



SABEREC 5.0

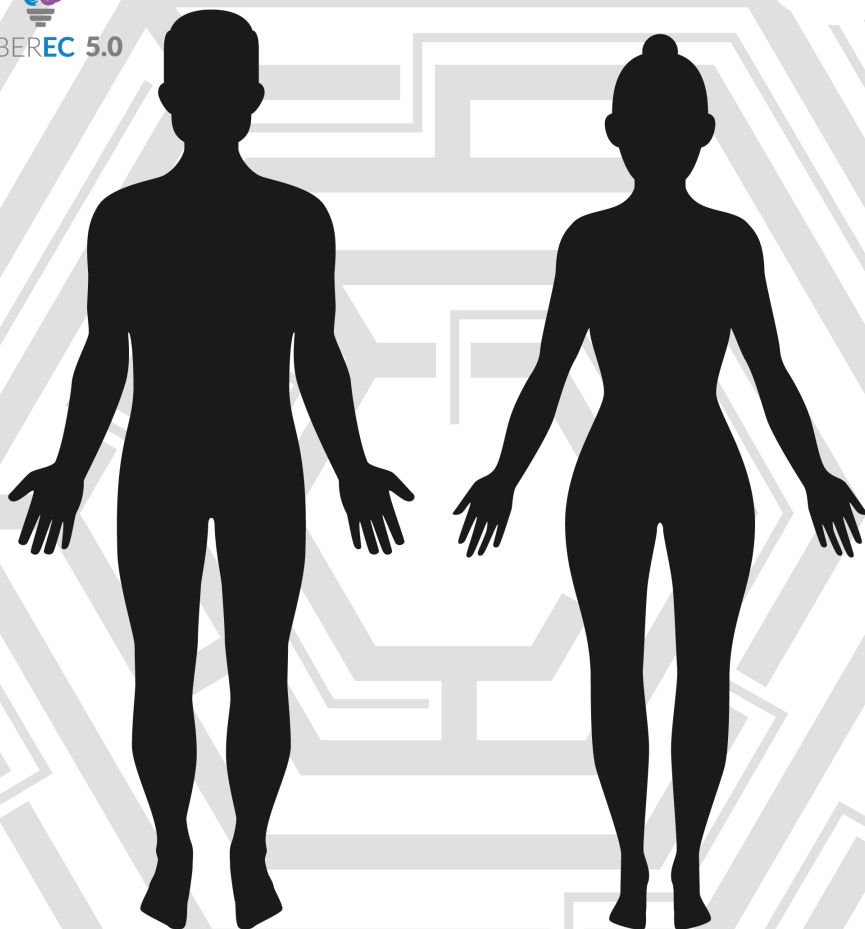
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Acceso Abierto



SABEREC 5.0



Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Gina Rosa Alonso Muñiz
Rosa del Rocío Pinargote Chancay
Mercedes María Lucas Choez
Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga
Yasmin Alejandra Castillo Merino
Virginia Esmeralda Pincay Pin
Mercedes Tania Alcázar Pichucho
Solange Karina Quijije Segovia
Mabel Sánchez Rodríguez
Ana Joselyn Parrales Choez
Yomaira Estefanía Pincay Reyes
Lorena María Loor Alvarado
Katherine Monserrate Villacreses Merino
Alba Sara Almendariz Parrales
Silvia Gabriela Cáceres Palma
Viviana Marianela Quiroz Villafuerte
Angelica Alcázar Marcillo
Tatiana Piguave Figueroa
Samantha Aylin Cacao Choez
Brenda Narcisa Triviño Vera
Ángel Gustavo Álvarez Mendoza

Autores Investigadores



SABEREC 5.0

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

AUTORES

INVESTIGADORES

Gina Rosa Alonso Muñiz

Magíster en Emergencias Médicas;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ gina.alonzo@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0003-0041-2956>

Rosa del Roció Pinargote Chancay

Magíster en Epidemiología; Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ rosa.pinargote@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0001-9899-9243>

Mercedes María Lucas Choez

Magíster en Investigación Clínica y Epidemiológica;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ mercedes.lucas@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0003-2001-7611>

Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga

Doctora en Ciencias Biomédicas;
Magíster en Investigación Clínica y epidemiológica;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ margoth.chiriboga@unesum.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0003-4637-5396>

Yasmin Alejandra Castillo Merino

Magíster en Gerencia y Administración en Salud;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ yasmin.castillo@unesum.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0002-1442-1725>

Virginia Esmeralda Pincay Pin

Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ virginia.pincay@unesum.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0001-8776-5433>

Mercedes Tania Alcázar Pichucho

Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ mercedes.alcazar@unesum.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0001-7440-5447>

Solange Karina Quijije Segovia

Doctora en Ciencias Biomédicas;
Magíster en Investigación Clínica y Epidemiológica;
Docente Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ solange.quijije@unesum.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0002-2880-5180>

Mabel Sánchez Rodríguez

Magíster en Investigación Clínica y Epidemiológica;
Doctora en Medicina y Cirugía;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí;
Manta, Ecuador;

✉ johanna.sanchez@unesum.edu.ec
✉ johanna.sanchez@uleam.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0002-7799-1151>

Ana Joselyn Parrales Choez

Máster Universitario en Gestión de la
Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ ana.parrales@unesum.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0001-9763-5122>

Yomaira Estefanía Pincay Reyes

Máster Universitario en Gestión de la
Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ yomaira.pincay@unesum.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0002-9457-2629>

Lorena María Loor Alvarado

Magíster en Gestión del Cuidado;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ lorena.loor@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0003-2851-0742>

Katherine Monserrate Villacreses Merino

Magíster en Gestión del Cuidado;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ katherine.villacreses@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0009-0004-6023-2716>

Alba Sara Almendariz Parrales

Magíster en Gestión del Cuidado;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ alba.almendariz@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0009-0003-9433-2662>

Silvia Gabriela Cáceres Palma

Magíster en Gestión del Cuidado;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ silvia.caceres@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0003-2558-5984>

Viviana Marianela Quiroz Villafuerte

Máster Universitario en Gestión de la
Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ viviana.quiroz@unesum.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-9678-3614>

Angelica Alcázar Marcillo

Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ angelica.alcazar@unesum.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-0619-2301>

Tatiana Piguave Figueroa

Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;

✉ tatiana.piguave@unesum.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-1475-4965>

Samantha Aylin Cacao Choez

Psicóloga Clínica;
Investigador Independiente;
Jipijapa, Ecuador;

✉ samanthacacao9@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0007-6120-2019>

Brenda Narcisa Triviño Vera

Obstetra; Magíster en Educación en Ciencias de la Salud;
Hospital Básico Jipijapa;
Jipijapa, Ecuador;

✉ bren_ma86@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0009-5725-7919>

Ángel Gustavo Álvarez Mendoza

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria;
Distrito de Salud 13D03;
Jipijapa, Ecuador;

 angel.alvarez@13d03mspz4.gob.ec
 <https://orcid.org/0009-0003-8378-7266>

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

REVISORES ACADÉMICOS

Elsa Josefina Albornoz Zamora

Especialidad en Salud Pública;
Magíster Scientiarum en Investigación Educativa;
Maestría en Ciencias Orientación de la Conducta;
Especialidad en Docencia Universitaria;
Doctora en Ciencias de la Educación;
Doctora en Ciencias Gerenciales;
Postdoctorado en Investigación Educativa;
Cursando Doctorado en Enfermería;
Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador;

 ealbornoz@umet.edu.ec;
 <https://orcid.org/0000-0003-1382-0596>

Cruz Xiomara Peraza de Aparicio

Especialista en Medicina General de Familia;
PhD. en Ciencias de la Educación; PhD. en Desarrollo Social;
Médico Cirujano; Docente Titular en la Carrera de Enfermería de la
Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador;

 xiomaparicio199@hotmail.com;
 <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

CATALOGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORES:

Gina Rosa Alonso Muñiz
Rosa del Rocio Pinargote Chancay
Mercedes María Lucas Choez
Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga
Yasmin Alejandra Castillo Merino
Virginia Esmeralda Pincay Pin
Mercedes Tania Alcázar Pichucho
Solange Karina Quijije Segovia
Mabel Sánchez Rodríguez
Ana Joselyn Parrales Choez
Yomaira Estefanía Pincay Reyes

Lorena María Loor Alvarado
Katherine Monserrate Villacreses Merino
Alba Sara Almendariz Parrales
Silvia Gabriela Cáceres Palma
Viviana Marianela Quiroz Villafuerte
Angelica Alcázar Marcillo
Tatiana Piguave Figueroa
Samantha Aylin Cacao Choez
Brenda Narcisca Triviño Vera
Ángel Gustavo Álvarez Mendoza

Título: Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en salud sexual y reproductiva

Descriptores: Ciencias médicas; Sexualidad; Promoción de la salud; Control de natalidad

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 613.9/Al722

Área: Ciencias de la Salud

Edición: 1^{ra}

ISBN: 978-9942-7185-2-5

Editorial: SaberEC, 2024

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 237

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-7185-2-5>

URL: <https://repositorio.saberec5.com.ec/index.php/saberec/catalog/book/8>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico: **Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en salud sexual y reproductiva**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por SaberEC; publicación revisada bajo la modalidad de pares académicos y por el equipo profesional de la editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de SaberEC en la ciudad de Quito, Ecuador.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Directora Académica: Ab. Luz Argoti

Dirección Central SABEREC: Sector Ponceano Alto, Edificio Miraflores

Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Índices

Contenidos



SABEREC 5.0

Prólogo ----- 15

Introducción----- 18

Capítulo I.

Atención Primaria en SSR ----- 20

 Introducción a la Salud Sexual y Reproductiva ----- 21

Mercedes Lucas Choez

 Acceso a la Atención de Salud Sexual y Reproductiva----- 37

Yomaira Pincay Reyes

 Educación Sexual Integral----- 53

Mercedes Tania Alcázar Pichucho

 Planificación familiar y anticoncepción----- 63

Virginia Esmeralda Pincay Pin

Capítulo II.

Cuidados integrales de las mujeres en su SSR ----- 79

 Planificación familiar y anticonceptivos ----- 80

Brenda Narcisa Triviño Vera

 Embarazo adolescente en zonas rurales, tasas,
causas y consecuencias y salud sexual y reproductiva----- 89

Ángel Gustavo Álvarez Mendoza

 Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ----- 104

Rosa Pinargote Chancay

 Violencia de género y salud sexual y reproductiva
en el contexto rural ----- 122

Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga

 Parto y Atención Prenatal ----- 131

Yasmin Castillo Merino

 Apoyo Psicológico y Social: importancia del apoyo
emocional y social para las adolescentes y mujeres
rurales que enfrentan desafíos en su salud sexual
y reproductiva. ----- 144

Samantha Cacao Choez

 Alfabetización en Salud sexual y reproductiva----- 159

Ana Joselyn Parrales Choez

Capítulo III.

Género y bienestar -----	170
Sobrecarga de Género e Imaginarios Sociales-----	171
<i>Gina Rosa Alonso Muñiz</i>	
<i>Mabel Sánchez Rodríguez</i>	
Historias de Éxito y Buenas Prácticas -----	189
<i>Solange Karina Quijije Segovia</i>	
<i>Lorena María Loor Alvarad</i>	
Recomendaciones y políticas -----	201
<i>Katherine Monserrate Villacreses Merino</i>	
<i>Alba Sara Almendariz Parrales</i>	
<i>Silvia Gabriela Cáceres Palma</i>	
Tendencias emergentes en salud sexual y reproductiva-----	221
<i>Viviana Quiroz Villafuerte</i>	
<i>Angelica Alcázar Marcillo</i>	
<i>Tatiana Piguave Figueroa</i>	
Conclusión-----	234

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Índices

Tablas



SABEREC 5.0

.....

Tabla 1. Tabla de temas de EIS (a)-----	58
Tabla 2. Tabla de temas de EIS (b) -----	58
Tabla 3. Tabla de temas de EIS (c) -----	59
Tabla 4. Elementos esenciales del examen mental en el servicio de emergencia.-----	152

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Prólogo



SABEREC 5.0

En un mundo donde la salud sexual y reproductiva se encuentra frecuentemente en el centro de discusiones políticas y sociales, las realidades vividas por las mujeres en las áreas rurales a menudo permanecen en la periferia del conocimiento y la empatía. Este libro, “Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en salud sexual y reproductiva”, nace con el propósito de visibilizar y comprender esas realidades, ofreciendo una mirada profunda y compasiva a las vidas de mujeres y adolescentes en las parroquias rurales de La América y La Unión del Cantón Jipijapa, Manabí, Ecuador.

Este trabajo es fruto del esfuerzo y la dedicación de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí. En el marco del proyecto de investigación, nos adentramos en un territorio donde la ruralidad y la tradición se entrelazan de manera intrincada con la vida cotidiana. Aquí, las creencias arraigadas y las normas culturales dictan en gran medida las actitudes hacia la sexualidad y la reproducción, y presentan desafíos únicos para el acceso a la atención de salud. Este libro se propone ser una guía y un recurso para todos aquellos interesados en entender las complejidades y matices de estos contextos.

A lo largo de sus páginas, exploraremos el vasto panorama de conocimientos, actitudes y prácticas que conforman el cuidado de la salud sexual y reproductiva en estas comunidades. Nos enfrentaremos a los retos de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, a las barreras geográficas y a las distancias que separan a las comunidades rurales de los centros urbanos. Al hacerlo, también descubriremos la resiliencia y las estrategias que las mujeres han desarrollado para cuidar de sí mismas y de sus familias en circunstancias a menudo adversas.

La investigación documentada en este libro no solo revela la realidad actual de la salud sexual y reproductiva en estas áreas, sino que también ofrece una reflexión sobre cómo podemos trabajar juntos para promover la equidad y mejorar la atención integral en estos aspectos tan cruciales de la vida. Es un llamado a la comprensión y a la acción, dirigido especialmente a las adolescentes, mujeres y a toda la comunidad. Este libro busca fomentar la empatía, la sororidad y la acción transformadora, generando cambios positivos que se mantengan en los corazones y vidas de todas y todos.

Esperamos que los lectores se sientan inspirados a participar activamente en la construcción de un futuro más justo y saludable para las mujeres en las áreas rurales de nuestro país y más allá. Que este conocimiento se convierta en una herramienta poderosa para el cambio, en la búsqueda de una

.....

sociedad donde cada mujer tenga acceso a la atención de salud que merece, sin importar cuán remota sea su comunidad.

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Introducción



SABEREC 5.0

En las vastas extensiones de las áreas comunitarias, donde las tradiciones se entrelazan con el tejido de la ruralidad, nos sumergimos en un estudio apasionante sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en salud sexual y reproductiva en mujeres. Este libro es producto del proyecto de investigación de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, denominado *“Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y mujeres con capacidad de gestar en las parroquias rurales de La América y La Unión del Cantón Jipijapa”*, el mismo que busca iluminar a los lectores y sociedad en general, las complejidades inherentes a la intersección de factores socioeconómicos y culturales que dan forma a la percepción y el manejo de la salud reproductiva en estos contextos.

Se explorarán caminos largos y arduos de las creencias arraigadas y las normas culturales que moldean las actitudes hacia la sexualidad y la reproducción. Así mismo, se abordarán los desafíos presentes, desde el acceso limitado y la disponibilidad a los servicios de salud hasta las distancias geográficas que separan a las comunidades rurales de los centros urbanos. En este viaje, se revelan distintas formas en que el cuidado de la salud sexual y reproductiva se entrelaza con la identidad y el bienestar de estas comunidades.

Por lo tanto, nos proponemos no solo a documentar las realidades existentes que muestra la revisión de la literatura en este contexto, al finalizar dicha investigación permitirá también reflexionar sobre cómo podemos avanzar hacia un futuro en el que la equidad y la atención integral en salud sexual y reproductiva florezcan en los lugares más remotos y olvidados. Este libro es un llamado a la comprensión, y dirigido sobre todo a las adolescentes, mujeres y toda la comunidad, en busca de la empatía, sororidad y la acción, que generen cambios positivos que perduren en los corazones y las vidas de todas y todos.

