

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES, FLACSO,  
SEDE ECUADOR

CENTRO DE ESTUDIOS REGIONALES ANDINOS "BARTOLOMÉ DE LAS  
CASAS"  
COLEGIO ANDINO

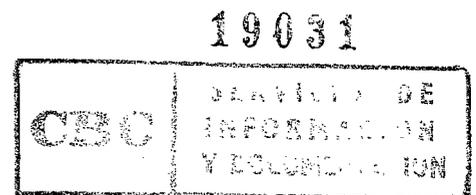
MAESTRIA EN CIENCIAS SOCIALES CON ESPECIALIDAD EN GENERO Y  
DESARROLLO

IMPACTO DE LA REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD POR EL USO DE  
METODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS SOBRE LA TOMA DE  
DECISIONES, LA AUTOESTIMA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS  
PAREJAS DEL DISTRITO DE PISAQ, PROVINCIA DE CALCA, CUSCO

PRESENTADO POR:  
LIC. JANETTE SANDRA PANTIGOZO LOAIZA

PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER

DIRECTOR DE TESIS  
DR. JAIME PILCO LOAIZA



25 NOV. 2003

DONACION

JULIO, 2002  
CUSCO, PERU

***A mi madre, con gratitud***

***Al Tara  
"Om, Täre, Tuttäre, Turë, Swaha"***

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
<hr/>	
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	
I.1.- PROBLEMA	4
I.1.1.- Justificación del Problema	8
I.1.2.- Objetivos de estudio	13
I.2.- HIPÓTESIS	14
I.3.- METODOLOGÍA	14
CAPITULO II	
MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL	
II.1.- MARCO CONCEPTUAL	18
II.2.- MARCO TEORICO	24
<hr/>	
II.3.- TEORÍAS Y CONCEPTOS EN TORNO AL ENFOQUE DE GÉNERO	24
II.3.1.- Algunos apuntes sobre género	24
II.3.2.- Género, construcción socio-cultural	26
II.4.- REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD	28
II.4.1.- Salud sexual y reproductiva	28
II.4.1.1.- Definición de la Salud sexual y reproductiva	28
II.4.1.2.- Género y salud reproductiva	29
II.4.1.3.- Elementos para interpretar la relación entre la salud, la reproducción y la sexualidad de mujeres y varones	30
II.4.1.4.- Base legal peruana en materia de salud sexual y reproductiva, 1999	32
II.4.1.5.- Métodos Anticonceptivos	34
II.4.1.6.- Derechos sexuales y reproductivos	35

II.5.-	CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTALES Y DE VIDA DE LA POBLACIÓN SUR ANDINA	39
II.5.1.-	Pareja, sociedad y relaciones	39
II.5.1.1.-	Relaciones de pareja en el mundo rural	39
II.5.1.2.-	Las representaciones sociales de la pareja	40
II.5.1.3.-	La elección de la pareja	41
II.5.1.4.-	Cualidades de mujeres y varones para elegir pareja	41
II.5.1.5.-	Jefatura de Hogar	42
II.5.2.-	Vida familiar	43
II.5.2.1.-	De la Convivencia al matrimonio	43
II.5.2.2.-	Violencia doméstica	44
II.5.2.3.-	Violencia doméstica y salud reproductiva	45
II.6.-	TOMA DE DECISIONES Y SALUD REPRODUCTIVA	46
II.6.1.-	Poder-subordinación	48
II.7.-	AUTOESTIMA	50
II.7.1.-	Importancia de la autoestima	50
II.7.2.-	Formación de la autoestima	51
II.7.3.-	Mejora de la autoestima	53
II.7.4.-	Incremento de la autoestima de las parejas	54
II.8.-	CALIDAD DE VIDA	54
II.8.1.-	Necesidades de Género	55
II.8.2.-	Necesidades estratégicas de género	55
II.8.3.-	Necesidades prácticas de género	56

