, un niño de cuatro años y una niña de 11 años, ambos van a la escuela (pre-kinder y 5° básico). **¿Escolaridad?...** 4° medio. Vivo desde pequeña en Valdivia. **¿Trabaja?...** si, actualmente cuida a una niña en la Villa Portal del Sol, en dos turnos, uno de las 9:00 hrs. hasta las 14 hrs. y otros días de las 14 hasta las 22 hrs... Trabajo en el Santa Isabel de cajera, mi trabajo me permite no dejar a mis hijos solos tanto tiempo, porque el menor va al jardín y la más grande tiene jornada completa; pero igual hay momentos del día que no tengo con quien dejarlos y ahí me los cuida mi vecina que fue compañera de la básica y el liceo, me los cuida el rato que quedan solos hasta que llego. **¿Usted siempre ha trabajado?...** yo siempre trabajé antes de casarme, y después que me casé lo hice en forma esporádica, estuve un tiempo sin trabajar, y este trabajo de ahora lo hago para no estar todo el día en la casa; le dije a mi marido “tengo ganas de trabajar” y el me respondió... busca algo que te acomode, poh...” Al otro día empecé a buscar, y en una semana encontré y acepté al tiro sin preguntarle a mi marido, solo le avise que ya tenía pega. **¿Su marido que hace?** ... el es eléctrico y trabaja por turnos en el coliseo, en la mantención de equipos eléctricos... igual voy a dejar de trabajar, porque ... mis hijos salen de vacaciones y porque me pagan poca plata... **¿Cómo hacía para trabajar cuando sus hijos se enfermaban?...** mi marido me socorre y antes cuando mi hija era chica y yo trabajaba en un taller de tejidos me daban permiso sin problemas, era buena la dueña, pero tuve que dejar de trabajar por reducción de personal. Yo vivo aquí desde hace 5 años, este departamento es propio, pero no me gusta, se escucha todo de los otros departamentos; bueno pero que se le va a hacer... siempre he sido de valdivia...

Al consultorio donde me encontraste, llegué un año después que empezó a funcionar aquí, yo me cambié por mi cuenta, venía del externo, cuando empecé a atenderme pude elegir con que matrona me iba a atender (era la Sra. Eva) pero como últimamente por el trabajo voy en horario de extensión, me atiende con la que me toca no más, que se le va a hacer!”

Breve Historia Familiar:

“Bueno, yo me casé pero no por apuro, porque queríamos. Me embaracé al tiro, bueno me casé y fui a buscar pastillas y ahí la matrona (la Sra. Wilma era matrona) me hizo un examen y me encontró el útero grande. Eso fue el 19 de abril, o sea yo creo que fue que me embaracé soltera, tuvimos relaciones por primera vez, dos meses antes de casarnos y el es mi única pareja; si, pero nosotros queríamos esperar un poco antes de tener guagua, si, un año por lo menos, porque queríamos vivir solos pero me embaracé y mi marido no más trabajaba y no alcanzaba; en esa época vivíamos mal, porque mis suegros tenían muchos problemas y había violencia intrafamiliar, así lo pasé mi embarazó con sus peleas y a punto se separarse ellos.. y

mi suegra que es una persona difícil, nosotros tenemos contacto con él sí y con su nueva pareja.

¿Cómo era vivir con su suegra después de la separación? *Mi suegra es dominante y nosotros teníamos una pieza en la casa con nuestras cosas, solo compartíamos el baño; peleaba conmigo por todo.. incluso por la comida, ella quería meterse en todo y decidir y que yo como esposa de él, estuviera en segundo plano, incluso quería tomar algunas decisiones ...¿Cómo se sentía Usted?.. imagínate uff.. me dolió ese período porque mi marido no me defendía, se mantenía al margen de todo; no importaba lo que me dijeran, pero por lo menos siempre dijo las cosas de frente. Antes de casarnos le dijo a mi marido: no era para que te cases, es una pobre gueona que no tiene donde caerse muerta; pero a mi no me importó... después sí; porque a mi excusada la adoraba y ella se metió con el hombre con el que vivió después que se separó de mi suegro (un hombre menor que ella, que estaba cesante y mi cuñada estaba en la casa de allegada, mi suegra salía a trabajar y... pasó).*