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Capítulo I

Atención Primaria en SSR

AUTORES: Mercedes Lucas Choez; Yomaira Pincay Reyes; Mercedes Tania Alcázar Pichucho;
Virginia Esmeralda Pincay Pin



SABEREC 5.0

Introducción a la Salud Sexual y Reproductiva

Mercedes Lucas Choez

La salud sexual y la salud reproductiva (SS y SR), así como los derechos sexuales y los derechos reproductivos, han enfrentado obstáculos para ser reconocidos como derechos humanos a nivel internacional. Su reconocimiento marca un avance en la concepción de los derechos individuales y sociales. En los instrumentos internacionales, el concepto de SS y SR ha evolucionado más allá de la planificación familiar, abarcando otros derechos, la cultura y la realización personal. El Estado ecuatoriano ha suscrito varios documentos internacionales en concordancia con su mandato constitucional que garantiza la salud, el bienestar y los derechos humanos. Este compromiso ético y político busca cumplir con los acuerdos internacionales y los avances en diferentes ámbitos.

La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental de la vida humana que abarca una amplia gama de dimensiones físicas, emocionales, mentales y sociales. Es un derecho humano básico que implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura, así como de tomar decisiones libres e informadas sobre la reproducción. Sin embargo, para las adolescentes y mujeres que viven en zonas rurales, acceder a una atención adecuada en materia de salud sexual y reproductiva puede resultar especialmente desafiante.

En este capítulo, exploraremos los fundamentos básicos de la salud sexual y reproductiva y su importancia crucial en el contexto de las adolescentes y mujeres que residen en áreas rurales. Comenzaremos por definir qué entendemos por salud sexual y reproductiva, destacando su enfoque integral que va más allá de la ausencia de enfermedades y se centra en el bienestar físico, emocional y social. A medida que nos adentremos en la temática, describiremos los derechos sexuales y reproductivos como un marco conceptual fundamental para comprender y abordar la salud sexual y reproductiva. Enfatizaremos la importancia de garantizar el acceso a información precisa, servicios de calidad y la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la sexualidad y la reproducción.

Además, analizaremos los desafíos específicos que enfrentan las adolescentes y mujeres en zonas rurales en relación con su salud sexual y reproductiva. Identificaremos las barreras que limitan el acceso a servicios de atención de calidad, como la escasez de información y educación sexual integral, las normas culturales restrictivas y las dificultades geográficas que dificultan el

acceso a la atención médica. La adolescencia, una etapa crucial en el desarrollo sexual y reproductivo, merece una atención especial. Analizaremos los riesgos y desafíos específicos que enfrentan las adolescentes en zonas rurales, como el embarazo temprano, las infecciones de transmisión sexual y la falta de servicios de salud adecuados. Destacaremos la importancia de brindarles un entorno de apoyo y una educación sexual integral que les permita tomar decisiones informadas y responsables.

Finalmente, exploraremos estrategias para mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en zonas rurales, incluyendo la necesidad de fortalecer la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios. También abordaremos el empoderamiento de las adolescentes y mujeres en estas áreas, fomentando su participación en la toma de decisiones y la defensa de sus derechos. Al comprender la importancia de la salud sexual y reproductiva en el contexto de las adolescentes y mujeres que viven en zonas rurales, podremos trabajar hacia una sociedad más equitativa y justa, donde todas las personas tengan la oportunidad de vivir una vida sexual y reproductiva saludable y plena.

En un mundo donde la información es poder, es esencial contar con un conocimiento sólido y actualizado sobre nuestra salud sexual y reproductiva. Desde la adolescencia hasta la edad adulta, nuestras vidas están intrínsecamente entrelazadas con nuestra sexualidad y capacidad reproductiva. Sin embargo, a menudo nos encontramos con barreras, mitos y desinformación que dificultan el acceso a una atención integral y a decisiones informadas.

Fundamentos básicos de la salud sexual y reproductiva

Definición de salud sexual y reproductiva: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud sexual y reproductiva y el bienestar son esenciales para que las personas tengan una vida sexual responsable, segura y satisfactoria. La salud sexual requiere un enfoque positivo de la sexualidad humana y una comprensión de los complejos factores que dan forma al comportamiento sexual humano. Estos factores afectan tanto a si la expresión de la sexualidad conduce a la salud y el bienestar sexuales como a comportamientos sexuales que ponen a las personas en riesgo o las hacen vulnerables a la mala salud sexual y reproductiva. Los directores de programas de salud, los responsables políticos y los proveedores de atención deben comprender y promover el papel potencialmente positivo que la sexualidad puede desempeñar en la vida de las personas y construir servicios de salud que puedan promover sociedades sexualmente sanas (WHO, 2006).

La salud sexual y reproductiva es un concepto amplio que se refiere al estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad y la reproducción. Es un componente fundamental de la salud general y el bienestar de las personas en todas las etapas de la vida. Cuando hablamos de salud sexual y reproductiva, es importante comprender que va más allá de la ausencia de enfermedades o disfunciones sexuales. Se trata de promover y mantener una vida sexual satisfactoria y segura, así como garantizar que las personas tengan la capacidad de tomar decisiones informadas y autónomas sobre su salud sexual y reproductiva.

La sexualidad y la reproducción son aspectos fundamentales de la vida humana que abarcan una variedad de dimensiones, incluyendo lo físico, emocional, mental y social. A continuación, se describirán cada uno del enfoque integral de estos aspectos:

- **Aspecto físico:** Este aspecto se refiere a las características biológicas y fisiológicas de la sexualidad y la reproducción, como los órganos sexuales, el ciclo menstrual, la pubertad, el embarazo y el parto. También incluye la salud sexual y reproductiva, que implica la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y otros problemas de salud relacionados.
- **Aspecto emocional:** La sexualidad y la reproducción también tienen una dimensión emocional. Las emociones pueden influir en nuestras decisiones y comportamientos sexuales, y viceversa. Este aspecto puede incluir el amor, la atracción, el placer, pero también el miedo, la ansiedad y la vergüenza.
- **Aspecto mental:** Este aspecto se refiere a cómo pensamos y entendemos nuestra sexualidad y reproducción. Incluye nuestras actitudes, creencias y valores sobre la sexualidad, el género, las relaciones y la familia. También puede incluir nuestra capacidad para tomar decisiones informadas y seguras sobre nuestra sexualidad y reproducción.
- **Aspecto social:** Este aspecto se refiere a cómo la sociedad y la cultura influyen en nuestra sexualidad y reproducción. Esto puede incluir las normas y expectativas sociales sobre el comportamiento sexual, las relaciones, el matrimonio y la paternidad. También puede incluir cuestiones de equidad de género, derechos sexuales y reproductivos, y acceso a la educación y atención sanitaria.

Este enfoque integral de la sexualidad y la reproducción reconoce que estos aspectos de nuestra vida están interconectados y son influenciados por

una variedad de factores a nivel individual, interpersonal y social. Este enfoque nos permite entender mejor nuestra propia sexualidad y reproducción, y nos ayuda a tomar decisiones más informadas y saludables.

Los jóvenes pueden enfrentar desafíos en su conocimiento y prácticas en salud sexual y reproductiva, lo que los expone a un mayor riesgo de enfermedades sexual. Esta situación puede deberse a la falta de confianza en los servicios de SSR, pero también puede reflejar barreras culturales y religiosas que dificultan la discusión abierta de temas sexuales y reproductivos, especialmente para las mujeres jóvenes (Tamang et al., 2017)

Uno de los principales objetivos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas es asegurar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) (ODS 3.7 y 5.6). Además, el 13.º Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud se enfoca en la Atención Universal de la Salud, incluyendo la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR). Esta es una oportunidad importante para integrar los servicios de SSR en iniciativas globales, regionales y nacionales para lograr la atención sanitaria universal. Es crucial destacar que todas las personas, incluyendo a aquellos que se identifican como LGBTQ, requieren atención de salud sexual y reproductiva. Los problemas de salud LGBTQ y la atención en salud sexual y reproductiva están estrechamente relacionados, ya que ambos involucran la autonomía de los individuos en sus decisiones personales (Khozah & Nunu, 2023).

Es importante destacar que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano reconocido internacionalmente. Las personas tienen derecho a recibir información precisa y adecuada sobre salud sexual y reproductiva, así como a acceder a servicios de atención de calidad, confidenciales y respetuosos. Además, deben tener la capacidad de tomar decisiones libres e informadas sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción, sin discriminación ni coerción.

Derechos sexuales y reproductivos: Explora los derechos sexuales y reproductivos como un marco conceptual fundamental en la salud sexual y reproductiva. Destaca la importancia de garantizar el acceso a la información, servicios y decisiones autónomas sobre la sexualidad y la reproducción (Gruskin et al., 2019).

Los derechos sexuales y reproductivos son fundamental en el campo de la salud sexual y reproductiva. Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales que pertenecen a todas las personas, inde-

pendientemente de su género o edad. Estos derechos abarcan la libertad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo, la salud y la sexualidad sin ningún tipo de discriminación, coerción o violencia. En este texto, exploraremos la importancia de los derechos sexuales y reproductivos y cómo contribuyen al bienestar general de las personas (Fernandez Cediel & Cortés, 2017).

Los derechos sexuales se refieren a los derechos de las personas a expresar su sexualidad, tener relaciones sexuales consensuales y acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. Es esencial reconocer que los derechos sexuales no se limitan a orientaciones o prácticas específicas, sino que son aplicables a todos. Estos derechos incluyen el derecho a acceder a una educación sexual precisa, el derecho a controlar y proteger el propio cuerpo y el derecho a tomar decisiones informadas sobre reproducción y planificación familiar (Naciones Unidas, 2023)

Los derechos reproductivos, por otra parte, se centran en los derechos de las personas a tomar decisiones relativas a su salud reproductiva y su vida familiar. Estos derechos incluyen el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva, como anticoncepción, atención prenatal, aborto seguro y tratamientos de fertilidad. Los derechos reproductivos también abarcan el derecho a elegir si tener o no hijos, el derecho a decidir sobre el número y el espaciamiento de los hijos, y el derecho a recibir información y apoyo para una paternidad responsable.

Garantizar los derechos sexuales y reproductivos es crucial para promover la igualdad de género, reducir las tasas de mortalidad materna e infantil, prevenir las infecciones de transmisión sexual y empoderar a las personas para que tomen decisiones informadas sobre sus cuerpos y sus vidas. Estos derechos están reconocidos internacionalmente, incluso en varios tratados y declaraciones de derechos humanos.

Sin embargo, es importante señalar que, a pesar de su reconocimiento, los derechos sexuales y reproductivos continúan enfrentando desafíos y violaciones en muchas partes del mundo. La desigualdad de género, las normas culturales y la falta de acceso a servicios de salud de calidad a menudo obstaculizan la plena realización de estos derechos. La promoción, la educación y los cambios de políticas son esenciales para promover y proteger los derechos sexuales y reproductivos para todos.

Es importante prestar atención a las corrientes políticas y los movimientos sociales a nivel local, regional y global, ya que influyen en los estándares de salud, leyes y políticas, así como en la experiencia de las personas en relación

con su salud y derechos sexuales. Es fundamental apoyar de manera integral la salud sexual, los derechos sexuales para todas las personas en todo el mundo. A pesar de los desafíos actuales, como reducciones de personal y un mayor conservadurismo, es importante resaltar ejemplos positivos de cómo abordar conjuntamente estos aspectos. La salud sexual ha sido un enfoque válido para promover los derechos sexuales, permitiendo la participación de diversos actores y facilitando el compromiso con sectores de la salud y formuladores de políticas que podrían no estar inicialmente familiarizados con estos temas (Gruskin et al., 2019). Los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para la autonomía, la dignidad y el bienestar individual. Estos derechos abarcan la libertad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo, la salud y la sexualidad sin discriminación ni violencia. Al reconocer y respetar estos derechos, podemos crear una sociedad más equitativa y justa donde todos puedan llevar una vida sana y plena. A continuación, se describirán los diferentes tipos de derechos sexuales y reproductivos a los que tienen derecho las personas:

1. El derecho a la privacidad: Toda persona tiene derecho a la privacidad en lo que respecta a su vida sexual y reproductiva. Esto significa que las personas tienen derecho a mantener la confidencialidad de su información personal y a tomar decisiones sobre sus propios cuerpos sin interferencias ni juicios de otros.
2. El derecho a acceder a la información: Las personas tienen derecho a acceder a información precisa y completa sobre salud sexual y reproductiva. Esto incluye información sobre anticoncepción, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), embarazo y aborto. El acceso a la información empodera a las personas para tomar decisiones informadas sobre su bienestar sexual y reproductivo (Güemes, 2022).
3. El derecho a la atención de la salud reproductiva: toda persona tiene derecho a acceder a servicios de atención de la salud reproductiva de calidad. Esto incluye atención prenatal y posnatal, servicios de planificación familiar, servicios de aborto legal y seguro y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. La atención de salud reproductiva debe estar disponible, ser asequible y no discriminatoria.
4. El derecho a elegir: las personas tienen derecho a elegir si desean o no participar en actividades sexuales y, de ser así, el derecho a elegir libremente a sus parejas. También tienen derecho a decidir si tener o no hijos, el espaciamiento de los embarazos y los métodos anticonceptivos o de planificación familiar que prefieran (Engel et al., 2019)

5. El derecho al aborto legal y seguro: en los países donde el aborto es legal, las personas tienen derecho a acceder a servicios de aborto legales y seguros. Esto garantiza que las personas puedan tomar decisiones sobre sus cuerpos y sus embarazos en un entorno seguro y de apoyo.
6. El derecho a estar libre de discriminación y violencia: Toda persona tiene derecho a estar libre de discriminación y violencia basada en sus elecciones sexuales y reproductivas. La discriminación y la violencia pueden incluir acoso, estigma, exclusión y negación de derechos. Es importante crear una sociedad que respete y proteja los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

Comprender y respetar estos tipos de derechos sexuales y reproductivos es crucial para promover la igualdad de género, la salud y el bienestar. Al garantizar que todos tengan acceso a la información, la atención médica y el derecho a tomar decisiones sobre sus propios cuerpos, podemos crear una sociedad más inclusiva y equitativa. Es necesario que todos los seres humanos recuerden que, los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Todos merecen tener control sobre sus propios cuerpos y vidas.

Garantizar el acceso a la información, los servicios y la toma autónoma de decisiones sobre sexualidad y reproducción

En la sociedad actual, es crucial resaltar la importancia de garantizar el acceso a la información, los servicios y la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la sexualidad y la reproducción. Toda persona debería tener derecho a tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo y su salud reproductiva. Esto incluye tener acceso a información precisa y completa, así como la libertad de buscar servicios de atención de salud reproductiva sin juicios ni barreras.

Una de las razones principales por las que garantizar el acceso a la información es importante es porque permite a las personas tomar decisiones bien informadas sobre su vida sexual y reproductiva. Cuando las personas tienen acceso a información precisa y completa, pueden comprender mejor sus opciones y tomar decisiones que se alineen con sus valores y preferencias.

Además, garantizar el acceso a los servicios es esencial para abordar las diversas necesidades y circunstancias de las personas. Esto incluye el acceso a educación sobre salud sexual, anticoncepción, pruebas y tratamiento de ITS, atención prenatal, servicios de aborto y apoyo para cuestiones de salud reproductiva. Al brindar servicios accesibles y de calidad, podemos promover

resultados positivos en materia de salud sexual y reproductiva y reducir las disparidades en el acceso a la atención médica (Herrera Zuleta et al., 2022).

Además, no se puede subestimar la importancia de la toma de decisiones autónoma. Las personas deberían tener derecho a tomar decisiones sobre sus propios cuerpos, libres de coerción, discriminación y juicio. Esto incluye la capacidad de elegir si participar o no en actividades sexuales, usar anti-conceptivos, buscar servicios de atención de salud reproductiva o interrumpir un embarazo. Respetar y proteger la autonomía es crucial para promover la integridad corporal y la agencia personal.

Es vital priorizar y garantizar el acceso a la información, los servicios y la toma de decisiones autónomas en materia de sexualidad y reproducción. Al hacerlo, podemos promover el empoderamiento individual, mejorar los resultados de la salud sexual y reproductiva y defender los derechos fundamentales y la dignidad de cada individuo.