CAPITULO III		
ASPECTO EMPIRICO		
III.1.-	DIAGNÓSTICO GENERAL CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DEL ÁMBITO SOCIO-ECONÓMICO, DE SALUD Y POBLACIONAL DEL DISTRITO DE PISAQ	
III.1.1.-	Aspecto socio cultural	59
III.1.2.-	Economía	68
III.1.3.-	Educación	72
III.1.4.-	Salud de la zona	73
III.1.5.-	Población y demografía	74
III.2.-	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	77
III.3.-	DISCUSIÓN	97
	CONCLUSIONES	104
	BIBLIOGRAFÍA	106
	ANEXOS	

## INTRODUCCION

El género como categoría de análisis, otorga conceptos que explican la multideterminación de los procesos sociales y desarrollo y permite enriquecer no sólo el análisis de la mujer con respecto al varón y viceversa, sino la elaboración de estrategias para un desarrollo centrado en lo humano.

Desde esta concepción adquiere sentido el protagonismo de las personas, dado que las necesidades humanas forman parte de la propia individualidad en tanto sujeto, pero también de la conciencia colectiva en tanto sociedad.

En el conjunto de necesidades humanas fundamentales, la salud constituye un importante satisfactor relacionado con las formas del ser, el tener, el hacer y el estar. La salud es un satisfactor sinérgico que no sólo contribuye a satisfacer las necesidades humanas fundamentales de la subsistencia y la protección como tradicionalmente se conciben, sino que, además tiene la capacidad de potenciar la satisfacción de otras necesidades humanas fundamentales, como la creación, la identidad, la autoestima y la libertad, entre otras.

El enfoque de género en salud, demanda reconocer la importancia de la cotidianeidad de lo privado y lo familiar –espacios en los que transcurre gran parte de la vida de las mujeres y una parte de la vida de los varones- como un espacio fundamental de crecimiento individual, familiar y colectivo donde tienen lugar las prácticas de socialización de salud y de reproducción social.

Es así que con este trabajo hemos pretendido conocer las perspectivas de grupos de mujeres y de varones del distrito de Písaq, provincia de Calca, Cusco, respecto a su autoestima, toma de decisiones y calidad de vida, vinculadas con la regulación voluntaria de la fecundidad por el uso de métodos anticonceptivos modernos.

Durante el desarrollo de la investigación, hemos intentado valorar en todo momento las expresiones vivas, relatos y narraciones de mujeres y varones, los mismos que hemos captado a través del uso de técnicas metodológicas como son: los grupos focales y las entrevistas individuales en profundidad, así como una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema.

En este entender, la aplicación de estas técnicas cualitativas nos han permitido conocer y comprender con más claridad, los miedos, frustraciones, barreras, problemas, tanto de mujeres como de varones, respecto a su vivencia concreta, a sus relaciones de pareja, autoestima, toma de decisiones y calidad de vida de acuerdo a su práctica anticonceptiva.

Hemos considerado especialmente relevante estudiar éstos temas en la localidad de Písaq, por que es una población representativa de la interculturalidad que se viene dando en los últimos tiempos. Písaq, mantiene muy peculiarmente la convivencia entre dos mundos el moderno globalizador y el andino, esto se muestra en su vida cotidiana donde en el espacio público se desenvuelven exitosamente frente a la gran afluencia turística y otros elementos de aculturización; mientras que en el espacio privado, mantienen vivos sus patrones culturales propios. Sobre el concepto y manejo de su salud, también han sabido unir la medicina moderna con la autóctona, haciendo aún más interesante su percepción sobre su salud sexual y reproductiva, por ser un tema ligado no sólo a la procreación, sino a todo el ámbito socio-cultural y económico.

En el primer capítulo, se sustenta el planteamiento de la investigación, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables de estudio, así como, la metodología aplicada.

A continuación en el segundo capítulo se redacta el marco teórico y conceptual, haciendo énfasis en el estudio de género y su relación con la salud sexual reproductiva como fuente de bienestar físico y mental no sólo de

mujeres sino también de varones. Relevando la importancia del aspecto socio-cultural y económico relacionado al tratamiento y mejoramiento de la salud en general.