Mi segundo embarazo si fue planificado, me demoré nueve meses en embarazarme, después de dejar las pastillas (que las estaba tomando 5 años seguidos). Yo elegí las pastillas porque la T de cobre me daba mucho miedo por creencias mías y cosas que una escucha por ahí... jaja (risa); así que ahora tomo pastillas de nuevo, nunca me he olvidado de una pastilla en mi vida, no quiero más guaguas, sí, este es el último, mi marido tampoco quiere; eso es lo que dice ahora; yo quiero seguir trabajando y yendo a mi grupo de actuación, es bonito, es un grupo de jóvenes católicos y me gusta, yo creo que soy buena actriz, como sabes... en una de esas puedo salir en la tele (risas)”.

Informante N° 2

Entrevista N°1

¿Tiempo que acude a control en el Consultorio Angachilla? *“2 años, antes me controlaba en el Consultorio Gil de Castro y por cambio de domicilio me trasladaron al Angachilla, porque en ese tiempo yo vivía cerca del consultorio (Villa Angachilla), pero después compramos aquí (Eugenio Matte) y ahora estoy frente al Gil de Castro de nuevo, pero me gusta más el otro consultorio para atenderme...”*

¿Método anticonceptivo?... *“ uso pastillas desde que nació mi última hija, y antes de tenerla también usaba pastillas. En el Gil de Castro me atendía con la Sra. Wilma, ella es tan buena. Quería seguir con ella pero me trasladaron y resulta que allá estaba ella también, pero me tocó primero con la Sra. Eva y ahora con la Sra. Loreto... yo un tiempo eso sí que compre las pastillas... las compraba porque las otras me hacían súper mal, me estuve cuidando un tiempo así no más, las tomé un año y después me embaracé, ahora no me hacen mal.*

Yo trabajaba en contabilidad, después trabajé de cajera, cuidando niños, y también como vendedora, después que nació mi hija estuve cuatro años sin trabajar... y cuando quedé embarazada estaba de vendedora. Después de esto nos fuimos de Valdivia, a donde yo vivía, en Loncoche porque no teníamos como pagar el arriendo, mi marido estaba cesante, yo también y con la guagua chica, así que estuvimos de allegados donde mi mamá, pero fue un tiempo no mas.

Por ahora he sufrido de mareos, nauseas... y me mandaban al psicólogo, vi médico y me dijo que no era eso... de los nervios... por lo que me mandaban al psicólogo... sino que yo sufría de la tiroides y me dio Bagó T-4 y Flunarizina. Con ese tratamiento he subido de peso y me

siento re-mal, yo no estoy acostumbrada a ser gorda. Las otras me hacen mal, no duermo bien y tengo que estar bien, porque ahora este otro año... quiero tener otra guagua, yo no tanto pero mis hijas quieren poh!

Yo creo que igual voy a tener otra guagua. Bueno yo aquí vivo con mi marido no más y mis hijas, ahora cuido 2 mellizos, aquí si ahora porque mis hijas están de vacaciones, los traigo y los llevo en la tarde, pero termino de trabajar ahora... el 31 porque me pagan tan mal, muy poco \$50.000 y son dos poh! Y es harto trabajo, quiero volver a trabajar de contadora, pero como ya son como 8 años que no trabajo y en todos lados piden experiencia laboral... no sé, ojalá encontrara algo, yo me atiendo como indigente en el consultorio (TAS), porque no tengo previsión, mis hijas se atendieron particular porque son carga de mi marido, no yo... yo no soy carga de él, no me gusta, prefiero ser así (indigente) y ver médico en el consultorio (pausa)... me carga pedirle plata y tener que escuchar que me pregunten para que la quiero y que voy a hacer con la plata, por eso quiero buscar pega, ahora, ojalá me resulte”.

Entrevista N° 2

¿Cómo ha sido su vida de casada en la intimidad, alguna vez ha tenido algún tipo de problema con su marido?

“La verdad es que no hemos tenido problemas todavía...”

¿Cuándo comenzó a tener actividad sexual, como decidió dar ese paso, lo pensó o sucedió?