Desafíos en la salud sexual y reproductiva en zonas rurales

La salud sexual y reproductiva es un aspecto crucial del bienestar general de personas de todas las edades. Sin embargo, en las zonas rurales, las adolescentes y las mujeres a menudo enfrentan desafíos únicos para acceder y mantener una buena salud sexual y reproductiva. En el informe Estado de la población mundial 2020, publicado el 30 de junio, se destacó la persistente falta de derechos sexuales y reproductivos básicos para las mujeres (Bearak et al., 2020)

Entre los obstáculos específicos que encuentran y discutirá posibles soluciones para abordar estos problemas.

- 1. Acceso limitado a los servicios de salud:** Uno de los principales desafíos que enfrentan las adolescentes y mujeres en las zonas rurales es el acceso limitado a los servicios de salud. Debido a la ubicación remota de estas áreas, las instalaciones de atención médica pueden ser escasas y el transporte para llegar a ellas puede resultar difícil. Como resultado, muchas personas luchan por acceder a servicios esenciales de salud reproductiva, como anticonceptivos, atención prenatal y exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual.
- 2. Estigma y barreras culturales:** En las comunidades rurales, pueden prevalecer estigmas y barreras culturales que impiden debates abiertos sobre salud sexual y reproductiva. Esto puede provocar una falta

de conciencia y conocimiento entre las adolescentes y las mujeres, lo que les dificulta tomar decisiones informadas sobre su salud. Las normas y creencias culturales también pueden restringir el acceso a ciertos servicios de salud reproductiva o limitar las discusiones sobre temas como la anticoncepción y las prácticas sexuales seguras.

3. **Educación y concientización limitadas:** La educación desempeña un papel crucial a la hora de empoderar a las personas para que tomen decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, en las zonas rurales, puede haber un acceso limitado a programas integrales de educación sexual. Esta falta de educación puede contribuir a tasas más altas de embarazos no deseados, abortos inseguros y la propagación de infecciones de transmisión sexual. Es esencial abogar por una educación sexual integral en las escuelas y comunidades rurales para cerrar esta brecha de conocimiento.
4. **Factores socioeconómicos:** Los factores socioeconómicos, como la pobreza y los recursos limitados, pueden exacerbar aún más los desafíos que enfrentan las adolescentes y mujeres en áreas rurales con respecto a su salud sexual y reproductiva. Los medios financieros limitados pueden obstaculizar el acceso a los servicios de salud y a los recursos necesarios, incluidos los anticonceptivos y los productos de salud reproductiva. Abordar estos factores socioeconómicos es vital para garantizar el acceso equitativo a la atención sanitaria sexual y reproductiva para todas las personas, independientemente de su ubicación.
5. **Empoderar a las comunidades rurales:** Para abordar los desafíos en materia de salud sexual y reproductiva que enfrentan las adolescentes y mujeres en las zonas rurales, es fundamental empoderar a estas comunidades. Esto se puede lograr a través de iniciativas comunitarias que brinden educación sexual integral, promuevan la concientización y aboguen por servicios de atención médica accesibles. Involucrar a líderes comunitarios, proveedores de atención médica y organizaciones locales puede ayudar a crear soluciones sostenibles adaptadas a las necesidades específicas de las zonas rurales.

Mejorar los resultados de salud sexual y reproductiva de las adolescentes y mujeres de las zonas rurales requiere un enfoque multifacético. Al abordar el acceso limitado a los servicios de salud, superar las barreras culturales, promover la educación y la concientización y abordar los factores socioeconó-

micos, podemos crear un sistema de salud más inclusivo y equitativo. Empoderar a las comunidades rurales para que se hagan cargo de su salud sexual y reproductiva es esencial para el bienestar general y el empoderamiento de las personas en estas áreas.

Salud sexual y reproductiva en la adolescencia

La salud sexual y reproductiva es un aspecto importante del desarrollo adolescente. Durante este período crucial, los jóvenes experimentan cambios significativos en sus cuerpos y emociones. Es esencial abordar sus necesidades de salud sexual y reproductiva para garantizar su bienestar y promover la toma de decisiones responsable.

La adolescencia es una época de exploración y descubrimiento, incluida la exploración de la propia sexualidad. Es normal tener preguntas y curiosidad sobre el propio cuerpo, las relaciones y los sentimientos sexuales. Comprender la salud sexual y reproductiva puede ayudar a los adolescentes a afrontar estos cambios y tomar decisiones informadas. Al brindar información precisa, promover relaciones saludables y apoyar su bienestar emocional, podemos empoderar a los adolescentes para que tomen decisiones informadas y lleven una vida saludable.

Las adolescentes que viven en áreas rurales enfrentan desafíos y riesgos únicos que pueden tener un impacto significativo en sus vidas. Este artículo explorará tres áreas específicas de preocupación: embarazo precoz, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y acceso limitado a servicios de salud adecuados.

1. Embarazo precoz: En las zonas rurales, la prevalencia del embarazo precoz entre las adolescentes suele ser mayor en comparación con las zonas urbanas. Los factores que contribuyen a esto incluyen una conciencia limitada sobre los métodos anticonceptivos, las normas culturales y la falta de educación sexual integral. El embarazo precoz puede tener graves consecuencias para la salud y el bienestar de las adolescentes, incluido un mayor riesgo de complicaciones durante el parto, interrupción de la educación y oportunidades limitadas de crecimiento personal y profesional.

2. Infecciones de transmisión sexual (ITS): las adolescentes de las zonas rurales también enfrentan un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. El acceso limitado a información precisa sobre prácticas sexuales seguras, la falta de servicios de atención médica asequibles y los estigmas sociales que rodean las discusiones sobre sexo contribuyen a esta vulnerabilidad. Es crucial que estas niñas tengan acceso a una educación

sexual integral, a instalaciones de atención médica asequibles y accesibles, y a recursos para la prevención y el tratamiento de las ITS.

3. Falta de acceso a servicios de atención médica adecuados: las zonas rurales a menudo tienen una infraestructura de atención médica limitada, lo que dificulta que las adolescentes accedan a los servicios de atención médica necesarios. Esta falta de acceso incluye la disponibilidad limitada de servicios de salud reproductiva, la disponibilidad limitada de anticonceptivos y las largas distancias para viajar hasta los centros de atención médica. La ausencia de servicios de salud adecuados puede provocar retrasos en el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud, exacerbando los desafíos que enfrentan las adolescentes en estas áreas.

Es importante que los formuladores de políticas, los proveedores de atención médica y las comunidades reconozcan y aborden los riesgos y desafíos específicos que enfrentan las adolescentes en las zonas rurales. Se deben realizar esfuerzos para mejorar el acceso a una educación sexual integral, a servicios de salud asequibles y a recursos para la salud reproductiva. Al abordar estas cuestiones, podemos empoderar a las adolescentes de las zonas rurales para que tomen decisiones informadas, protejan su salud y persigan sus aspiraciones.

Educación Sexual Integral: Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Mujeres Rurales

La Educación Sexual Integral (ESI) desempeña un papel crucial en la promoción de la salud sexual y reproductiva entre adolescentes y mujeres de zonas rurales. Esta forma de educación está basada en evidencia, es inclusiva, imparcial y centrada en los derechos de las personas. Tiene como objetivo proporcionar información precisa y apropiada para la edad sobre la sexualidad humana, las relaciones y la salud reproductiva. Va más allá de los aspectos biológicos y aborda temas como el consentimiento, la igualdad de género, la orientación sexual y la prevención de infecciones de transmisión sexual ITS y embarazos no deseados (S. Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Senplades, Unfpa, 2018).

Uno de los beneficios clave de la EIS es dotar a las personas de los conocimientos y habilidades necesarios para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Al proporcionar información integral, la EIS ayuda a disipar mitos, reducir el estigma y promover comportamientos saludables. En las zonas rurales, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva puede ser limitado. La EIS puede cerrar esta brecha brindando a

adolescentes y mujeres la información necesaria para cuidar su salud y tomar decisiones informadas. También les ayuda a afrontar desafíos como los matrimonios precoces, los embarazos de adolescentes y la violencia de género.

Además, la EIS fomenta la comunicación abierta y respetuosa sobre la sexualidad dentro de las familias, las escuelas y las comunidades. Al fomentar el diálogo, la EIS ayuda a crear un entorno de apoyo que promueve la comprensión, la aceptación y el respeto por las diversas identidades y experiencias. Es importante señalar que la EIS debe implementarse de manera culturalmente sensible y apropiada para la edad. Debería considerar las necesidades y desafíos específicos que enfrentan las personas en las zonas rurales y respetar sus valores y creencias.

La Educación Sexual Integral es una herramienta vital para promover la salud sexual y reproductiva de adolescentes y mujeres de zonas rurales. Al brindar educación inclusiva y basada en evidencia, la EIS capacita a las personas para tomar decisiones informadas, fomenta relaciones saludables y contribuye al bienestar general.

Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en zonas rurales: desafíos y barreras

En las zonas rurales, las adolescentes y las mujeres a menudo enfrentan numerosos desafíos y barreras cuando se trata de acceder a servicios sexuales y servicios de salud reproductiva. Este artículo tiene como objetivo analizar estos desafíos y barreras y resaltar la importancia de mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios en estas áreas. Uno de los principales desafíos que enfrentan las adolescentes y mujeres en las zonas rurales es la limitada disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva. Debido a la lejanía de estas áreas, a menudo hay menos centros de salud que brinden dichos servicios. Esta falta de disponibilidad dificulta que las personas busquen la atención y el apoyo que necesitan.

Otra barrera importante es la limitada accesibilidad a los servicios. En las zonas rurales, las opciones de transporte pueden ser limitadas, lo que dificulta que las personas viajen a centros de atención médica distantes. Esta falta de infraestructura de transporte obstaculiza aún más su capacidad para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva necesarios. La aceptabilidad es otro aspecto crucial que debe abordarse. Las normas y creencias culturales en las zonas rurales pueden crear barreras para las personas que buscan servicios de salud sexual y reproductiva. El estigma y la discriminación en torno a estos temas pueden disuadir a las personas de buscar ayuda o información.

Es esencial crear un entorno seguro y sin prejuicios donde las personas se sientan cómodas accediendo a estos servicios (Vergara, 2017)

La calidad de los servicios prestados en las zonas rurales también es un problema. Debido a las limitaciones de recursos, los centros de salud en estas áreas pueden carecer del equipo necesario, de profesionales de la salud capacitados y de servicios integrales. Mejorar la calidad de los servicios es crucial para garantizar que las personas reciban la atención que necesitan y merecen. Para abordar estos desafíos y barreras, es esencial implementar estrategias que mejoren la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en las zonas rurales. Esto puede incluir el establecimiento de clínicas móviles o programas de extensión, la provisión de educación sexual integral en las escuelas y la capacitación de profesionales de la salud para abordar las necesidades específicas de las comunidades rurales.

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en zonas rurales puede ser un desafío para las adolescentes y las mujeres. Al reconocer y abordar los desafíos y barreras que enfrentan, podemos trabajar para mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios. Es fundamental garantizar que las personas de las zonas rurales tengan igualdad de acceso a la atención y el apoyo que necesitan para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

Empoderamiento y participación: Promoción de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y mujeres en zonas rurales

En el vasto panorama de la lucha por la igualdad de género, uno de los desafíos más apremiantes es el empoderamiento de las adolescentes y mujeres en zonas rurales. Estas valientes mujeres a menudo enfrentan obstáculos adicionales en su búsqueda de una vida saludable y autónoma, especialmente en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva.

En una sociedad en constante evolución, el empoderamiento de las mujeres se ha convertido en un tema central en la búsqueda de la igualdad de género. El empoderamiento implica dotar a las mujeres con los recursos, las habilidades y la confianza necesarios para tomar decisiones informadas, ejercer control sobre sus vidas y contribuir activamente en todos los ámbitos de la sociedad. El concepto de empoderamiento y su importancia en el panorama actual, así como las estrategias y herramientas prácticas que pueden ayudar a las mujeres a desbloquear su potencial y crear un futuro brillante tanto para ellas mismas como para las generaciones venideras.

Empoderamiento y participación: Promoción de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y mujeres en zonas rurales. El empoderamiento desempeña un papel crucial para garantizar el bienestar y los derechos de las adolescentes y mujeres en las zonas rurales. Cuando las niñas y las mujeres están empoderadas, están mejor equipadas para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, acceder a los servicios de salud necesarios y defender sus derechos.

Un aspecto importante del empoderamiento es brindar a las niñas y mujeres un conocimiento integral sobre su salud sexual y reproductiva. Esto incluye información sobre la pubertad, la menstruación, los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual y el embarazo. Al brindarles información precisa, les damos el poder para tomar decisiones informadas y tomar el control de su propia salud.

Otra estrategia clave para el empoderamiento es promover la participación de niñas y mujeres adolescentes en los procesos de toma de decisiones relacionados con su salud sexual y reproductiva. Esto se puede lograr creando espacios seguros donde puedan expresar libremente sus opiniones, brindándoles educación y capacitación sobre liderazgo y promoción, e involucrándolos en iniciativas y programas comunitarios. Cuando las niñas y las mujeres tienen voz en la toma de decisiones, se tienen en cuenta sus perspectivas y necesidades únicas, lo que conduce a políticas y programas más eficaces e inclusivos (M. de S. P. Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Senplades, Unfpa, 2017).

Además, es esencial abordar las barreras sociales y culturales que impiden que las niñas y mujeres de las zonas rurales participen plenamente en la toma de decisiones y defiendan sus derechos. Estas barreras pueden incluir desigualdad de género, normas y creencias tradicionales, falta de acceso a la educación y oportunidades económicas limitadas. Al desafiar y dismantelar estas barreras, creamos un entorno propicio donde las niñas y las mujeres pueden ejercer sus derechos y contribuir activamente a su propio bienestar y al desarrollo de sus comunidades.

El empoderamiento también implica garantizar que las niñas y las mujeres tengan acceso a servicios de atención médica de calidad. En las zonas rurales, el acceso limitado a centros de salud y a profesionales sanitarios capacitados puede plantear desafíos importantes. Se deben hacer esfuerzos para mejorar la infraestructura, aumentar la disponibilidad de servicios de salud y brindar atención integral de salud sexual y reproductiva a las adolescentes

y mujeres. Esto incluye el acceso a la anticoncepción, la atención prenatal y posnatal, la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y los servicios de aborto seguro cuando esté permitido legalmente.

Además de abordar las necesidades de atención sanitaria, empoderar a las adolescentes y mujeres de las zonas rurales requiere abordar factores sociales y económicos más amplios. Esto se puede lograr promoviendo oportunidades de educación y desarrollo de habilidades, abogando por la igualdad de oportunidades en el empleo y el emprendimiento, y apoyando iniciativas que promuevan el empoderamiento económico. Cuando las niñas y las mujeres tienen acceso a la educación y a oportunidades económicas, están en mejores condiciones de tomar decisiones que impacten positivamente sus vidas y contribuyan al desarrollo general de sus comunidades.

Empoderar a las adolescentes y mujeres de las zonas rurales es crucial para su salud sexual y reproductiva y su bienestar general. Al brindarles conocimientos integrales, promover su participación en los procesos de toma de decisiones y abordar las barreras sociales y económicas, podemos crear una sociedad más equitativa e inclusiva. Las niñas y mujeres empoderadas son agentes de cambio que pueden moldear sus propios destinos y contribuir al desarrollo de sus comunidades.