En el tercer capítulo, se expone el aspecto empírico de la investigación, los resultados arribados luego de la aplicación de los instrumentos de recojo de información, para seguidamente hacer su respectivo análisis e interpretación y finalmente realizar la discusión generada por los datos obtenidos.

Se concluye el trabajo con la redacción de las conclusiones a las que se ha arribado, la bibliografía revisada y los anexos.

A lo largo del trabajo encontramos dificultades propias de un trabajo de este nivel, sin embargo, lo que quisiéramos remarcar es la poca amplitud con que las mujeres tratan los temas de salud sexual reproductiva. Ellas expresan sus pensamientos y sentimientos con ambigüedades, o sencillamente con la respuesta "no se"; en el caso de los varones notamos cierta incomodidad al abordar estos temas con una mujer -la investigadora-, intentando muchas veces llevar a broma lo que se conversaba. Sin embargo, ha sido para nosotros una experiencia muy enriquecedora no sólo a nivel profesional sino personal.

Estamos seguros que han quedado vacíos y que el análisis de algunos aspectos haya sido muy preliminar, el estudio de temas de este tipo exigen análisis multidisciplinarios los mismos que deberán ser una tarea de largo plazo y sobre todo asumir compromisos coherentes con la investigación social en bien de mejorar el nivel de vida de nuestra sociedad.

---

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION**

#### **I.1.- PROBLEMA**

Las estadísticas oficiales muestran un avance en la situación general de la salud nacional, pues el número de atenciones de salud va en aumento y, en cambio, los porcentajes de mortalidad materna, así como de mortalidad y desnutrición infantil, están disminuyendo. Sin embargo, se sigue observando la enorme brecha que ubica a las mujeres rurales en la posición más vulnerable.

En efecto, "Para el año 2000 sólo 29% de los partos en zonas rurales fue atendido por profesionales, cifra que llega a 94% en las zonas urbanas".<sup>1</sup> Aunque los partos domiciliarios no deberían ser peligrosos en sí mismos, no podemos dejar de mencionar que entre 1990 y 1996, de cada 100,000 nacidos vivos hubo 265 muertes maternas, cifra que se duplicaba en el área rural.

---

<sup>1</sup> Jerarquías de Género en el Mundo Rural. Alicia Pinzás. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Ed. Tarea Asociación Gráfica Educativa. Lima, Perú. 2001. Pág. 83

Estas muertes provocadas mayormente por hemorragias, abortos, toxemias e infecciones, pudieron ser prevenidas simplemente mejorando el acceso a los servicios de salud; sin embargo, el problema va mucho más allá y nos remite a abordar los derechos sexuales y reproductivos básicos de la mujer, es decir, decidir sobre su cuerpo y el control sobre su fecundidad, vivir su sexualidad independientemente de la reproducción, decidir su maternidad libre y voluntariamente, no sufrir maltrato o violencia sexual, y el derecho a recibir una información veraz y completa sobre la sexualidad y salud reproductiva.

Por otro lado, en lo que se refiere a la fecundidad, "...se comprueba que las mujeres del campo tienen una tasa global de fecundidad, mayor que las mujeres de la ciudad (4,3 hijos contra 2,2 según cifras de ENDES 2000)"<sup>2</sup>. Y sin embargo sus aspiraciones con respecto al tamaño de su familia no son muy diferentes.

Si bien casi la mitad de las mujeres rurales peruanas estaría controlando su vida reproductiva para limitar el número de sus hijos, más de la mitad no usa ninguno o emplea métodos tradicionales, pues teme o rechaza el uso de métodos artificiales.

La salud reproductiva, se circunscribe fundamentalmente a cuatro elementos fundamentales: que los individuos tengan la capacidad de reproducirse, así como de regular su fecundidad; que las mujeres tengan embarazos y partos seguros; que los resultados de los embarazos sean exitosos en cuanto a la sobrevivencia y el bienestar materno e infantil; y que las parejas puedan tener relaciones libres del miedo a embarazos o enfermedades.