“Bueno yo me considero un poco “atrasada” porque yo tenía 23 años cuando tuve mi primera relación sexual; con el que ahora es mi esposo, es el único hombre que he tenido, y él es menor que yo dos años. A él lo conocí cuando estudiaba y trabajaba; en el día trabajaba en una oficina de contabilidad y en la noche estudiaba en la nocturna para tener mi título, a veces después de clases íbamos con unos compañeros a un local a tomarnos algo y a bailar y un día lo conocí a él, y empezamos a pololear. Estábamos pololeando como un mes cuando tuvimos relaciones sexuales por primera vez; en mi casa mi papá era super estricto, era mal pensado, por eso yo era virgen todavía; si me veía salir de la casa decía que quizá ¿Qué iba a salir a hacer? Y ¿quizá con quien? Y resulta que veía cosas donde no pasaba nada, yo todavía no había hecho nada. Por eso cuando conocí al que es mi marido pasó y me acuerdo que antes había dicho, voy a salir a buscarme un pololo para acostarme con él y bueno... las cosas se dieron. Lo que pasó después fue que me quedé embarazada cuando estábamos pololeando recién 4 meses y yo quedé mal cuando supe porque era tan poco tiempo juntos que pensé que mi esposo se iba a correr o algo... no le voy a exigir nada, menos a una persona más joven que yo para que no se embarre la vida y así le dije...yo terminé con él porque no quería que se quedara por la guagua, pero el me dijo que me quería y que íbamos a estar juntos y que él quería tener a la guagua... y así nos casamos, yo terminé de estudiar sí. Bueno y así pasamos por períodos buenos y malos...”

Informante N° 3

Entrevista N° 1

“tengo 26 años cumplidos, no siempre viví aquí en valdivia, yo soy de Temuco, estoy viviendo aquí desde que nació mi primera hija, porque un hermano de mi pareja le consiguió trabajo de micrero en la línea 16, por eso vivimos en este sector. Primero vivíamos a una cuadra del

consultorio, pero era medio malo el barrio y después nos cambiamos aquí, que es mejor. Yo conocí a mi marido allá en Temuco; yo trabajaba en una casa ayudando a la señora como nana, y mi marido pasaba siempre por ahí... yo tenía como 19 años y él es mayor que yo, él tiene 40 años y un matrimonio anterior que no le resultó y de ese matrimonio, él tiene un hijo de 14 años. Cuando mis papas se dieron cuenta, porque una prima les contó, que yo estaba pololeando y con quien era, se enojaron porque no les gustó además mi papá siempre fue estricto con nosotros y no le parecía porque él era separado y eso. Pero yo igual no más seguí con él, además él era mi segundo pololo, pero esto era más en serio, yo sabía que quería vivir con él y tener hijos.

Mi mamá como que me apoyaba un poco más pero se ponía difícil porque decía que como él era hombre mayor iba a querer más. Y bueno... claro... que quería más... o sea él quería tener relaciones conmigo, yo en esa época no era como ahora (ahora tiene un problema de obesidad), era bonita y delgadita, bueno yo igual tenía ganas pero me daba cosa, me criaron con una visión de que el sexo era malo, sucio, más si uno no es casado, así que me costó, yo nunca tomé la iniciativa en esa época; bueno al final me decidí porque si teníamos relaciones y yo me embarazaba, ahí si no se iban a negar más mis papas y me iban a dejar vivir con él.

¿y que pasó? *Me embaracé y ellos aceptaron que me fuera, como no podíamos casarnos porque él era casado, bueno pero no nos quedamos en Temuco porque su exmujer lo molestaba mucho y como le habían conseguido el trabajo acá, su familia es de acá. Yo me atiendo de siempre en el consultorio Angachilla, pero primero con la Sra. Wilma, ahora con la Sra. Loreto, pero me gusta más ella porque explica mejor, es cariñosa; bueno después de mi primera guagua me cuidé con pastillas igual que ahora, pero me quiero poner la "T", porque estoy gorda, yo me quería esterilizar porque con 2 es suficiente, trabaja mi puro marido y yo nunca más volví a trabajar porque a él no le gusta que mis hijos queden con gente extraña (jardines, nanas) y su mamá es mayor, tiene 65 años y no está sana; así que no voy a trabajar tampoco... ¿y porqué no se esterilizó? Ah! Porque él no quiso, porque dice que yo soy joven y todavía podemos tener una guagua más, así que por él voy a tener no más, pero cuando esta sea grande.*