Referencias Bibliograficas

- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *The Lancet. Global Health*, 8(9), e1152–e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Engel, D. M. C., Paul, M., Chalasani, S., Gonsalves, L., Ross, D. A., Chandra-Mouli, V., Cole, C. B., de Carvalho Eriksson, C., Hayes, B., Philipose, A., Beadle, S., & Ferguson, B. J. (2019). A Package of Sexual and Reproductive Health and Rights Interventions-What Does It Mean for Adolescents? *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 65(6S), S41–S50. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.014>
- Fernandez Cediell, M. C., & Cortés, R. (2017). Exploración de los derechos sexuales y reproductivos: conceptos y elementos Claves. *Entornos*, 30, 51–65. <https://doi.org/10.25054/01247905.1422>

- Gruskin, S., Yadav, V., Castellanos-Usigli, A., Khizanishvili, G., & Kismödi, E. (2019). Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: meaningfully engaging the perfect triangle. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(1), 1593787. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1593787>
- Güemes, C. (2022). Estrategias de oposición a los derechos de salud sexual y reproductiva en América Latina. *Análisis Carolina*, 11. https://doi.org/https://doi.org/10.33960/AC_11.2022
- Herrera Zuleta, I. A., Fernández Durán, V., Sánchez Cabrera, L. T., & Rodríguez Ruiz, M. . (2022). Enfermería en la salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes: un desafío desde la ruralidad. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 24. <https://doi.org/https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.essr>
- Khozah, M. Y., & Nunu, W. N. (2023). Sexual and Gender Minorities Inclusion and Uptake of Sexual and Reproductive Health Services: A Scoping Review of Literature. *American Journal of Men's Health*, 17(4), 15579883231184078. <https://doi.org/10.1177/15579883231184078>
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Senplades, Unfpa, M. de S. P. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. 2017-2021*. https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN_NACIONAL_DE_SS_Y_SR_2017-2021.pdf
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Senplades, Unfpa, S. (2018). *Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018 - 2025*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/PO-LÍTICA-INTERSECTORIAL-DE-PREVENCIÓN-DEL-EMBARAZO-EN-NIÑAS-Y-ADOLESCENTES-para-registro-oficial.pdf>
- Naciones Unidas. (2023). *The Sustainable Development Goals Report 2023: Special Edition*. https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf
- Tamang, L., Raynes-Greenow, C., McGeechan, K., & Black, K. I. (2017). Knowledge, experience, and utilisation of sexual and reproductive health services amongst Nepalese youth living in the Kathmandu Valley. *Sexual & Reproductive Healthcare : Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 11, 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.09.002>

Acceso a la Atención de Salud Sexual y Reproductiva

Yomaira Pincay Reyes

Introducción

En el tejido de la salud sexual y reproductiva, las mujeres y adolescentes en áreas rurales enfrentan desafíos únicos que limitan su acceso a servicios médicos adecuados. Este capítulo de libro se adentra en las barreras y dificultades que enfrentan estas comunidades en su búsqueda de atención médica, y propone reflexiones y soluciones para mejorar el acceso a la salud sexual y reproductiva.

En el Art. 32 de la Constitución de la República del Ecuador se constata que “la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Asamblea Nacional del Ecuador, 2017).

En consecuencia, el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva es un derecho fundamental que abarca una amplia gama de servicios, información y cuidados relacionados con la salud sexual y reproductiva de individuos en todas las etapas de la vida. Este acceso no solo implica la capacidad de obtener servicios médicos, sino también el derecho a información precisa, opciones de planificación familiar, atención prenatal, cuidado del parto seguro, servicios postaborto seguros, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y acceso a salud mental relacionada con la sexualidad y la reproducción.

La salud sexual y la salud reproductiva, siendo elementos tan importantes de salud, de derechos humanos y, en general, de bienestar y de desarrollo social, no siempre tuvieron la relevancia que han alcanzado en la actualidad. Esta trascendencia, más bien, es el resultado de un largo y paulatino proceso de cambio de creencias y paradigmas socioeconómicos y culturales, gestado por diversos movimientos sociales, entre los que destaca el movimiento feminista. Estos, incesantemente cuestionaron la aplicación de políticas sesgadas

y coercitivas en torno a la sexualidad y a la reproducción, y refutaron a las doctrinas que se erigieron como su sustento teórico, las cuales buscaban defender intereses económicos y políticos particulares y no el bienestar de la población en general. El logro del consenso mundial respecto al nuevo paradigma de desarrollo humano y su enriquecimiento propuesto por la perspectiva de género, cumplieron un papel crucial en la elaboración de los conceptos de salud sexual, salud reproductiva y derechos reproductivos en los lineamientos de políticas que se desarrollaron a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en la ciudad de El Cairo en 1994 (Luengo CHarath, Millán Klüsse, Zepeda Ortega, & Tijero Méndez, 2012).

El Ministerio de Salud Pública y la Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública han sumado esfuerzos para mejorar el acceso a los servicios de salud en el país. Sin embargo, según los Ministros de salud que han asumido dicho cargo aseguran que la capacidad suficiente en primer nivel para la atención de la población es insuficiente, lo que genera desigualdades en el acceso de ciertas comunidades a los servicios de salud y como resultado inequidades en los niveles de salud y enfermedades.

Durante la pandemia del COVID-19 se descubrieron grandes carencias de salud pública y los obstáculos de acceso a servicios de salud en Ecuador, considerando que se financia de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. La Organización Internacional del Trabajo ha descrito el modelo de financiamiento del sistema de salud en Ecuador, cómo se financian las prestaciones médicas y los mecanismos de asignación de los recursos financieros para cubrir a la población en los distintos esquemas de financiamiento y cobertura (OIT, 2021).

De este modo la salud sexual y reproductiva juega un papel crucial en el bienestar físico, mental y social de las personas, así como en la igualdad de género y el desarrollo sostenible de las comunidades. Al abordar este aspecto de la salud, se reconoce la importancia de garantizar que todas las personas, independientemente de su edad, género, orientación sexual, ubicación geográfica o condición socioeconómica, tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, libres de discriminación y estigma.

El acceso equitativo a la atención de salud sexual y reproductiva es un objetivo central para la salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la promoción de la salud sexual y reproductiva como un componente esencial para el logro de la salud y el bienestar universal. Este enfoque integral reconoce la interconexión entre la salud sexual

y reproductiva, los derechos humanos, la igualdad de género y el desarrollo sostenible (Análisis de Gasto y Financiamiento – Ministerio de Salud Pública, 2021).

A pesar de los avances significativos en la ampliación del acceso a la atención de salud sexual y reproductiva en muchas regiones del mundo, persisten desafíos importantes. Estos desafíos incluyen disparidades en la disponibilidad y acceso a servicios, barreras económicas, falta de educación y conciencia sobre la salud sexual y reproductiva, estigma social, limitaciones legales y políticas, así como la insuficiente capacitación del personal médico.

En la era actual, marcada por avances tecnológicos y cambios socioculturales, es fundamental adoptar un enfoque holístico e inclusivo para garantizar que todas las personas puedan ejercer su derecho a una salud sexual y reproductiva integral y libre de riesgos. Este enfoque requiere colaboración entre gobiernos, organizaciones de salud, defensores de los derechos humanos y la sociedad civil para superar las barreras existentes y promover un acceso equitativo a la atención de salud sexual y reproductiva para todos.

En los foros internacionales se habla de justicia e igualdad como ideales democráticos, pero aún existen diferencias en el acceso a los servicios de salud y en las condiciones de las personas. Cada vez hay más pobres en el mundo, la mayoría mujeres y niños y apenas avanza la participación de la mujer en el espacio social y en una inserción más igualitaria, con diferencias según regiones y culturas. La muerte materna, por su inviabilidad, es un indicador crítico que ejemplifica la discriminación y bajo estatus social de las mujeres.

La realidad actual indica desdichadamente, que aún para millones de seres humanos, la salud reproductiva es algo muy difícil de obtener. Por lo menos 350 millones de personas que desean evitar un embarazo carecen de acceso a métodos de planificación familiar; 120 millones de mujeres carecen de servicios de salud reproductiva accesibles y aceptables y alrededor de medio millón de mujeres mueren cada año por acusas relacionadas con el embarazo, donde al aborto es una de las causas más frecuentes. Además, la reproducción humana resulta de una compleja trama de relaciones sociales de modo que la procreación, roles de género y organización familiar, responden a sistemas normativos de control social, que pueden ser favorables o no (Fondo de población de las Naciones Unidas, 2023).

Los adolescentes, por largo tiempo, han sido considerados un grupo etario con buena salud y que acceden poco a los servicios correspondientes,

probablemente en parte porque éstos no han respondido a sus requerimientos y necesidades. En general, los adolescentes dudan en buscar atención de salud por problemas psicológicos, mentales o psicosociales y, la aparente falta de problemas de salud, podría deberse a una subestimación de los mismos y a la falta de reconocimiento de la necesidad de cuidados preventivos en ellos.

Las características de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes se han documentado ampliamente a nivel internacional. En teoría, los servicios públicos chilenos de Atención Primaria reúnen varios de los criterios para ser considerados “amigables para adolescentes”, por ejemplo: son gratuitos, geográficamente cercanos y se basan en lineamientos y políticas enfocadas en los derechos de los adolescentes. Se sabe que la confidencialidad es un factor importante en la atención de los adolescentes, determinante especialmente en aquellos que necesitan cuidados en salud mental y en salud sexual y reproductiva (SSR). La confidencialidad ha sido válidamente reconocida, puesto que el resguardo de la confidencialidad limita el acceso al cuidado de salud de los adolescentes más vulnerables y que requieren servicios, especialmente de mujeres con necesidades en el área de la Salud sexual y reproductiva (Gran Álvarez, 2006).

Dentro de las dificultades del acceso a la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva se encuentra:

1.1 Realidades en Zonas Rurales. - Relacionado conjuntamente con la lejanía Geográfica de los Establecimientos de Primer Nivel de Salud:

- Acceso limitado a servicios médicos: En áreas rurales de Ecuador, la distancia física a los centros de atención médica puede ser considerable. Muchas comunidades rurales están alejadas de hospitales o centros de salud, lo que dificulta el acceso oportuno a la atención médica.
- Centros médicos dispersos: La geografía montañosa y la dispersión de las comunidades en zonas rurales contribuyen a la falta de acceso a servicios médicos. Las carreteras y la infraestructura pueden ser precarias, lo que dificulta el transporte hacia los centros de atención médica.
- Falta de Transporte: Carencia de transporte adecuado: En áreas rurales, la falta de infraestructura vial y transporte público adecuado dificulta que las personas accedan a servicios médicos. La escasez de carreteras en buen estado y la falta de transporte público confiable limitan la movilidad de la población. En este punto, se debe conside-

rar que en las zonas rurales gozan de ríos y cascadas que en época invernal impiden el paso de vehículos livianos. Por lo tanto, algunas comunidades quedan incomunicadas, siendo la única opción el ingreso a través de helicópteros.

- Altos costos de transporte: En muchos casos, incluso si hay transporte disponible, los altos costos de viajar largas distancias pueden ser prohibitivos para las personas de bajos recursos económicos. El costo del pasaje de una moto puede variar entre 3 a 7 dólares solo la ida, según el recorrido y el estado de la carretera, en camionetas varía entre 3 a 9 dólares, sin embargo, en algunas zonas solo pasan cada 3 veces al día y en otras se limitan a una vez al día.
- Limitaciones Económicas: Pobreza y escasez de recursos: Las áreas rurales de Ecuador tienden a experimentar altos niveles de pobreza. Esto limita la capacidad de las personas para costear los gastos médicos, comprar medicamentos o buscar atención médica regularmente.
- Falta de seguros médicos: Muchas personas en áreas rurales carecen de acceso a seguros médicos o seguridad social, lo que dificulta aún más el acceso a la atención médica y los tratamientos. De hecho, aquellos que sí lo poseen en múltiples ocasiones se les ha negado la atención en establecimientos de salud público y esto hace que las personas no quieran acercarse a los servicios sanitarios por la negatividad por parte del personal. Incluso se han quejado del seguro campesino porque en la mayoría de las ocasiones no hay medicamentos y les toca costear su tratamiento.

Escasez de Recursos Sanitarios

- Falta de infraestructura médica: Las zonas rurales a menudo carecen de infraestructura médica adecuada, como hospitales bien equipados, personal médico capacitado y suministros médicos suficientes. Por tanto, pese al esfuerzo que realizan para poder llegar a los centros asistenciales, deben hacer un esfuerzo adicional para poder desplazarse hasta otro establecimiento y recibir la atención oportuna con el especialista adecuado.
- Escasez de personal médico: La falta de profesionales de la salud en áreas rurales puede ser un problema, ya que muchos médicos prefieren trabajar en entornos urbanos mejor equipados y con más oportunidades. A esto se adiciona que en el Manual de Atención Integral de Salud (MAIS) (Sanhueza, Carvajal, Mújica, & Vidaletti, 2021).

Políticas y Programas de Salud

- Iniciativas gubernamentales: El gobierno ecuatoriano ha implementado programas y políticas para mejorar el acceso a la atención médica en áreas rurales, incluyendo la construcción de centros de salud y el despliegue de brigadas médicas.
- Retos persistentes: A pesar de los esfuerzos, la brecha en el acceso a la atención médica entre áreas rurales y urbanas sigue siendo un desafío importante en Ecuador.

Barreras para el acceso

Estigma Social

- Descripción: El estigma social en torno a la salud sexual y reproductiva es una barrera significativa. La sociedad puede estigmatizar la búsqueda de servicios de salud relacionados con temas como la anticoncepción, la planificación familiar, el embarazo adolescente o las enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Impacto: El miedo al rechazo social o a la vergüenza puede disuadir a las mujeres y adolescentes de buscar información o servicios de salud sexual y reproductiva.

Falta de Educación Sexual Integral

- Descripción: La ausencia o deficiencia de educación sexual integral en los programas educativos puede limitar el conocimiento y la comprensión sobre la salud sexual y reproductiva. La falta de información adecuada sobre métodos anticonceptivos, prevención de ETS y salud reproductiva afecta la toma de decisiones informadas.
- Impacto: Sin educación sexual integral, las mujeres y adolescentes pueden estar menos preparadas para tomar decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva, aumentando su vulnerabilidad a riesgos y complicaciones (Castañeda Paredes & Santa-Cruz-Espinoza, 2021).

Discriminación de Género

- Descripción: La discriminación de género en el acceso a la salud sexual y reproductiva puede manifestarse en formas como la desigualdad en el acceso a servicios de calidad, la falta de control sobre decisiones reproductivas y la coerción en la atención médica.

- Impacto: La discriminación de género limita la autonomía de las mujeres y adolescentes para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, lo que puede resultar en situaciones de mayor vulnerabilidad y falta de control sobre su propio cuerpo.

Falta de Privacidad y Confidencialidad

- Descripción: La falta de privacidad en los servicios de salud puede ser una barrera importante. La ausencia de espacios confidenciales para hablar sobre temas íntimos relacionados con la salud sexual y reproductiva puede disuadir a mujeres y adolescentes de buscar atención médica.
- Impacto: La falta de privacidad puede generar temor a la divulgación de información personal, lo que lleva a la renuencia a buscar ayuda o consejo médico.

Estigmatización del Embarazo Adolescente

Por razones biológicas las mujeres son las que cargan sobre sus cuerpos el embarazo, el parto y el puerperio, y por lo mismo, existen necesidades específicas para atender estos procesos. Sin embargo, los riesgos para su salud que se derivan de tales eventos no sólo están relacionados con dichos papeles biológicos en sí, sino de manera muy fuerte con las posibilidades de atención o desatención de estos problemas, con las labores domésticas y extra domésticas que realizan con o sin apoyo de sus parejas masculinas aun en esos períodos, y con la capacidad o no de decidir sin intermediaciones sobre los cuidados a recibir y la oportunidad de estos. Estas están ligadas, junto a la pertenencia a una clase social, a la equidad o inequidad de género existente (Valcarcel, Jatziri, Borbor, & Santiesteban, 2018).

Cuando una adolescente queda embarazada o tiene un hijo, su salud, educación, potencial de obtener ingresos y todo su futuro pueden estar en peligro, y puede quedar atrapada en una vida sumida en la pobreza, la exclusión y la impotencia.

Los y las adolescentes están configurando el presente y el futuro de la humanidad. Según las oportunidades y las opciones que tienen durante este periodo de la vida, pueden ingresar a la vida adulta como ciudadanos empoderados y activos o, por el contrario, estar desvalorizados, sin poder de opinión e inmersos en la pobreza.

El embarazo adolescente sucede en todos los rincones del mundo; sin embargo, las niñas pobres, sin educación, de minorías étnicas o de grupos

marginados, y de áreas remotas y rurales, tienen tres veces más riesgo de quedar embarazadas que sus pares educadas y de las zonas urbanas.

En América Latina y el Caribe, se estima que existe una población de 140 millones de jóvenes. Uno de los elementos que incide de manera significativa en la situación de vulnerabilidad de las adolescentes es el embarazo no planificado. La región tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo y se estima que casi el 18% de todos los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años de edad (Fondo de población de las Naciones Unidas, 2023).

La mortalidad materna en América Latina y el Caribe se ubica entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre 15 y 19 años. En las adolescentes menores de 15 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta tres veces más que en mujeres mayores de 20 años. En América Latina se cree que el número anual de abortos inseguros entre las adolescentes de 15 a 19 años, alcanza un número de 670 mil (Fondo de población de las Naciones Unidas, 2023).