En la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), se enfatizó además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y la libertad para decidir procrear o no, a la vez que se acordó que los derechos

---

<sup>2</sup> Op. Cit. Pág. 83

reproductivos incluyen entre sus componentes, el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud reproductiva.

En la discusión que relaciona los dinamismos de la salud y la reproducción, las mujeres, hasta ahora, han sido y son la población de referencia; son ellas a quienes regularmente se refieren los estudios sobre los riesgos de la reproducción y las supuestas beneficiadas, junto con los hijos, de los cambios en los patrones reproductivos sobre los cuales se ha pretendido influir. Por otro lado, a los varones se les interpreta únicamente como actores que pueden apoyar mejoras en la salud de las mujeres y los hijos, y que además deben asumir responsabilidades sobre las consecuencias reproductivas del ejercicio de su sexualidad. Sin embargo, es reciente la inquietud por redimensionar el papel de los varones al pensarlos como seres que se reproducen y que enfrentan riesgos en su aparato, comportamiento y proceso reproductivo, además, de lo que puedan aportar para el componente que afecta a sus descendientes y a su pareja en el proceso de la reproducción.

Es en este punto, donde necesitamos reconocer el enfoque de género, que explicita la diversidad de experiencias, actitudes y comportamientos de varones y mujeres en los procesos de enfermar y morir, así como en la búsqueda de la salud en general y en este caso la búsqueda de la salud sexual y reproductiva, que es el tema de nuestro interés, al interior de sistemas sociales también organizados en base a jerarquías de género.

Por lo tanto, un abordaje de estas características, no sólo se limita a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y de los varones, ni tampoco restringe las preocupaciones de la salud de las mujeres a los procesos exclusivamente reproductivos. Precisamente una contribución importante del enfoque de género es que ofrece como marco interpretativo del comportamiento de la salud sexual y reproductiva las relaciones entre varones y mujeres, entre mujeres y varones. Y así como la salud de los varones se vive de manera diferencial en las distintas etapas del ciclo vital, la salud de las

mujeres no está exclusivamente asociada a su etapa reproductiva, aun cuando ésta abarca un tramo extenso de su ciclo vital.

Entonces, surge la necesidad de explorar la salud sexual y reproductiva de varones y mujeres, examinándola no desde dentro de sus cuerpos, sino más bien, desde fuera de ellos, preguntándonos de qué maneras las mismas vidas de hombres y mujeres les niegan el acceso a ella.

Ello conduce necesariamente a la búsqueda de las influencias económicas, sociales y culturales que afectan su bienestar y a la identificación de los obstáculos más importantes para salud sexual y reproductiva de varones y mujeres, lo que permitirá responder no solamente a las necesidades prácticas de las mujeres y de los varones en cuanto a servicios de salud sexual y reproductiva, sino al mismo tiempo abarcar sus necesidades estratégicas de transformar la situación que crea su marginación en los servicios y su falta de acceso en la información y decisión sobre su salud.

De otro lado, aunque facilitada por los factores económicos, la incorporación creciente de las mujeres al mercado de trabajo, bien puede explicarse como el resultado de un incremento sustantivo en la prevalencia del uso de tecnologías anticonceptivas seguras. Sobre los objetivos de las políticas y programas de planificación familiar durante las dos últimas décadas podemos observar, que éstos respondieron en algunos casos a metas demográficas de crecimiento poblacional y, en otros, a propósito de reducción del riesgo de mortalidad peri natal y materna. En el período en cuestión, la importancia concedida a la anticoncepción como medio para disociar la procreación de las relaciones sexuales, ampliando la libertad del ser humano y, particularmente, el control del varón y de la mujer sobre su cuerpo, fue un aspecto que pareciera haber recibido un tratamiento marginal y de escasa importancia. Lo referido se puede confirmar mediante la constatación por una parte, de la frecuencia de uso de ciertos métodos y, por la otra, del comportamiento de la prevalencia según sexo.