¿Cómo se llevan ustedes, salen o el horario de su marido no lo permite? *Nos llevamos bien, a veces peleamos por cosas chicas, pero bien. Ahora sí, él trabaja todo el día, entra a las 7 de la mañana y llega a las 11 o 12 de la noche y tiene un día libre a la semana y ese día salimos los cuatro casi siempre con mi cuñada que tiene auto su marido, entonces, ahora que esta bonito vamos a la playa, pero igual a él le gusta pescar y a mí me aburre porque no hago nada y ahí peleamos porque él quiere hacer eso no más y a mí no me gusta ...*

¿pero Usted sale a visitar a alguien, alguna amiga? *No, a mí no me gusta y no tengo amigas acá, la única que me visita y yo visito es mi cuñada que vive en el pasaje que sigue acá abajo.*

¿es difícil vivir con él sueldo de su puro marido?... *bueno él tiene un sueldo base que es menos que el mínimo y de ahí sube por boleto cortado, la plata es diaria y yo recibo la plata todos los días, él me la entrega y yo voy juntando para pagar las cuentas por ejemplo y para comprar la comida y así por lo menos no falta pero igual es poco, tu ves aquí hay pocos muebles, porque él además le da una plata mensual a su hijo, ahora estoy juntando para comprar o mandar a hacer un mueble para mi cocina que me falta".*

Entrevista N° 2

Hábleme un poco de su vida sexual, con su marido, como se llevan, es satisfactoria, tienen desacuerdos o peleas por algún motivo (se queda callada un rato y mira hacia arriba)

“Bueno la verdad desde que me embaracé de mi segunda hija, nos ha costado un poco, yo me siento un poco mal gorda y estoy así desde mi primera hija, pero no tanto como ahora, el siempre quería bien seguido...y ahora no es tan seguido... yo creo que es porque hay tanto trabajo y el cansancio de parte de él y mío, porque yo con 2 y estos días está mi hermana de visita (14 años), igual yo soy más tímida, me cuesta hablar de esto y no soy muy buena para tomar la iniciativa y yo creo que a lo mejor a él le gustaría y creo yo, el es atento si, cariñoso, no creo que le importe tanto que sea gordita, no sé, se pone cariñoso, trae un chocolate, me hace cariño... (se ve nerviosa).

Informante N° 4

Entrevista N°1

“Tengo 22 años, la historia de mi vida es medio complicada, como te conté apurada en el consultorio. Toda mi vida he vivido en valdivia, en esta villa (Villa Los Alcaldes), vivo desde que se fundó hace como cuatro o cinco años parece... la casa es de mi mamá, yo no vivo con mi papá hace años, yo era chica tenía tres años cuando mis papás se separaron; mi mamá es legalmente casada con él, que era gendarme (jubiló), pero las cosas se pusieron mal porque mi papá se puso a andar con otra señora y ahí ella se fue y mi papá no le insistió que se quedara... yo creo que él estaba más feliz... Por eso yo te digo que mi mamá es fuerte porque nos crió a las 3 bien, sola, claro que pasamos apuro, porque ella no sabía hacer nada, así que empezó de nana (y sigue de nana) a trabajar y nos dejaba con un tía con la que vivíamos y cuando ya éramos más grandes nos arreglábamos solas cuando ella no estaba, yo la admiro y estoy agradecida, ahora ella me ayuda con mi niña y ya no trabaja todos los días (3 días a la semana), por eso yo creo que también puedo trabajar...

¿y cual es tu historia rara, como te embarazaste, tu querías?

Mira, yo empecé a pololear a los 17 años con el papá de mi hija y él es mayor, ya tiene 35 años, va a cumplir ahora, yo estaba estudiando, pero igual no estudié más después porque no quería, pero ahora quiero, el vive por aquí cerca como a tres cuadras. Yo me enamoré y como él era un hombre ya, yo me decidí a tener relaciones con él para que no se me vaya, para que no busque en otro lado, que me viera como mujer, yo nunca había tenido antes, una es más lesa cierto... Entonces yo me cuidaba pero no muy bien (se me olvidaban las pastillas) y en una de esas me quedé embarazada y justo tuve una pérdida, entonces a mi me dio como susto, como que lo pensé, chuta soy chica, no he terminado el colegio, mejor me cuido para no embarazarme; pero él empezó a pedirme que me quede de nuevo, insistía en que así nos íbamos a vivir juntos, que la relación iba como a madurar, no se, y yo le hice caso, y después de cómo tres meses me embaracé y resulta que cuando tenía como 4 meses me soplaron que estaba con otra galla, que era mayor que yo, (como de su edad parece), y yo embarazada de nuevo y ahí a mi me dio algo que no pude aceptarlo y perdonarlo y lo dejé y no hemos vuelto pero el sigue insistiendo que vuelva con él, que viva con él, pero yo se que entremedio se sigue acostando con la otra galla. O estoy firme en mi decisión pero igual han pasado cosas entre nosotros, pero ya no más..