1.3 Impacto en la Salud y el Bienestar

1. Tasas más altas de Embarazos No Deseados:

- Descripción: La falta de acceso a información, educación y servicios de planificación familiar contribuye a tasas más altas de embarazos no deseados en mujeres y adolescentes en zonas rurales.
- Impacto: Estos embarazos no deseados pueden llevar a complicaciones médicas durante el embarazo, parto y postparto. Además, pueden interrumpir los planes de educación y limitar las oportunidades económicas y sociales de las mujeres jóvenes.

2. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS):

- Descripción: La falta de educación y acceso a métodos preventivos contribuye a un mayor riesgo de contraer ETS entre mujeres y adolescentes en áreas rurales.
- Impacto: Las ETS pueden tener graves repercusiones en la salud reproductiva y general, aumentando el riesgo de infertilidad, complicaciones durante el embarazo y el parto, así como también problemas de salud a largo plazo.

3. Complicaciones en el Parto:

- Descripción: La falta de acceso a atención prenatal adecuada y la ausencia de servicios obstétricos de calidad aumentan el riesgo de complicaciones durante el parto en áreas rurales.
- Impacto: Estas complicaciones pueden llevar a resultados adversos para la madre y el bebé, como partos prematuros, bajo peso al nacer, hemorragias posparto y tasas más altas de mortalidad materna e infantil.

4. Problemas de Salud Mental:

- Descripción: El estrés, la ansiedad y la depresión pueden ser más comunes entre mujeres y adolescentes en áreas rurales debido a las dificultades para acceder a servicios de salud mental y enfrentar desafíos socioeconómicos.
- Impacto: La falta de acceso a la atención médica y de apoyo puede afectar negativamente la salud mental, afectando el bienestar general y la capacidad para afrontar las dificultades diarias.

5. Desigualdades en el Desarrollo Integral:

- Descripción: Estos desafíos de salud pueden contribuir a desigualdades en el desarrollo integral de las mujeres y adolescentes en áreas rurales, afectando su educación, oportunidades laborales y calidad de vida.
- Impacto: Las limitaciones en la salud sexual y reproductiva pueden perpetuar un ciclo de desventajas sociales y económicas, dificultando el progreso individual y comunitario.

Soluciones y Perspectivas Futuras

1. Implementación de Clínicas Móviles:

- Descripción: Establecimiento de unidades médicas móviles que puedan llegar a áreas rurales remotas, proporcionando servicios de atención médica, educación y asesoramiento en salud sexual y reproductiva.
- Impacto: Aumenta la accesibilidad a servicios de salud al llevar la atención médica directamente a comunidades aisladas, permitiendo exámenes médicos, consejería y distribución de métodos anticonceptivos.

2. Programas de Educación Sexual Integral:

- Descripción: Implementación de programas educativos integrales sobre salud sexual y reproductiva en escuelas y comunidades rurales. Estos programas deben abordar temas como métodos anticonceptivos, prevención de ETS, derechos reproductivos y relaciones saludables.
- Impacto: Mejora el conocimiento y la comprensión sobre temas de salud sexual y reproductiva, empoderando a mujeres y adolescentes para tomar decisiones informadas sobre su salud.

3. Acceso a Métodos Anticonceptivos:

- Descripción: Garantizar la disponibilidad y acceso a métodos anticonceptivos modernos y seguros en áreas rurales a través de programas de distribución, clínicas móviles o puntos de atención cercanos a las comunidades.
- Impacto: Reducción de embarazos no deseados, tasas de aborto inseguro y complicaciones relacionadas con el embarazo, permitiendo a las mujeres tomar decisiones sobre su salud reproductiva.

4. Capacitación de Personal de Salud Local:

- Descripción: Capacitación de trabajadores de la salud en áreas rurales sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo atención prenatal, parto seguro, consejería en planificación familiar y detección de enfermedades.
- Impacto: Mejora la calidad de la atención médica local, fortaleciendo la capacidad de los profesionales de la salud para brindar servicios especializados y empáticos.

5. Promoción de la Participación Comunitaria:

- Descripción: Fomento de la participación activa de la comunidad en la planificación y ejecución de programas de salud sexual y reproductiva, involucrando a líderes locales, educadores y grupos comunitarios.
- Impacto: Aumenta la aceptación y la efectividad de las intervenciones al tener en cuenta las necesidades y la cultura de la comunidad, facilitando un mayor compromiso y sostenibilidad en las iniciativas de salud.

Historias de Resistencia y Esperanza

Historia 1

Sofía, una joven de 17 años de una comunidad rural en Ecuador, se encontraba emocionada y llena de sueños mientras cursaba sus estudios secundarios. Sin embargo, su vida cambió drásticamente cuando descubrió que estaba embarazada. Esta noticia la sumió en una montaña rusa de emociones, donde el miedo y la incertidumbre se entrelazaron con su determinación y sueños de futuro.

A pesar de las críticas y los desafíos sociales que enfrentó por su embarazo, Sofía decidió abrazar su maternidad con valentía y determinación. Aunque su camino parecía más difícil, decidió que su embarazo no sería un obstáculo para lograr sus metas (Martínez Esquivel, 2015).

Con el apoyo de su familia y algunos amigos cercanos, Sofía se mantuvo firme en su determinación de terminar sus estudios. A medida que su embarazo avanzaba, asistía a clases, tomaba apuntes y se esforzaba por no perderse ninguna lección.

A medida que el día de dar a luz se acercaba, los desafíos se intensificaron. La presión de los estudios, el embarazo y las responsabilidades que conlleva ser madre a tan temprana edad se volvieron abrumadoras. Sin embargo, Sofía encontró fuerza en su bebé por nacer, convirtiéndose en su motor para seguir adelante.

Finalmente, después de superar varios obstáculos, Sofía dio a luz a una hermosa niña. A pesar del agotamiento físico y emocional, su determinación se mantuvo firme. Con el apoyo de sus seres queridos, regresó a la escuela con su bebé en brazos, demostrando que la maternidad no era un impedimento para alcanzar sus metas.

A medida que avanzaba en su último año escolar, Sofía se graduó con honores, convirtiéndose en un ejemplo de perseverancia y resistencia para su comunidad. Su historia inspiradora sirvió de motivación para otras jóvenes en situaciones similares, demostrando que, con valentía, apoyo y determinación, cualquier obstáculo puede ser superado.

Hoy, Sofía sigue luchando por un futuro mejor para ella y su hija. Ha encontrado un trabajo que le permite cuidar a su bebé mientras se prepara para ingresar a la universidad y seguir persiguiendo sus sueños.

Historia 2

María, una mujer joven de una comunidad remota en Ecuador, se encontraba emocionada y ansiosa ante la noticia de su embarazo. Sin embargo, su alegría pronto se vio opacada por la preocupación al darse cuenta de las dificultades para acceder al sector salud en su área.

Vivía en una región apartada, a varias horas de distancia del centro de salud más cercano. Las limitaciones económicas y la falta de transporte confiable dificultan su acceso a atención médica especializada. A pesar de sus esfuerzos, María no pudo recibir atención prenatal regular ni realizar los exámenes médicos recomendados durante su embarazo.

Con determinación y apoyo de su familia, María adoptó medidas para asegurarse de tener un embarazo lo más saludable posible. Siguió consejos de salud materna que había aprendido de su madre y abuela, como llevar una dieta equilibrada, descansar adecuadamente y practicar cuidados básicos de higiene.

A medida que su embarazo avanzaba, María enfrenta algunos desafíos de salud comunes, pero se mantuvo fuerte y perseverante. Recibió apoyo emocional de su familia y se centró en mantener un ambiente tranquilo y positivo para el desarrollo de su bebé.

Finalmente, llegó el día del parto. A pesar de no tener acceso a una atención médica especializada, contó con el apoyo de una partera local con experiencia. Afortunadamente, el parto se desarrolló sin complicaciones graves y María dio a luz a un bebé sano y fuerte.

A pesar de las dificultades y la falta de acceso al sector salud, María se convirtió en un ejemplo de resiliencia y valentía. Su historia destacó la importancia del apoyo familiar, el conocimiento tradicional y la determinación para enfrentar desafíos y lograr resultados positivos.

Con el nacimiento de su hijo, María se comprometió a ser una madre amorosa y dedicada. A pesar de las limitaciones, se esforzó por proporcionar los cuidados necesarios para asegurar la salud y el bienestar de su hijo. La comunidad la admiraba por su valentía y fortaleza, convirtiéndose en una inspiración para muchos.

1.6 Hacia un Futuro de Acceso Equitativo

1. Mejora de la Cobertura y Acceso Geográfico:

- Implementación de estrategias para llevar servicios de salud a áreas rurales y remotas.
- Creación de clínicas móviles y brigadas médicas para llegar a comunidades aisladas.
- Mejora de la infraestructura y equipamiento de centros de salud en zonas desatendidas.

2. Accesibilidad Económica:

- Garantía de acceso a servicios de salud sin importar la capacidad económica.
- Ampliación de la cobertura de seguros médicos y programas de asistencia para poblaciones vulnerables.
- Reducción de costos de atención médica y medicamentos.

3. Equidad en la Calidad de Atención:

- Aseguramiento de que todos los ciudadanos reciban una atención médica de calidad independientemente de su ubicación o condición socioeconómica.
- Capacitación y actualización constante del personal médico y de salud para ofrecer un servicio de alta calidad.

4. Enfoque en Grupos Vulnerables:

- Implementación de políticas específicas dirigidas a grupos vulnerables como mujeres embarazadas, niños, personas mayores y personas con discapacidades.
- Promoción de programas de salud focalizados en la prevención y atención de enfermedades crónicas y emergentes.

5. Participación Comunitaria y Educación en Salud:

- Fomento de la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones sobre políticas de salud.
- Promoción de programas educativos en salud para aumentar la conciencia y conocimiento sobre hábitos saludables y prevención de enfermedades.

6. Tecnología y Salud Digital:

- Implementación de sistemas de telemedicina para brindar atención médica a distancia, especialmente en áreas remotas.
- Utilización de tecnología para mejorar la gestión de la información médica y el seguimiento de pacientes.

7. Monitoreo y Evaluación Continua:

- Establecimiento de sistemas de monitoreo y evaluación para evaluar la equidad en el acceso y la calidad de la atención.
- Uso de datos para identificar disparidades y orientar la toma de decisiones políticas.

Con todos estos preámbulos, es necesario La escuela es un espacio privilegiado para trabajar temas vinculados con la sexualidad, es en este espacio donde las lógicas de reproducción social vinculadas con estereotipos de género, factores de riesgo, violencia, miradas negativas sobre la sexualidad, falta de información sobre derechos se perpetúan, pero también pueden modificarse a través de un ejercicio crítico, con contenidos pertinentes, basados en evidencia y laicos que, adicionalmente, deben estar mediados por metodologías adecuadas al ciclo vital y deben contar con la flexibilidad suficiente para que sean adaptadas a las diferentes realidades territoriales del país, sin descuidar los contenidos mínimos que permitan incidir en la reducción efectiva de embarazos. Lo anterior permite ampliar y profundizar las posibilidades de las y los estudiantes de ejercer sus derechos.

Para esto, es necesario considerar que la educación integral en sexualidad permite a las personas acceder a información correcta sobre sus derechos sexuales y reproductivos, promoviendo la eliminación de mitos y la vivencia de una sexualidad plena y placentera. Asimismo, participa en el desarrollo de aptitudes para la vida como el pensamiento crítico, aptitudes de comunicación y negociación, desarrollo de sentido de sí mismo, capacidad de tomar responsabilidad y pedir ayuda. Finalmente, la educación integral de la sexualidad promueve el desarrollo de actitudes y valores positivos como la apertura de mente, el respeto de uno mismo y las otras personas, la valoración positiva, la responsabilidad, y la adopción de una actitud positiva frente a la salud sexual y reproductiva en el marco del desarrollo integral y la construcción de proyectos de vida que integren la vivencia de una sexualidad segura y satisfactoria.

Si bien el embarazo adolescente y no planificado afecta a mujeres y hombres, son las primeras las que cargan el mayor estigma social asociado a la gestación y la crianza. En sociedades como las nuestras, los patrones relacionados con los roles desiguales de género tienden a fortalecer el imaginario del embarazo como único proyecto de vida válido para las mujeres, como un ejercicio de validación en el que se estructura la personalidad y se alcanza la realización individual. Mientras que para los hombres es generalmente una opción. Las adolescentes embarazadas tienen menos oportunidades de acceder a estudios de tercer nivel, mayor probabilidad de sufrir violencia de género y generalmente mantienen empleos mal remunerados, perpetuando círculos de violencia y pobreza. Esto, en el caso de embarazos subsecuentes se ve agravado, encontrando que la mayor parte de adolescentes que tienen un segundo parto a menos de dos años del primero no se reinsertan al sistema educativo formal (CAF, 2021).

Referencias Bibliográficas

- OIT. (25 de August de 2021). *Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal*. Recuperado el 7 de December de 2023, de Organización Internacional del Trabajo: https://www.ilo.org/lima/publicaciones/WCMS_817788/lang--es/index.htm
- Análisis de Gasto y Financiamiento – Ministerio de Salud Pública*. (30 de julio de 2021). Recuperado el 28 de November de 2023, de Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/analisis-de-gasto-y-financiamiento/>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (20 de octubre de 2017). *Constitución de la República del Ecuador*. Recuperado el 28 de November de 2023, de Instituto Nacional de Estadística y Censos: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/LOTAIP/2017/DIJU/octubre/LA2_OCT_DIJU_Constitucion.pdf
- CAF. (18 de Enero de 2021). *Deserción escolar a causa del embarazo adolescente*. Recuperado el 12 de December de 2023, de Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe: <https://www.caf.com/es/conocimiento/visiones/2021/01/desercion-escolar-a-causa-del-embarazo-adolescente/>
- Castañeda Paredes, J., & Santa-Cruz-Espinoza, H. (18 de May de 2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enfermería Global*, 20(62). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200004

- Fondo de población de las Naciones Unidas. (2023). *Embarazo en Adolescentes*. Recuperado el 12 de December de 2023, de UNFPA América Latina y el Caribe: <https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes>
- Gran Álvarez, M. (2006). La salud sexual y reproductiva. *Rev Cubana Salud Pública*, 32(1). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100001&Ing=es.
- Luengo CHarath, X. M., Millán Klüsse, T., Zepeda Ortega, A. J., & Tijero Méndez, M. (2012). Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. *Rev. chil. pediat*, 83(6), 540-551. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010&Ing=es.
- Martínez Esquivel, D. (2015). Las necesidades de las adolescentes madres en el contexto educativo: un estudio de caso en una institución de educación pública. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 18, 1-26. Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n28/1409-4568-enfermeria-28-00001.pdf>
- Sanhueza, A., Carvajal, L., Mújica, O., & Vidaletti, L. (27 de October de 2021). *Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: proyecto ISLAC 2020*. Recuperado el 12 de December de 2023, de Iris Paho: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55080>
- Valcarcel, C., Jatziri, M., Borbor, J., & Santiesteban, Y. (2018). Calidad de vida de adolescentes embarazadas atendidas en el hospital de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. *Revista Ciencia Unemi*, 11(27), 87-96. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/5826/582661256008/html/>

Educación Sexual Integral

Mercedes Tania Alcázar Pichucho

Introducción

La Educación Sexual Integral (ESI) es un enfoque educativo que busca proporcionar a las personas conocimientos, habilidades y valores necesarios para comprender y vivir de manera plena y saludable su sexualidad. Este tipo de educación va más allá de la mera transmisión de información biológica y se centra en aspectos emocionales, sociales, culturales y éticos relacionados con la sexualidad humana (UNFPA, 2022)

La ESI reconoce la importancia de abordar la diversidad de experiencias y orientaciones sexuales, así como la variedad de identidades de género. Este enfoque integral tiene como objetivo empoderar a las personas para que tomen decisiones informadas, respetuosas y responsables en relación con su propia sexualidad y la de los demás.

En este contexto, la ESI se presenta como una herramienta esencial para promover la salud sexual y reproductiva, prevenir situaciones de riesgo y contribuir al bienestar general de las personas. A través de la ESI, se busca fomentar el respeto mutuo, la igualdad de género y la construcción de relaciones saludables, al tiempo que se abordan temas cruciales como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el embarazo no deseado, el abuso sexual y la discriminación.