No obstante las diferencias en cuanto a la utilización de anticonceptivos, se puede observar una constante que, a la vez, expresa la mayor desigualdad: esta es la que se aprecia entre varones y mujeres en materia de asunción de responsabilidades y riesgos asociados con la regulación de la fecundidad. Los datos nos indican que la mayor responsabilidad y los riesgos de la práctica anticonceptiva recaen fundamentalmente sobre la mujer.

Frente a esta problemática existe una creciente preocupación al interior del Estado y de organizaciones privadas sobre el tema de la mujer y del varón frente a su situación de salud sexual y reproductiva, con el propósito de ir forjando una política social y de salud que tome a ambos como sujetos activos, para que participen en el diseño y en la implementación de los estudios, para así lograr cambios en la calidad de vida no sólo en los aspectos relacionados con su vida sexual y reproductiva, sino también con aquellos relacionados con su desarrollo personal y su rol dentro de la familia, la comunidad y la sociedad.

En este entender, proponemos el estudio del siguiente problema:

**¿Qué impacto tiene la regulación de la fecundidad por el uso de métodos anticonceptivos modernos, en la toma de decisiones, la autoestima y la calidad de vida de los pobladores del distrito de Písaq, provincia de Calca, Cusco?**

### **1.1.1.- Justificación del Problema**

“Nunca imaginé que lo natural de mi diferencia biológica pudiese atentar contra mi autonomía y contra mi propia vida”.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Género, Mujer y Salud en las Américas. Editora: Elsa Gómez Gómez. Publicación Científica No. 541. OPS, OMS. Washington, 1993. Pág. 12

Género se entiende como una construcción social basada en la diferenciación biológica de los sexos (fenotipo y genotipo), que se expresa a través de relaciones de poder-subordinación representada en la adscripción de funciones, actividades, normas y conductas esperadas para hombres y mujeres en cada sociedad.

Esta construcción social, que tiene un carácter de relación social, posee una historicidad propia y, por tanto, es cambiante y mutable por la intervención consciente del ser humano. Tal construcción, además permea las esferas micro y macro sociales a través de las instituciones, las relaciones interpersonales y las mismas auto imágenes individuales.

El enfoque de género en esta perspectiva, implica la necesidad de tener en cuenta las diferencias biológicas y la manera como las mismas pueden condicionar culturalmente una asimetría en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales.

Las opciones, el acceso y el control sobre los satisfactores de las necesidades forman parte también de una continua interrelación articulada con múltiples circunstancias, tales como los diversos momentos de la vida y consecuentes cambios ocasionados por la edad, el medio social donde se convive según la clase social, las relaciones interpersonales de carácter afectivo, laboral y social, los espacios donde se socializa a nivel privado y público, y las opciones personales de índole religiosa, ideológica y de organización familiar.

Para Rebeca de los Ríos (1997): "...el impacto de la construcción de género sobre la salud de la población puede explicarse utilizando dos mecanismos fundamentales: a nivel individual, a través del efecto del proceso de socialización, cuando reproduce la internacionalización individual y colectiva de paradigmas culturales de feminidad y masculinidad, que, cuando son sexistas, promueven actitudes y comportamientos de riesgo diferentes para la integridad física y mental de hombres y mujeres. A nivel social, las condiciones de género actúan a través, de la división sexual del trabajo –practicada por las distintas instituciones, económicas, religiosas, familiares, sanitarias, educativas, jurídicas, etc.- y la valoración diferencial asignada a esas

actividades en términos de prestigio y remuneración. La valoración diferencial de actividades se aplica por extensión a las personas que las desempeñan y termina por traducirse en una asignación también diferencial, de acuerdo con el sexo, de los recursos familiares y sociales necesarios para la promoción, protección y mantenimiento de la salud individual".<sup>4</sup>

La construcción de género incide, asimismo, en la cantidad y calidad de la participación de hombres y mujeres dentro de las esferas formal e informal de la salud. En virtud de la división sexual del trabajo, por ejemplo, en los modelos de atención primaria en salud y, en particular en los aspectos relacionados con la participación social, a la mujer se le continúa asignando un papel en la "producción de la salud". "La mujer es la responsable de hervir el agua, preparar alimentos nutritivos, llevar a los hijos a vacunar, cuidar a los niños, los enfermos y los ancianos, mantener la higiene del hogar, etc.". <sup>5</sup>