Para mi es difícil criar a mi hijo... mi mamá me ayudado harto desde que estoy sola, ella me dijo que igual use anticonceptivos por si pasaba algo de nuevo entre nosotros, para que no me pase como a ella que se quedó con 3 y sola; igual yo no quería tomar nada, pero ella me dijo, así que yo lo hice, porque yo se que mi mama quiere lo mejor y ella tiene más experiencia, bueno y la matrona también me dijo; pero así mejor porque así no me pasa nada ¿cierto?...”

Entrevista N° 2

Dices que te embarazaste por tu cuenta, para no perder a tu pareja, pero tu sentías presión por parte de él, eso no lo tengo muy claro.

“Bueno si, yo me sentía insegura de que él me dejara por eso yo tuve relaciones con él y como embaracé, o sea, pasó, luego la segunda vez me embaracé porque él me insistió y ahí fue cuando él me fue infiel.

Después que nació tu hija, ¿ya habían terminado?

No antes yo lo dejé y al principio él no quería nada conmigo, tuvimos problemas porque no me daba plata, así que lo tuve que demandar, mi mamá me dijo que lo tenía que demandar y ahí empezó a darla, después cuando tenía más de seis meses, ahí me buscó de nuevo y quiere volver.

¿Cómo lo hacen con la niña?

Es difícil porque el viene a verla, la saca a pasear, y le compra todo lo que necesita, ahí sale conmigo si hay que comprarle algo, él no quiere que yo trabaje, cuando yo le conté que quería trabajar, dijo que a la niña la tenía que cuidar yo, y que él no iba a aceptar que la deje con extraños; yo a veces no se que hacer, me gustaría mantenerme y a veces volver con él, pero no sé; mi mamá me dice que salga adelante, que no le haga caso, que primero termine el cuarto medio en la noche y trabaje unos días a la semana, ella me puede ayudar a encontrar una peguita, de lo mismo... como ella y después de terminar, hacer otra cosa mejor, no se poh!... ahora mi papá me ha visto de grande y como estoy sin pega, con guagua, él me ha ayudado, un poco no más, porque el tiene otra familia.

¿Qué vas a hacer con ex?

No se...”

ENTREVISTAS GRUPALES

Entrevista Grupal N° 1 (Consultorio Angachilla)

Entrevistada 1:

“Yo decido lo que hacer, dependiendo de si no es tan grave, lo conversamos con mi marido y decidimos siempre en conjunto. Cuando hay una situación más urgente y yo sé que es grave, pesco a mi hijo o hija y lo llevo no más aunque esté sola o con mi marido, yo se cuando hay que llevarlo al médico, Yo se cuando hay que llevarlo al médico, las mamás sabemos, si puedo compro un bono y lo llevo al tiro particular y si la situación no se da pido hora”.

Entrevistada 2:

“ Siempre se quieren hacer las cosas en conjunto, pero a veces no se puede, el marido no está o que se yo, como mamá cuando se le enferma un hijo por ejemplo cuando es chiquitito y no pueden decir me duele aquí o acá, pero uno si no puede hacer nada en la casa (si es de

cuidado), uno los lleva a la guardia o al consultorio, o uno llama a su marido y le dice, mira estoy en tal parte, le pasó tal cosa al hijo; pero una como mamá siempre sabe que hacer, tiene ese sentido.

Entrevista Grupal N° 2

Entrevistada N° 1:

¿Quién es la persona(s) que más ha influido en Ustedes en su vida y en las decisiones que han tomado en su vida?