La implementación de la Educación Sexual Integral en los entornos educativos, ya sea en escuelas urbanas o rurales, se adapta a las necesidades y características específicas de la población. Se busca proporcionar un espacio seguro y comprensivo donde los estudiantes puedan explorar y comprender su sexualidad sin estigmatización ni prejuicios. En resumen, la Educación Sexual Integral es una herramienta educativa fundamental que promueve el desarrollo integral de las personas, contribuyendo a la construcción de sociedades más informadas, respetuosas y equitativas en materia de sexualidad.

Definición

La Educación Sexual Integral (ESI) es un enfoque educativo que busca brindar información integral y precisa sobre aspectos relacionados con la sexualidad humana. El objetivo principal es promover el desarrollo de habilidades y actitudes que permitan a las personas tomar decisiones informadas y responsables en su vida sexual. (UNESCO, 2014)

Algunos de los aspectos claves de la Educación Sexual Integral incluyen:

- **Información Biológica:** Proporcionar conocimientos sobre la anatomía y fisiología sexual, así como sobre la reproducción humana.
- **Aspectos emocionales y afectivos:** Abordar temas relacionados con las emociones, los sentimientos y las relaciones interpersonales, fomentando el respeto y la comunicación efectiva.
- **Identidad de género y orientación sexual:** Promover el entendimiento y la aceptación de la diversidad en la identidad de género y la orientación sexual, y luchar contra la discriminación y el estigma.
- **Prevención de enfermedades de Transmisión Sexual ETS y embarazos no deseados:** Proporcionar información sobre métodos anticonceptivos y medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- **Derechos Sexuales y Reproductivos:** Enfatizar la importancia de respetar los derechos individuales en temas relacionados con la sexualidad y la reproducción.
- **Tecnología y Sexualidad:** Abordar la influencia de la tecnología en la sexualidad, incluyendo la pornografía en línea, las redes sociales y otros aspectos relacionados.

La Educación Sexual Integral suele ser implementada en sistemas educativos como parte de los currículos escolares, adaptándose a diferentes niveles educativos. El enfoque puede variar según las culturas y las políticas educativas de cada país, pero su objetivo fundamental es proporcionar a los individuos las herramientas necesarias para tomar decisiones conscientes y saludables en relación con su sexualidad (Barrueto, 2020).

La educación sexual integral (ESI) es igualmente importante en las escuelas rurales como en cualquier otro entorno educativo. De hecho, en algunas ocasiones, la implementación de programas de ESI en áreas rurales puede ser aún más crucial debido a ciertos desafíos específicos que enfrentan estas comunidades. Aquí hay algunas razones que destacan la importancia de la educación sexual integral en las escuelas rurales:

- **Acceso limitado a Información:** En áreas rurales, el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva puede ser limitado. La ESI proporciona a los estudiantes información precisa y actualizada sobre temas como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción y salud reproductiva.

- **Prevención de embarazos no deseados:** Las tasas de embarazos no deseados a una edad temprana pueden ser más altas en áreas rurales. La ESI ayuda a los estudiantes a comprender los riesgos asociados con el comportamiento sexual no protegido y les proporciona conocimientos sobre métodos anticonceptivos.
- **Desmitificación de conceptos erróneos:** En entornos rurales, es posible que existan mitos y conceptos erróneos sobre la sexualidad. La ESI ayuda a desmitificar estos conceptos y a proporcionar información basada en hechos, reduciendo así la propagación de información incorrecta.
- **Empoderamiento y toma de decisiones:** La ESI empodera a los estudiantes rurales al proporcionarles las habilidades y el conocimiento necesarios para tomar decisiones informadas y responsables sobre su salud sexual y reproductiva. Esto puede ayudar a prevenir situaciones de vulnerabilidad.
- **Promoción del respeto y la igualdad de género:** La ESI también aborda cuestiones de género, promoviendo el respeto y la igualdad entre los géneros. Esto es particularmente importante en contextos rurales donde las normas tradicionales de género pueden ser más arraigadas.
- **Contextualización Cultural:** Los programas de ESI deben adaptarse al contexto cultural específico de las comunidades rurales. Esto implica considerar las creencias y valores locales para que la información sea relevante y aceptada por la comunidad.
- **Reducción del estigma y la discriminación:** La ESI puede ayudar a reducir el estigma y la discriminación relacionados con la sexualidad y la identidad de género, fomentando un ambiente más inclusivo y respetuoso en las comunidades rurales.

En resumen, la implementación de la Educación Sexual Integral en las escuelas rurales es esencial para proporcionar a los estudiantes las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas, promover la salud sexual y reproductiva, y contribuir al bienestar general de estas comunidades.

Ética y Responsabilidad Sexual

La ética y responsabilidad sexual son aspectos cruciales dentro del marco de la Educación Sexual Integral (ESI). Estos conceptos se centran en la toma de decisiones informadas, respetuosas y conscientes en el ámbito de la

sexualidad (Fierro, 2023). Aquí hay algunos puntos clave relacionados con la ética y responsabilidad sexual:

Ética Sexual

- **Respeto Mutuo:** La ética sexual implica el respeto mutuo entre todas las partes involucradas en cualquier actividad sexual. Esto incluye el consentimiento libre, voluntario e informado de todas las personas participantes.
- **Comunicación abierta:** Fomentar la comunicación abierta y honesta sobre las expectativas, límites y deseos sexuales con la pareja. La comunicación efectiva es esencial para construir relaciones sexuales saludables.
- **Consideración de consecuencias:** La ética sexual implica la consideración de las consecuencias físicas y emocionales de las acciones sexuales. Esto incluye la prevención de riesgos de salud y el manejo responsable de la anticoncepción.

Responsabilidad sexual

- **Conocimiento y educación:** La responsabilidad sexual implica la búsqueda de conocimientos sobre la anatomía, la fisiología y la salud sexual. La educación adecuada es esencial para tomar decisiones informadas.
- **Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual:** Adoptar prácticas seguras para prevenir la transmisión de ETS. Esto puede incluir el uso de métodos de barrera, pruebas regulares y la comunicación abierta sobre la salud sexual.
- **Anticoncepción:** Tomar decisiones responsables en relación con la anticoncepción para prevenir embarazos no deseados. Esto implica la elección consciente de métodos anticonceptivos y la planificación familiar.
- **Respeto por los derechos y decisiones individuales:** La responsabilidad sexual también se relaciona con el respeto por los derechos individuales y la autonomía en la toma de decisiones sobre la propia vida sexual y reproductiva.
- **Ética en las relaciones sexuales:** La responsabilidad sexual incluye la ética en las relaciones, promoviendo relaciones consensuadas y saludables, y evitando comportamientos que puedan causar daño físico o emocional.

Tener acceso a la Educación Integral en salud contribuye a la toma de decisiones, libres, responsables e informadas, favorece a posponer el inicio de la vida sexual, fortalece la prevención de embarazos no planificados e ITS, incluido el VIH/ sida.

La UNESCO (2018), hace referencia, en el enfoque integral de la educación sexual, a la importancia de proporcionar oportunidades para adquirir información precisa sobre sexualidad, con base en evidencia científica y acorde a la edad. La educación sexual integral (ESI) no es una cuestión limitada a la edad fértil: abarca todo el ciclo de vida de las personas. Por ende, una interpretación incorrecta tiene consecuencias importantes para la sociedad en su conjunto, expresada a través de injusticias, inequidad y desigualdad. En Ecuador, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos está afectado por inequidades eco-nómicas, de género, sociales y étnicas, lo que genera una concepción limitada sobre la educación de la esfera psico-sexual de la personalidad (Reyes & Barrera, 2019).

El Ministerio de Salud Pública (2017), hace referencia a las causas de la brecha de la atención integral de la sexualidad en el país y menciona la invisibilización de la salud sexual y reproductiva desde los diversos ciclos de vida, la percepción errónea y el desconocimiento de la sexualidad, la objeción de conciencia de las autoridades, la falta de compromiso de la ciudadanía, la ausencia de una política pública lo que causa que cada profesional aborde el tema con una perspectiva diferente, la ausencia de abordaje intersectorial en el territorio, y la falta de transversalización con los ámbitos de discapacidad y salud mental. Los efectos directos de estas falencias se traducen en embarazos adolescentes, diferencia de la tasa de fecundidad entre distintos grupos de población, desequilibrio entre la fecundidad deseada y la observada, alta tasa de infecciones de transmisión sexual, aumento de delitos sexuales, limitado acceso a métodos anticonceptivos, alta tasa de mortalidad materna, y prácticas de violencia como discriminación, bullying y abuso. Calderón & Sanchez (2020), afirman que la información sobre métodos anticonceptivos no ha garantizado su utilización: adquirir información sobre un tema no tiene necesariamente un impacto en la conducta real, puesto que esta no solo se ve influenciada por la actitud, sino también por factores situacionales, internos y externos.

Las y los jóvenes se vuelven más independientes y tienen menos lazos estrechos con sus padres y madres. Ahora saben más claramente si son heterosexuales, homosexuales o bisexuales. Experimentan con las relaciones, ganan experiencia sexual, se besan y se acarician, algunos antes que otros. Las y los jóvenes pueden besarse, tocarse y acariciarse con la ropa pues-

ta, acariciarse desnudos, tener relaciones sexuales, sexo oral y sexo anal. Adquieren más experiencia en la forma de interactuar con la persona con la que quieren tener relaciones sexuales: negociar, comunicar, articular deseos y límites y mostrar respeto son todos temas importantes.

Tabla 1.

Tabla de temas de EIS (a).

	DESARROLLAR EL CONOCIMIENTO Y LA COMPRENSIÓN Las y los jóvenes entenderán que:	DESARROLLAR ACTITUDES POSITIVAS Las y los jóvenes apreciarán y reconocerán que:	FORTALECER LAS APTITUDES PARA EXPERIMENTAR UNA SEXUALIDAD SEGURA Y POSITIVA Las y los jóvenes podrán:
RELACIONES	- Discutir las formas en que los roles y las relaciones de los miembros de la familia pueden cambiar cuando un miembro de la familia revela información sensible (por ejemplo, el estado de VIH, el embarazo, el matrimonio, el abuso sexual) y las formas en que los miembros de la familia pueden apoyarse mutuamente. - Identificar los diferentes factores que influyen en sí, por qué y cuándo las personas deciden casarse y/o tener hijas o hijos. - La decisión de tener hijas o hijos conlleva muchas responsabilidades; las niñas o niños tienen una variedad de necesidades que los padres, madres o cuidadores tienen la responsabilidad de satisfacer.	- Las familias pueden superar los desafíos cuando se apoyan mutuamente y muestran respeto mutuo. - El comportamiento sexual no es un requisito para expresar amor. - El género, la identificación de género, la orientación sexual y el estado del VIH no afectan a la capacidad de las personas para ser padres o madres.	- Demstrar cómo buscar ayuda si se está en una relación inadecuada. - Expresar afecto y amor dentro de una relación consensuada. - Expresar apoyo a alguien que está siendo excluido. - Desafiar el estigma y la discriminación y actuar de manera que promueva la inclusión y el respeto a la diversidad. - Comunicar sus propias necesidades físicas, emocionales, económicas y educativas a los padres, madres o cuidadores.



Nota. Tomado de Temas de la Educación Integral en la Sexualidad Temas de la Educación Integral en la Sexualidad

Tabla 2.

Tabla de temas de EIS (b)

	DESARROLLAR EL CONOCIMIENTO Y LA COMPRENSIÓN Las y los jóvenes entenderán que:	DESARROLLAR ACTITUDES POSITIVAS Las y los jóvenes apreciarán y reconocerán que:	FORTALECER LAS APTITUDES PARA EXPERIMENTAR UNA SEXUALIDAD SEGURA Y POSITIVA Las y los jóvenes podrán:
VALORES, DERECHOS, CULTURA Y SEXUALIDAD	- Conocer sus propios valores, creencias y actitudes es importante para ayudar a guiar y adoptar comportamientos sexuales que sean consistentes con ellas y eos. - Identifique algunas de las formas en que sus valores pueden ser diferentes a los de sus padres, madres o cuidadores.	- Mantienen sus propios valores en relación con el comportamiento sexual y la sexualidad. - Todos los individuos pueden desempeñar un papel en el logro del cambio social y la justicia social.	- Articular sus valores y creencias personales en relación con la sexualidad y el comportamiento sexual. - Adoptar conductas sexuales que se guíen por sus valores. - Demstrar formas de resolver conflictos con los miembros de la familia debido a los diferentes valores. - Llegar a los excluidos y tratarlos con respeto.
COMPREENSIÓN DEL GÉNERO	- Es importante desafiar los prejuicios de género propios y ajenos. - Identificar las diferentes formas en que la homofobia y la transfobia son perjudiciales, en particular para las personas de diversa orientación sexual e identidad de género. - La desigualdad entre los géneros, las normas sociales y las diferencias de poder influyen en el comportamiento sexual y pueden afectar a la capacidad de tomar decisiones seguras y actuar en consecuencia (por ejemplo, el uso de preservativos; el acceso a servicios de SCSR) y pueden aumentar el riesgo de coacción sexual, abuso y VBG. - La violencia en la pareja íntima adopta muchas formas y siempre es perjudicial; se ofrece apoyo a quienes la experimentan.	- Todas las personas deben poder amar a quien quieran sin juicios, violencia, coacción o discriminación. - La violencia de la pareja íntima no es adecuada ni aceptada y que es posible dejar una relación abusiva, incluso dentro de un matrimonio o una relación de pareja a largo plazo.	- Evaluar el sesgo de género dentro de su comunidad y su propio nivel de sesgo de género. - Desarrollar estrategias para contrarrestar sus propios prejuicios de género y los de los demás. - Demstrar formas de mostrar apoyo a las personas que experimentan homofobia o transfobia. - Acceder al apoyo o ayudar a otros a hacerlo si experimentan coacción sexual, abuso, violencia sexual u otra VBG. - Abogar por la igualdad de género y la eliminación de la VBG.

Nota. Tomado de Temas de la Educación Integral en la Sexualidad Temas de la Educación Integral en la Sexualidad

Tabla 3.

Tabla de temas de EIS (c).

VIOLENCIA Y COMO CUIDARSE	DESARROLLAR EL CONOCIMIENTO Y LA COMPRENSIÓN Las y los jóvenes entenderán que:	DESARROLLAR ACTITUDES POSITIVAS Las y los jóvenes apreciarán y reconocerán que:	FORTALECER LAS APERTUDAS PARA EXPERIMENTAR UNA SEXUALIDAD SEGURA Y POSITIVA Las y los jóvenes podrán:
	• Identificar lo que significa escuchar, reconocer y actuar, o no actuar, en base al consentimiento sexual y discutir ejemplos de situaciones en las que se da o no se da el consentimiento. • Analizar los aspectos que pueden influir en la capacidad de dar factores de consentimiento (por ejemplo, el alcohol y otras sustancias, la pobreza, la dinámica de poder). • Analizar las estrategias para utilizar los medios sociales de manera segura, legal y respetuosa. • Identificar el impacto de los medios de comunicación sexualmente explícitos en la confianza, la sexualidad y el comportamiento de los/las jóvenes; comprender que esto puede ser positivo (p. ej., oportunidades seguras para explorar la sexualidad) o negativo (p. ej., expectativas poco realistas sobre el comportamiento sexual, la respuesta sexual y la apariencia corporal).	• El comportamiento sexual consensuado es una parte importante de una relación sexual sana y placentera. • Los medios de comunicación sexualmente explícitos pueden reforzar los estereotipos de género perjudiciales y normalizar el comportamiento violento o no consensual.	• Abogar por entornos seguros que fomenten el trato respetuoso de todos y todas y que hablen en contra de la violencia. • Demostrar formas de dar y rechazar el consentimiento y de reconocer el consentimiento o la falta de consentimiento de otra persona. • Adquirir competencia para tratar los efectos de la pornografía.

Nota. Tomado de Temas de la Educación Integral en la Sexualidad Temas de la Educación Integral en la Sexualidad

¿Cuáles son las principales características de la educación sexual integral?