La falta de visibilidad y valoración social y económica del trabajo de la mujer en el hogar conduce a una falsa evaluación de su tiempo disponible y crea desmedidas con respecto a sus posibilidades de participación en el desarrollo de la salud comunitaria. Desde este ángulo, la participación comunitaria en salud, más que propiciar formas equitativas de responsabilidad social frente a la salud colectiva, resulta en un mecanismo que reproduce y perpetúa la asignación social de funciones de acuerdo con el sexo de los individuos.

La construcción social de género y las relaciones genéricas de poder-subordinación ejercidas a través de la división sexual del trabajo y las formas de socialización, colocan a las mujeres en una posición de desventaja, no sólo para seleccionar los satisfactores sino también para acceder y ejercer control sobre los bienes y artefactos que potencia la eficiencia del satisfactor salud.

Con tal visión, la salud como satisfactor posibilitará convertir lo privado y lo íntimo en espacios fundamentales para ejercer un papel transformador en la

---

<sup>4</sup> Género, Salud y Desarrollo: un enfoque en construcción. Rebeca de los Ríos. En: Género y Salud. PUCP Ed. COMUNICARTE S.R.L. Lima, Perú, 1997. Pág. 31.

<sup>5</sup> Op. Cit. Pág. 31.

búsqueda de principios y valores que dimensionen lo humano, más allá de la pertenencia a un sexo, a un grupo social o a una raza. “El derecho al respeto mutuo en la socialización de hombres y mujeres constituye, desde la salud un principio que conduce a abordar las diferencias no desde el plano de la desigualdad o la discriminación, sino desde el de las especificidades de cada uno de los sexos”.<sup>6</sup>

Si bien, en base a nuestro conocimiento empírico, la razón de ser de las mujeres que pretendemos estudiar, se halla ligada a la maternidad, observamos también que la situación económica actual induce al deseo por tener menos hijos de los que actualmente tienen. Por eso para lograr esta aspiración, algunas mujeres realizan estrategias para acceder a la anticoncepción, por ejemplo, sin ponerse de acuerdo con sus respectivas parejas. Precisamente éste es un tema importante: el temor de un nuevo embarazo, en un marco de escasa información y poca práctica anticonceptiva, hace que la vivencia de su sexualidad sea conflictiva y poco o nada saludable.

Otro punto importante que consideramos incluir en el tema es lo referido a la relación entre sexualidad, violencia y reproducción.

En el caso particular de las mujeres, el contexto social violento, se une a patrones culturales que han dado lugar a que se tolere, disculpe e incluso estimule el maltrato de la mujer por parte del varón. Los hechos violentos que sufren las mujeres incluyen tanto la agresión física, verbal o simbólica que ocurre en el espacio público, como la que sucede en el interior de la familia, en las escuelas, en la comunidad, etc.

“La prevención de hechos violentos contra las mujeres en el espacio público o privado requiere además del uso de las técnicas tradicionales de la epidemiología, la aplicación de conocimientos específicos sobre los aspectos

---

<sup>6</sup> Op. Cit. Pág. 32.

culturales y sociales relativos a la valoración de lo femenino y lo masculino y las normas que rigen el comportamiento de hombres y mujeres”.<sup>7</sup>

El reconocimiento de la violencia como un problema de salud pública pondrá en evidencia la poca información que existe sobre el tema, la complejidad del mismo y el inicio de una búsqueda muy particular para quienes estamos interesados en el estudio de la salud reproductiva. Consideramos que esta búsqueda representa un reto conceptual que puede ejemplificar el particular aporte de las ciencias sociales en los fenómenos relacionados con el proceso salud-enfermedad.