A mi me influyó mucho la crianza de mi abuela, me influyó mucho para madurar como persona el hecho que yo no me crié con mi mamá... a mi me crió mi abuela... mi mama tuvo su pareja que fue mi papá, eso me hizo madurar mucho, yo sabía mucho más que mis hermanas, yo estaba en el campo con mis abuelos, sin papá y mi mamá trabajaba y ellas quedaban solas, yo siempre estuve aparte, mi mama trabajaba mucho para criarlas a ellas y para aportar para mi.

Siempre rescato el no alterarme ni apresurarme para hacer las cosas; yo también soy más independiente que mi hermana que viene después de mi, que vive cerca de mi mamá, ella siempre espera el parecer de mi mamá. Yo soy diferente, yo llevo las riendas de mi casa, no estoy preguntándole a ella, aunque yo veo a mi mamá como lo máximo, es mi espejo, da buenos consejos; el estar de lejos de ella me sirvió para ver las cosas de otro modo. Eso sí, mi mamá es un pan de Dios, y a veces la pasan a traer, yo eso no lo hago...una tiene sus límites, hay que darse a respetar.

¿Cómo tomo la decisión de no volver a trabajar?

Bueno en realidad, yo pensé en el bienestar de mi hijo, para poder criarlo bien, y en la parte económica, por el hecho de que mi pareja tiene un buen trabajo, tenemos un buen pasar y no es necesario que yo trabaje.

Pero Usted lo decidió durante su época de pos-natal o antes, cuando dijo “en realidad dijo yo no quiero trabajar más”

Yo trabajaba en el supermercado Bigger, en las salas de los pasillos, reponedora, hice buenas relaciones en el trabajo, hasta el día de hoy. La verdad es que después que estaba por terminar mi post-natal mi marido me dijo que a lo mejor yo podría dejar el trabajo, no volver, para darle prioridad a mi hijo, hasta ahora todo ha resultado bien, mi guagua está sana, mis hijas ya no se quedan solas. Además mi suegra es buena persona, pero ella es chapada a la antigua, no es que desconfíe de ella, pero es diferente. A mi como mujer me dio pena no trabajar, porque era un aporte para mi casa, yo quería seguir trabajando, pero hablamos con mi marido y era mi hijo o yo. Yo trabaja por horario, mis hijas están en la escuela México a jornada completa, y generalmente quedaban solas solo una hora al día, porque yo trabajaba no más de seis horas diarias. Igual mi suegra a veces me las veía por ratos, para ver que estaban haciendo y eso, pero no estar todo el día pendientes de ellas, yo a mi suegra no le pido nada nunca. Siempre ha sido así, yo le dije siempre, esta es una casa y allá es otra casa (mi suegra vive al lado).

Entrevistada N° 2

A diferencia de la entrevistada anterior, yo me crié con mis dos papás, ellos eran buenos con nosotros, no tenían mucha educación, pero nos criaron bien, igual yo me casé y no seguí estudiando y quiero que mi hija mayor siga. Para mí ellos fueron un buen ejemplo. Igual hay cosas que uno hace como lo vio en su casa, pero también trata de hacer las cosas a su pinta, como por ejemplo en la intimidad con su pareja. También como criar a sus hijos; ahora las decisiones que he tomado las he tomado pensando en lo mejor para mi familia y para mí, porque no se puede estar pensando en el resto solamente.

Entrevistada N° 3

Bueno, yo, cuando chica y de grande estuve más con una tía, porque mi mamá trabajaba y mi papá no existía, así que ella me crío más que mi mamá y ella era más estricta, cuando iba al liceo siempre me correteaba los pololos y me amenazaba de que pobre que saliera con domingo siete. Mi mamá después se fue con una pareja y yo con mi tía y como no había plata, empecé a trabajar, en lo que fuera, cuidando niños, y después en comida rápida... yo me sentía reprimida con mi tía, como que quería vivir mi vida, igual yo me baso en cosas que ella me enseñó, valores y en mi mamá que era trabajadora y empeñosa, pero un poco ausente... igual me faltó cariño de padre por supuesto, yo soy bien autónoma de mi marido, de mi suegra, nunca anduve preguntando que hacer con mi matrimonio o mis hijos, más bien a mi propia conciencia, y me ha resultado; mi marido igual no es ningún hombre malo, pero tiene su cuota machista, pero yo no me dejo dominar, igual volví a trabajar, nunca le pedí permiso, él me conoce y me acepta así.