Entre las principales características podemos señalar:

- Es integral.** Porque aborda, de acuerdo con la etapa de desarrollo las y los estudiantes, las diferentes dimensiones de la sexualidad (biológica, socioafectiva, histórica, cultural y ética) desde la articulación de múltiples enfoques, como: igualdad de género, derechos humanos, interculturalidad e inclusivo o de atención a la diversidad. Es así que, la ESI permite abordar la expresión asertiva y empática de los afectos, el autoconocimiento, el autocuidado del cuerpo y la salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, los cambios biopsicosociales en las diferentes etapas del desarrollo humano, la prevención de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes, el consentimiento, la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, los derechos humanos vinculados a la sexualidad, etc (Plan Internacional, 2020).
- Es científica.** Porque la ESI se sustenta en la evidencia generada a partir de la ciencia de la salud, psicológica, sociológica, antropológica, biológica, entre otras. Por ello, resulta fundamental que las y los docentes continuamente sigan fortaleciendo sus competencias en relación con los avances de la ESI (Plan Internacional, 2020).

-
- c. **Es progresiva.** Porque la ESI se centra en la persona y su relación con los demás, contextualizándose de acuerdo con las necesidades de orientación que aparecen en las diferentes. En ese sentido, la implementación de la educación sexual integral, tanto en sus contenidos como en el proceso de acompañamiento, es diferenciada según el nivel (inicial, primaria o secundaria), la edad y la madurez de las y los estudiantes. Abordar la ESI durante la trayectoria de vida de las y los estudiantes favorece el fortalecimiento del apego, la práctica de actividades físicas, lúdicas y deportivas libre de estereotipos de género, la comprensión de la amistad y el enamoramiento, el establecimiento de relaciones interpersonales igualitarias y democráticas, libres de discriminación y violencia, y el autocuidado y prevención de riesgos que pueden afectar el bienestar, como el embarazo adolescente, la violencia sexual, las infecciones de transmisión sexual, entre otras. (Plan Internacional, 2020)
 - d. **Es sistemática.** Porque la ESI se fundamenta tanto en los principios de la Ley General de Educación, así como en los enfoques transversales, competencias y capacidades señaladas en el Currículo Nacional de Educación Básica (CNEB), el cual es culturalmente relevante y adecuado a las necesidades nacionales. Esta característica se evidencia cuando se implementa la ESI a lo largo de la trayectoria educativa y se aborda de manera transversal, permanente y organizada durante el proceso educativo de niñas, niños y adolescentes (Plan Internacional, 2020).
 - e. **Es participativa.** Porque la ESI promueve que la comunidad educativa se involucre desde su planificación, diseño, implementación, monitoreo y evaluación. Esto implica que las y los docentes consideren las expectativas, los intereses y necesidades de estudiantes, familias y comunidad en relación al proceso de implementación de la ESI, para ello se puede llevar a cabo reuniones diagnósticas (por ejemplo, aplicando grupos focales mediante las plataformas virtuales o aplicando cuestionarios virtuales de conocimientos, actitudes y/o prácticas) para identificar saberes previos, realizar jornadas de trabajo con estudiantes y sus familias para dar aportes al plan anual de trabajo de (TOECE), brindar información continua a las familias sobre las acciones planificadas y ejecutadas, aplicar instrumentos a distancia sobre la percepción de satisfacción en relación con las acciones realizadas, fomentar la participación estudiantil sobre los temas vinculados a la educación sexual integral, etc (Plan Internacional, 2020).

- f. **Tiene un carácter formativo:** Por lo general, se asocia a la ESI con la prevención de riesgos, como el embarazo adolescente o a las infecciones de transmisión sexual. Si bien esta es una de sus características, es importante que reconozcamos que la ESI tiene una dimensión formativa que contribuye al fortalecimiento de la identidad de las y los estudiantes y a su desarrollo socioafectivo y cognitivo, pensamiento crítico, autonomía, comportamiento basado en principios éticos y establecimiento de relaciones afectivas e interpersonales armoniosas y equitativas, contribuyendo, todo ello, a la construcción de la ciudadanía activa. (Plan Internacional, 2020)

Referencias Bibliográficas

- Barrueto, A. C. (2020). *Educación sexual: diseño de una investigación para*. Tesis de maestría, Universidad de Cantabria, Tesis, España.
- Calderon, R., & Sanchez, M. (2020). Repercusión de factores socioculturales en la salud reproductiva de las mujeres de la Universidad de Guayaquil.
- Fierro, M. S. (2023). *Educación integral de la sexualidad: reflexiones críticas desde distintas miradas* (Primera Edición Digital ed.). Ecuador: UNAE.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)*. Manual de atención en salud, Dirección Nacional de Normatización-MSP, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Quito. Retrieved 8 de Diciembre de 2023, from https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/manual-lgbti-29-de-nov-2016_mod.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Plan Nacional de salud sexual y reproductiva*. MSP, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Plan Nacional, Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, Quito. Retrieved 7 de Diciembre de 2023, from <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño-ESAMyN*. Norma Técnica, Dirección Nacional de Promoción para la Salud, Dirección Nacional de Normatización, Quito. Retrieved 8 de Diciembre de 2023, from <https://www.hgdz.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/2021-DIC-16-ESAMYN.pdf>

- Plan Internacional. (2020). *Temas de la Educación Integral en la Sexualidad*. Retrieved 2020, from https://plan-international.org/uploads/2021/12/esp_glo-cse_topics_overview-eo-march_2021_final_0.pdf
- Reyes, A., & Barrera, C. (Revista de educacion de 2019). 2019. *La educacion integral de la sexualida con enfoque profesional en la formacion docente*, 2.
- UNESCO. (2014). *Educación integral de la sexualidad: conceptos, enfoques y competencias* (Ediciones UNESCO 7 ed.). (UNESCO, Ed.) Chile: UNESCO.
- UNESCO. (2018). *Orientaciones tecnicas internacionales sobre educacion en sexualidad*. Un enfoque basado en evidencia.
- UNFPA. (2022). Retrieved 23 de noviembre de 2022, from <https://www.unfpa.org/es/educaci%C3%B3n-sexual-integral#readmore-expand>.

Planificación familiar y anticoncepción

Virginia Esmeralda Pincay Pin

La planificación familiar es un conjunto de prácticas que incluye todos los procedimientos destinados a controlar la reproducción. Y tiene como objetivos elegir cuándo es el momento idóneo para tener un hijo, decidir el número de hijos que se desean tener, determinar el intervalo de tiempo entre un embarazo y otro. La anticoncepción es un derecho, y es obligación del Estado garantizar el acceso a métodos anticonceptivos efectivos, seguros y de calidad (Hosden y otros, 2023).

En la actualidad las personas cuentan varias opciones en lo que hace referencia al cuidado de su salud sexual y reproductiva, es fundamental que las personas estén informadas sobre los diferentes métodos anticonceptivos y adaptarlos a las diversas formas de vivir y experimentar el sexo, la planificación familiar permite a las parejas decidir sobre el número de hijos que desean y establecer el intervalo entre embarazos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023), la planificación familiar es “el derecho de las personas y las parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener y cuándo tenerlos”. En cuanto a la anticoncepción, la OMS define los métodos anticonceptivos como “los medios utilizados para prevenir el embarazo”. (OMS, 2023). Si bien la anticoncepción existe desde tiempos inmemoriales, el boom de los anticonceptivos no surgió hasta la segunda mitad del siglo XX gracias al desarrollo técnico y la difusión de métodos eficaces. Con ello, aparecieron las primeras píldoras anticonceptivas, el preservativo se hizo más accesible y se generalizó el uso del dispositivo intrauterino (Gibert, 2023).

Un artículo de la Revista Cubana de Medicina General Integral menciona que la planificación familiar es “el conjunto de prácticas que permiten a las parejas y a las personas en general, decidir de manera libre y responsable el número de hijos que desean tener, así como el intervalo entre los nacimientos y el momento en que los tendrán” (González Labrador y Miyar Pieiga, 2001).

La Importancia de la Planificación Familiar

La planificación familiar es un aspecto crucial de la salud reproductiva y tiene implicaciones significativas tanto a nivel individual como social. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los 1900 millones de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que había en todo el mundo en 2021, 1100 millones necesitaban planificación familiar (OMS, 2023).

Beneficios de la Planificación Familiar

Dr. Sergio Rogel Cayetano (ginecólogo) y Zaira Salvador (embrióloga) (2020), en su publicación sobre la planificación familiar: beneficios, recomendaciones y métodos mencionan que la planificación familiar engloba a todo el conjunto de prácticas utilizadas por una pareja, mujer u hombre que tienen como objetivo controlar la reproducción y la descendencia de estos mismos, además tiene múltiples ventajas tanto para las mujeres y su familia como para la sociedad en general. En los países pobres, la planificación familiar contribuye incluso a salvar vidas y a mejorar la calidad de vida (Rogel Cayetano y Salvado, 2020).

Rogel et al Salvado (2020), indican que, gracias a la planificación familiar, las personas pueden decidir cuál es el momento adecuado para ser padres, así como el número de hijos que desean tener. De este modo, las relaciones sexuales se han desvinculado del puro hecho de tener descendencia, es decir, las parejas pueden tener sexo sin que eso implique conseguir un embarazo, además dentro de los métodos de planificación familiar, se encuentran tanto los métodos que impiden la gestación (los anticonceptivos), como aquellos que pretenden aumentar las posibilidades de conseguirla (los tratamientos de fertilidad).

Salud y Bienestar

El uso de anticonceptivos previene los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en el caso de las mujeres, en particular, las adolescentes. Además, los niños nacidos en los dos años posteriores al nacimiento de un hermano mayor tienen un 60% más de probabilidades de sufrir muerte infantil (OMS, 2023).

Empoderamiento de las Mujeres

El acceso a información sobre anticoncepción es fundamental para lograr la igualdad de género. Cuando se empodera a las mujeres y las parejas para que planifiquen si quieren tener hijos y cuándo, las mujeres están en mejores condiciones de terminar su educación; su autonomía en el hogar aumenta y su poder adquisitivo mejora. Esto refuerza su seguridad económica y su bienestar suyo y de sus familias, estos beneficios contribuyen a la reducción de la pobreza y al desarrollo. Estos beneficios fueron reconocidos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), que reclamó “el derecho del hombre y la mujer a obtener información y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación familiar de su elección”. Este acuerdo sienta las bases de una gran parte del trabajo del UNFPA (2023).

Desarrollo Sostenible

La planificación familiar es un derecho humano y una herramienta esencial para el desarrollo sostenible. A medida que avanzamos hacia un futuro más equitativo y sostenible, es crucial que continuemos promoviendo y mejorando el acceso a la planificación familiar, la misma que tiene implicaciones a nivel macroeconómico. Puede contribuir a un crecimiento de la población y un desarrollo económico sostenibles para los países (OMS, 2023).

La inversión en planificación familiar tiene beneficios económicos claros. Por cada dólar adicional invertido en anticoncepción, el costo de la atención relacionada con el embarazo se reduce en 3 dólares, según proyecciones recientes de Guttmacher, asociado del UNFPA. En cuanto respecta a los beneficios socioeconómicos, algunos estimados indican que el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad arrojará rendimientos de 120 dólares por cada dólar invertido (UNFPA, 2023).

La planificación familiar también puede ayudar a los países a lograr un “dividendo demográfico”, un impulso en la productividad económica que se produce cuando hay cada vez más personas en la fuerza de trabajo y menos personas dependientes (UNFPA, 2023).

Métodos anticonceptivos:

En esta sección, detallaremos los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, entre ellos los métodos hormonales, como la píldora anticonceptiva, los de barrera, como los condones o preservativos, y los métodos permanentes, como la esterilización.

Es importante recordar que la elección del método anticonceptivo debe ser personalizada y basada en las necesidades individuales de cada persona. Siempre es recomendable consultar a un profesional de la salud antes de tomar una decisión.

Los métodos anticonceptivos más comunes incluyen:

Preservativo masculino (condón): Es uno de los métodos anticonceptivos más populares y efectivos para prevenir embarazos no deseados y proteger contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (Gibert, 2023).

Descripción: El condón es una funda delgada y elástica que se coloca sobre el pene cuando tienes sexo. El condón (también conocido como preservativo o condón masculino) es una opción para prevenir los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). su función es proteger al pene y

recoge el semen, durante el sexo e impedir que el esperma entre a la vagina, de manera que no llegue al óvulo. Cuando el esperma y el óvulo no pueden juntarse, el embarazo no puede ocurrir (Planned Parenthood Federation of America, Inc., 2023).

Hay tres tipos de condón:

- condones de látex
- condones de plástico (no látex)
- condones de piel de cordero.

Condones de látex: Los condones de látex están hechos de goma los condones de látex son el tipo de condón más común los condones de látex ayudan a proteger contra el embarazo y las ETS. Usa únicamente lubricante a base de agua o de silicona con condones de látex. No usar nada que tenga aceite, pues puede dañar los condones de látex (Planned Parenthood, 2023).

Condones de plástico: También conocido como condón sin látex o libre de látex, los condones de plástico (sin látex) están hechos de plásticos como poliuretano, nitrilo o poliisopreno los condones de plástico (sin látex) son seguros para las personas alérgicas o sensibles al látex los condones de plástico (sin látex) ayudan a proteger contra el embarazo y las ETS puedes usar lubricante a base de agua y de silicona con cualquier tipo de condón de plástico. Usualmente se pueden usar lubricantes a base de aceite con condones de plástico. Si no sabes si es seguro usar tu lubricante con tus condones, es importante revisar las instrucciones que vienen en el paquete de condones (Planned Parenthood, 2023).

Condones de piel de cordero: También conocido como condón de piel de animal, se fabrican con el revestimiento de los intestinos de los animales (usualmente ovejas).

Los condones de piel de cordero solo ayudan a proteger contra el embarazo, no previenen las ETS, y son seguros para las personas alérgicas o sensibles al látex, se puede usar cualquier tipo de lubricante, incluyendo aceites, con los condones de piel de cordero (Planned Parenthood, 2023).

Además de ayudar a prevenir el embarazo, los condones de látex y de plástico también ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) porque cubren el pene. Cuando el pene está cubierto por un condón, hay menos contacto con el semen, los fluidos vaginales y de piel a piel, donde se pueden transmitir las ITS. Los condones de piel de cordero no pro-

tegen contra las ITS, porque la piel de cordero tiene agujeros pequeños por donde no puede pasar el semen, pero si las bacterias y los virus. Por eso, lo mejor es usar condones de látex o plástico y así prevenir tanto el embarazo como las ITS (Planned Parenthood, 2023).

Preservativo femenino: También llamado preservativo interno, es otro método de barrera cubren tu pene y recoge el semen, durante el sexo. El condón previene el embarazo al impedir que el esperma entre a la vagina, de manera que no llegue al óvulo. El uso de la combinación de las pastillas anti-conceptivas al mismo tiempo se previene el contagio de las ETS y el embarazo (Gibert, 2023). El preservativo interno, de vagina o femenino, es un método de barrera fabricado principalmente de poliuretano, que tiene una longitud de la funda de 17 cm y un diámetro de 7,8 cm. Se usa para tener prácticas sexuales seguras, al igual que el condón masculino, evita la gestación y disminuye el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (Calderón y otros, 2022).

En un estudio descriptivo sobre el “Conocimiento y mitos del preservativo interno en población de 15 a 25 años, Región Metropolitana”. Se obtuvo como resultado que tan solo un 5% de los encuestados (6/110) ha utilizado el conservante interno; en contraste, el de pene ha sido utilizado por el 79% de las personas participantes (87/110). Respecto a los mitos, un 55% de la población (60/110) afirma que al usar ambos preservativos aumenta su efectividad y concluyeron que factores como la edad y el nivel de educación sexual influyen en los conocimientos y mitos que giran alrededor del preservativo interno (Calderón y otros, 2022).

Píldora anticonceptiva: es un método anticonceptivo hormonal que se toma por vía oral. Está compuesta por hormonas sintéticas que impiden la ovulación y, por lo tanto, evitan el embarazo. Las píldoras anticonceptivas se dividen en dos tipos: las combinadas y las de solo progestina (Planned Parenthood, 2023) La efectividad anticonceptiva de la píldora es del 99 por ciento (Gibert, 2023).