La salud sexual y reproductiva es afectada por el medio ambiente económico, social, cultural y educacional. La violencia de género, que representa la experiencia de vida de muchas mujeres es un factor que influye de manera sustancial en su desarrollo sexual, en el ejercicio de su sexualidad y sus patrones de embarazo.

“Gran parte de la discriminación cultural y social hacia la mujer se basa en la creencia de que el hombre es superior a la mujer, y que su superioridad se garantiza de mejor manera si niega a ésta sus derechos reproductivos, libertades y elecciones. Desde esta perspectiva, podemos pensar que existen múltiples momentos en que la violencia puede ser el factor que impida la consecución de la salud reproductiva.”<sup>8</sup>

Un aspecto poco estudiado respecto a la salud sexual y reproductiva es el relacionado con la posibilidad de que las mujeres tengan relaciones sexuales satisfactorias. Los patrones culturales tradicionales de la feminidad niegan a las mujeres la capacidad de tener placer y su derecho a disfrutarlo en las relaciones sexuales, lo cual se agrava de manera muy específica en un contexto de violencia.

Con este estudio queremos poner de manifiesto la importante e ineludible responsabilidad de varones y mujeres en lo que hace a la salud

---

<sup>7</sup> La relación violencia-salud reproductiva: un nuevo campo de investigación. Irma Saucedo Gonzáles. En Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México. Año II, mayo-diciembre. Separata s.Ed. México, 1995. Pág. 4.

<sup>8</sup> Op. Cit. Pág. 5.

sexual y reproductiva de ambos. Hemos podido observar prácticas de violencia sexual, verbal y exceso de consumo de bebidas alcohólicas, que resultan ser extremadamente graves para la estabilidad de la pareja y la salud física y psicológica de las mujeres e hijos.

Entendemos que existen aún grandes desafíos para que varones y mujeres sean protagonistas, participantes y constructores de su propia salud, mejorando su entorno cotidiano, sus saberes, sus experiencias y su propia vida.

### **I.1.2.- Objetivos de estudio**

**I.1.2.1.- Objetivo general.- Determinar la incidencia de la regulación de la fecundidad por el uso de métodos anticonceptivos modernos, en la toma de decisiones, la autoestima y la calidad de vida en las parejas del distrito de Písaq, provincia de Calca, Cusco.**

#### **I.1.2.2.- Objetivos específicos.-**

1. Identificar y caracterizar la regulación de la fecundidad por el uso de métodos anticonceptivos modernos utilizadas por las díadas de la muestra del distrito de Písaq.
2. Analizar y describir la toma de decisiones, la autoestima y la calidad de vida de los pobladores de Písaq, motivo de estudio.
3. Averiguar qué tipo de efecto tiene la regulación de la fecundidad en la autoestima de los individuos o de la pareja.
4. Precisar si el uso de anticonceptivos está relacionado con la toma de decisiones.
5. Reconocer si la regulación de la fecundidad por el uso de métodos anticonceptivos, incrementa la calidad de vida de los sujetos de la muestra.

## **I.2.- HIPÓTESIS.-**

Frente a la problemática propuesta y buscando ubicar tanto al varón como a la mujer como sujetos activos de su salud sexual y reproductiva y que los cambios respecto a ésta no sólo abarquen el campo de la salud, sino a todo aquello relacionado con su propio desarrollo personal, familiar y comunitario, queremos proponer una hipótesis que nos permita acercarnos al conocimiento de los efectos cualitativos que tienen el uso o no uso de métodos anticonceptivos modernos sobre factores psico-sociales de los varones y las mujeres y su entorno, es así que la hipótesis de trabajo es la siguiente:

**La regulación de la fecundidad por métodos anticonceptivos modernos, influyen en la toma de decisiones y la autoestima y determinan la calidad de vida de las parejas del distrito de Písaq, provincia de Calca, Cusco.**

### **1.2.1.- VARIABLES.-**

**1.2.1.1.- Variable Independiente.-** Regulación de la fecundidad por métodos anticonceptivos modernos.

**1.2.1.2.- Variable Dependiente.-** Toma de decisiones, autoestima y calidad de vida.

**1.2.1.3.- Variable Interviniente.-** Características sociales, culturales, económicas, demográficas, educativas y de salud.

## **I.3.- METODOLOGÍA**

### **I.3.1.- Método.-**

Entre los métodos adoptados, tenemos el Método Descriptivo, que consiste fundamentalmente en describir una situación en una circunstancia témporo espacial determinada. En este sentido, la investigación recoge

información sobre el estado actual de los hechos, sobre el significado del uso o no de métodos anticonceptivos modernos, y su implicancia en la vida cotidiana de las parejas estudiadas, habiéndonos conducido a su conocimiento e interpretación.

De la misma manera, el Método Deductivo, nos ha permitido, alcanzar significados a partir del tratamiento de temas generales como son: el enfoque de género, la autoestima, la toma de decisiones, la calidad de vida, la normatividad de la salud sexual reproductiva.

El uso del Método Inductivo, nos abre la posibilidad de estudiar los hechos concretos para poder llegar a conocimientos generales, pudiendo así contratar la hipótesis y alcanzar los objetivos propuestos, plasmándolos en las conclusiones arribadas.

El Método Dialéctico, se desarrolla sobretodo en el Capítulo III, cuando se discute y combina las variables investigadas con los resultados alcanzados en la parte empírica, impulsando de esta manera una sucesión y encadenamiento de los temas de estudio.

En lo que respecta al tratamiento de la información recogida se ha empleado el Método Estadístico, a través del uso de tablas porcentuales que nos permitieron observar con mayor claridad los resultados más resaltantes y más recurrentes de la investigación.

Las técnicas e instrumentos utilizados se presentan en el siguiente cuadro:

<b>TÉCNICAS</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>
Análisis Bibliográfico	Fichas Bibliográficas
Entrevista a profundidad	Guía de entrevista a profundidad
Grupos Focales	Cuento
Análisis Estadístico	Porcentual

### **I.3.2.- Población.-**

Se estableció como la población de referencia a los/as usuarios/as urbanos del Centro de Salud del Ministerio de Salud del distrito de Písaq, observando un total de 296 mujeres en edad fértil que acuden regularmente por diferentes motivos de salud. De la misma manera se estima que son 338 varones entre los 15 y 49 años que utilizan los servicios del mencionado Centro de Salud, aunque por la información referida es menos frecuente su concurrencia en comparación con el de las mujeres.

### **I.3.3.- Muestra.-**

Siendo la presente una investigación con enfoque de género, la concurrencia de varones y mujeres en el estudio se hizo necesaria, sin embargo, conociendo que las políticas de salud imperantes ubican a la mujer como la responsable de la salud reproductiva de la pareja, hemos resuelto trabajar con tres grupos de mujeres y uno de varones.

Es así que, teniendo en cuenta la población urbana usuaria del Centro de Salud, trabajamos con 4 grupos focales: tres con mujeres considerando 120 participantes, lo que significa un 40% de la población de referencia y un grupo de 40 varones lo que hace un 12% de la población masculina propuesta para la investigación.

Los grupos de mujeres seleccionados responden a características distintas en cuanto al uso de métodos anticonceptivos modernos, igualmente los varones estudiados tienen características diferentes sobre su control anticonceptivo.

No hemos trabajado con mujeres ni varones adolescentes, como tampoco con aquéllas (os) que no están en unión. La selección de los grupos

se realizó de tal manera que nos permitió recoger experiencias o historias variadas en cuanto a los objetivos del estudio.

Los grupos quedaron establecidos de la siguiente forma:

- **GRUPO I:** 40 Mujeres que utilizan el DIU o el condón como método.
- **GRUPO II:** 40 mujeres que utilizaron algún método moderno, pero que habían discontinuado el uso por razones diferentes o al desear quedar embarazadas.
- **GRUPO III:** 40 mujeres que habían recibido información sobre métodos modernos pero que nunca los utilizaron.
- **GRUPO IV:** 40 varones sin distinción en cuanto al uso anticonceptivo.