Las píldoras combinadas contienen dos hormonas sintéticas: estrógeno y progestina. Estas hormonas trabajan juntas para prevenir la ovulación. Y espesan el moco cervical, lo que dificulta que los espermatozoides lleguen al óvulo (Arnott Ginecólogos, 2020).

Las píldoras de solo progestina contienen solo una hormona sintética: la progestina. Estas píldoras funcionan de manera similar a las píldoras combinadas, pero no contienen estrógeno. Las píldoras de progestina espesan el

moco cervical y, en algunos casos, pueden impedir que el óvulo se implante en el útero (Arnott Ginecólogos, 2020).

Es importante indicar que las píldoras anticonceptivas no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Siempre es recomendable usar un método de barrera, como el condón, para prevenir las ETS (Planned Parenthood, 2023).

Como tomar las píldoras anticonceptivas: Es importante seguir las indicaciones del médico o las instrucciones del paquete. Y se toman por vía oral, una vez al día, a la misma hora todos los días preferiblemente después de una comida o un refrigerio (Kaiser Permanente, 2023). En el caso de olvidar una píldora, tome la píldora olvidada tan pronto como lo recuerde. Si ha pasado más de 24 horas desde la hora habitual en que toma la píldora, siga las instrucciones del paquete o consulte a su médico (Center for Young Wome's Health, 2022).

En caso de presentar vómitos o tiene diarrea dentro de las 2 horas posteriores a la toma de la píldora, es posible que no se absorba completamente, en estos casos debe consultar al médico revisar las instrucciones del paquete. En el caso de tomar píldoras combinadas, se debe asegurar de tomar las píldoras activas en el orden correcto y no salte ninguna píldora activa, por el contrario si está tomando la píldoras de solo progestina, asegúrese de tomar la píldora a la misma hora todos los días, incluso si tiene sangrado vaginal (Kaiser Permanente, 2023).

Minipíldora: La minipíldora noretisterona es un anticonceptivo oral que contiene la hormona progestina. Los anticonceptivos orales son medicamentos que se utilizan para evitar el embarazo. Estos medicamentos también se denominan píldoras anticonceptivas.

A diferencia de las píldoras anticonceptivas combinadas, la minipíldora, que también se conoce como la píldora anticonceptiva de solo progestina, no contiene estrógeno. (Mayo Clinic, 2023) por lo que se recomienda para el periodo de lactancia (Gibert, 2023).Y es un método anticonceptivo hormonal que se toma por vía oral.

La minipíldora funciona engrosando el moco cervical y adelgazando el revestimiento del útero, lo que dificulta que los espermatozoides lleguen al óvulo y que el óvulo fecundado se implante en el útero La minipíldora también puede impedir que ovules, lo que significa que la píldora impide que los ovarios liberen un óvulo (Mayo Clinic, 2023).

Para que la minipíldora sea eficaz, es importante tomarla todos los días a la misma hora, sin saltarse ninguna dosis. Si se olvida de tomar una dosis, es importante seguir las instrucciones del paquete o consultar con su médico (Ovia Health, 2023).

La minipíldora es una opción para las personas que no pueden tomar estrógeno, como las en aquellas con antecedentes de coágulos sanguíneos, hipertensión arterial o enfermedades hepáticas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la minipíldora no protege contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Siempre es recomendable usar un método de barrera, como el condón, para prevenir las ETS (Mayo Clinic, 2023).

Puedes considerar la minipíldora en los siguientes casos:

Después del parto o estás amamantando. La minipíldora es un método seguro que se puede iniciar en cualquier momento durante el amamantamiento. No afecta a la cantidad de leche producida. Puedes comenzar a utilizar la minipíldora de inmediato al parto o dar a luz, aunque no estés amamantando.

Tienes determinados problemas de salud. Si tienes antecedentes de coágulos sanguíneos en las piernas o los pulmones, o si tienes un mayor riesgo de presentar esas afecciones, el proveedor de atención médica podrá recomendar que tomes la minipíldora. La minipíldora puede ser una buena opción si tienes hipertensión arterial o problemas de corazón.

Te preocupa tomar estrógeno. Algunas personas eligen la minipíldora por los posibles efectos secundarios de las píldoras anticonceptivas con estrógeno.

Pero la minipíldora no es la mejor opción para todas las personas. Quizás tu proveedor de atención médica no te recomiende el uso de la minipíldora en las siguientes situaciones:

Tienes o tuviste cáncer de mama.

Tienes ciertas enfermedades hepáticas.

Tienes sangrado uterino sin causa aparente.

Tomas ciertos medicamentos para la tuberculosis, para el VIH, el SIDA o para controlar las convulsiones.

Dispositivo intrauterino (DIU): Es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces y con menos efectos secundarios (Gibert, 2023).

Albán, en su investigación realizada en el 2023, sobre el uso del Dispositivo intrauterino como factor de riesgo para enfermedad pélvica inflamatoria, indica que actualmente el uso de anticonceptivos de acción prolongada ha tenido un incremento en su uso del 6 % al 17.8 %, siendo los dispositivos intrauterinos un método anticonceptivo eficaz, seguro, con buena tolerancia y reversible a largo plazo. La EPI es un síndrome clínico que compromete al endometrio, los anexos uterinos y/o el peritoneo pélvico; esta condición afecta aproximadamente al 4 % de las mujeres que se encuentran en edad fértil. Sin embargo, su uso no es muy frecuente en especial por las mujeres más jóvenes debido a la desinformación por parte de los proveedores de salud, porque lo relacionan con la EPI e ITS (Albán Barriga, 2023).

El DIU es un método anticonceptivo que se inserta en el útero para prevenir embarazos. Hay dos tipos de DIUs: el DIU de cobre (Paragard) y los DIUs hormonales (Mirena, Kyleena, Liletta y Skyla). Los DIUs son duraderos, reversibles y uno de los métodos anticonceptivos más efectivos que existen (Planned Parenthood , 2023).

El DIU de cobre no tiene hormonas y está envuelto en un fino hilo de cobre. Te protege contra embarazos hasta por 12 años. Los DIUs hormonales usan la hormona progestina para protegerte contra embarazos. La progestina es muy similar a la hormona progesterona que nuestros cuerpos producen naturalmente. El DIU Mirena funciona hasta por 8 años. El DIU Kyleena tiene una efectividad de hasta 5 años. El Liletta funciona hasta por 8 años y Skyla tiene una efectividad de hasta 3 años (Planned Parenthood , 2023).

Como se inserta el DIU

Para insertar un dispositivo intrauterino (DIU), debe ser mediante un profesional de la salud un doctor/a o enfermera/a que posterior al examen físico y la elaboración de la historia clínica, revisión de la vagina, cuello uterino y el útero, y pruebas para las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Planned Parenthood , 2023). Antes de ponerte el dispositivo intrauterino (DIU), se administra un medicamento para ayudar a abrir y/o adormecer tu cuello uterino. Para ubicar el DIU, la enfermero/a o el doctor/a introducirá un espéculo en la vagina (un aparato usado para abrirla), y después usará un colocador especial para insertar el DIU en el útero, a través de la abertura de tu cuello uterino. Normalmente el procedimiento dura menos de cinco minutos. Puedes ubicarte el DIU en cualquier momento de tu ciclo. Normalmente también puedes hacerlo inmediatamente después de un parto o un aborto (MedlinePlus en español [Internet], 2022).

Efectos secundarios del DIU

Los efectos secundarios del dispositivo intrauterino (DIU) pueden variar según el tipo de DIU que se use. Los efectos secundarios más comunes del DIU hormonal (como el DIU Mirena, Kyleena, Liletta y Skyla) son:

- Cólicos menstruales
- Manchado entre periodos
- Dolor de cabeza
- Sensibilidad en los senos
- Cambios en el estado de ánimo
- Calambres menstruales o dolor en la zona pélvica, y
- Sangrado irregular
- Dolor de espalda y calambres
- Dolor cuando se coloca el objeto

Estos síntomas pueden mejorar después de seis meses de uso. Por otro lado, los efectos secundarios más comunes del DIU de cobre son cólicos, manchado, dolor y alivio de periodos. Sin embargo, muchos de los efectos secundarios del DIU desaparecen o se sienten menos después de unos meses (Planned Parenthood, 2023). Si experimentas cólicos que no mejoran o que son realmente dolorosos, se debe consultar con los proveedores de salud de su confianza, para asegurarse que no exista alguna alteración y asegurarse de que tu DIU esté en el lugar correcto (Websalud, 2021).

El DIU puede aumentar el riesgo de un embarazo ectópico (muy poco probable al tener una fiabilidad anticonceptiva del 99%).

El DIU que libera cobre puede causar cólicos y provocar alteraciones importantes en los periodos.

El DIU que libera progestina puede causar sangrado irregular y manchado, pueden aumentar el riesgo de quistes de ovario benignos.

El DIU puede salirse de su lugar y dejar la puerta abierta al embarazo.

Diafragma: Es un capuchón de silicona que se inserta en la vagina y debe ir acompañado de espermicidas (Gibert, 2023). El diafragma es un método anticonceptivo de barrera que se utiliza para prevenir el embarazo. Es una copa de silicona blanda y poco profunda que se pone dentro de tu vagina

para cubrir el cuello uterino y evitar embarazos. Para mayor efectividad se usa con espermicida (Planned Parenthood , 2023)

Inyectable: Las inyecciones anticonceptivas tienen una alta eficacia y duran tres meses (Gibert, 2023). Los métodos anticonceptivos inyectables son una forma de anticoncepción hormonal que se administra mediante una inyección en el brazo o en la región glútea. La inyección anticonceptiva más común es la Depo-Provera, que contiene una hormona llamada progestina. La inyección se administra cada 12 o 13 semanas, dependiendo de la marca y el tipo de inyección (Planned Parenthood , 2023).

La inyección anticonceptiva es un método anticonceptivo seguro y práctico que funciona muy bien si te lo pones a tiempo. La inyección anticonceptiva es muy efectiva, con una tasa de falla del 1%. Además, la inyección anticonceptiva no contiene estrógeno, lo que la hace una buena opción para las personas que no pueden tomar estrógeno por razones médicas (Planned Parenthood , 2023)

La inyección anticonceptiva puede tener algunos efectos secundarios, como cambios en el ciclo menstrual, aumento de peso, dolores de cabeza, náuseas, sensibilidad en los senos y disminución de la densidad ósea. Sin embargo, estos efectos secundarios suelen desaparecer después de unos meses de uso (Planned Parenthood , 2023).

Parches: El parche anticonceptivo es hormonal, pero su uso es más cómodo que el de la píldora (Gibert, 2023). El parche anticonceptivo es un tipo de método anticonceptivo que contiene las hormonas estrógeno y progestina. Debes usar el parche para evitar quedar embarazada. Una vez por semana durante tres semanas, debes colocarte un pequeño parche sobre la piel, es decir que usarás un parche por un total de 21 días. Durante la cuarta semana, no debes usar el parche (esto permite que se produzca el sangrado menstrual) (Mayo Clinic, 2023).

El parche tiene el aspecto de una venda y se coloca sobre la piel del abdomen, las nalgas (glúteos), o de la parte superior del brazo o del cuerpo (pero no en un seno), libera una dosis regular de las hormonas estrógeno y progestina. Estas hormonas previenen el embarazo de tres maneras. Espesan el moco del cuello uterino. Esto hace que sea difícil que los espermatozoides se desplacen y lleguen al útero. Adelgazan el revestimiento del útero, lo que dificulta que un óvulo fertilizado se adhiera al útero. Además, las hormonas pueden impedir que los ovarios liberen un óvulo cada mes (ovulación) (Kaiser Permanente, 2023).

El parche anticonceptivo funciona de manera similar a las píldoras anticonceptivas combinadas. El parche anticonceptivo impide el embarazo mediante la liberación de hormonas en el torrente sanguíneo que evitan que los ovarios liberen un óvulo (ovulación). Además, el parche anticonceptivo espesa el moco cervical y así evita que el espermatozoide llegue al óvulo. Necesitarás una receta médica del proveedor de atención médica para usar el parche anticonceptivo. El parche no sirve como protección contra las infecciones de transmisión sexual (Kaiser Permanente, 2023).

El parche anticonceptivo es un método anticonceptivo seguro y práctico que funciona muy bien si te lo pones a tiempo. La inyección anticonceptiva es muy efectiva, con una tasa de falla del 1%. Además, la inyección anticonceptiva no contiene estrógeno, lo que la hace una buena opción para las personas que no pueden tomar estrógeno por razones médicas (Mayo Clinic, 2024).

El parche anticonceptivo puede tener algunos efectos secundarios, como cambios en el ciclo menstrual, aumento de peso, dolores de cabeza, náuseas, sensibilidad en los senos y disminución de la densidad ósea. Sin embargo, estos efectos secundarios suelen desaparecer después de unos meses de uso (Mayo Clinic, 2023).

En la investigación realizada por Hosden y otros (2023), sobre los parches transdérmicos anticonceptivos: Evaluación de tecnología sanitaria, se obtuvo como resultado, que el único parche autorizado en Argentina para su comercialización libera 33,9 µg/día de etinilestradiol y 203 µg/día de norelgestromina. Su prospecto en Argentina, EE.UU. y Europa lo asocia al doble de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa si se compara con las píldoras anticonceptivas que provee el Estado. Esto coincide con resultados de estudios de cohortes de alta calidad. Los parches proveen similar eficacia anticonceptiva a corto plazo, pero con altas tasas de abandono en el seguimiento. La Organización Mundial de la Salud no los ha incluido en su listado de medicamentos esenciales. Los parches son más costosos que otros métodos disponibles.

Vasectomía: Es la versión masculina de la ligadura de trompas y también es permanente (Gibert, 2023). La vasectomía es un método anticonceptivo permanente para hombres que consiste en cortar o bloquear los conductos deferentes que transportan los espermatozoides, para que no puedan salir del cuerpo y así evitar el embarazo. Es un procedimiento quirúrgico seguro y efectivo que se realiza en un consultorio, hospital o clínica, y normalmente dura menos de 30 minutos. La vasectomía es un método anticonceptivo muy efectivo, con una tasa de falla menor al 1% (Planned Parenthood, 2023). Sin

embargo, la vasectomía no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS/ETS), incluido el VIH.

Debería poder volver a su hogar tan pronto como termine la vasectomía. Es posible que tenga algo de dolor que puede ser controlado con analgésicos (medicamentos para el dolor) de venta libre. Será necesario que use un método anticonceptivo confiable hasta que el médico esté seguro de que el semen ya no contiene espermatozoides. Esto se verifica generalmente de 6 a 8 semanas después de la vasectomía.

La vasectomía no afectará el placer de las relaciones sexuales. No reducirá sus niveles de testosterona. La atención de seguimiento es una parte clave de su tratamiento y seguridad. Asegúrese de hacer y acudir a todas las citas, y llame a su médico si está teniendo problemas. También es una buena idea saber los resultados de sus exámenes y mantener una lista de los medicamentos que toma.

Los implantes anticonceptivos

Son un método a largo plazo y reversible de control de la natalidad. Son varillas plásticas flexibles del tamaño de una cerilla que se colocan debajo de la piel en la parte superior del brazo. El implante libera una dosis baja y regular de la hormona progestina (Mayo Clinic, 2024).

La progestina previene el embarazo de dos maneras:

1. Inhibe la ovulación.
2. Aumenta el grosor de la mucosidad del cuello del útero, lo que dificulta que los espermatozoides lleguen a un óvulo (Mayo Clinic, 2024).
3. Reduce el grosor de la membrana que recubre el útero, de modo que, si un espermatozoide llega a un óvulo, le resultará más difícil al óvulo fecundado adherirse al útero (Mayo Clinic, 2024).

Los beneficios del implante incluyen

- Es reversible. Un proveedor de atención médica puede extraer el implante en cualquier momento si decides que no es adecuado para ti o si quieres quedar embarazada (Mayo Clinic, 2024).
- No tienes que pensar en ello. Deberás reemplazarlo cada tres años.
- Tú tienes el control de tu método anticonceptivo.
- No contiene estrógenos.

- Permite recuperar la fertilidad rápidamente (Mayo Clinic, 2024).
- Tiene una efectividad de más del 99% (Clínicas de aborto en Mexico, 2023).

Sin embargo, los implantes anticonceptivos no son adecuados para todas las personas. Tu equipo de atención médica puede sugerirte otro método anticonceptivo si tienes alguna de las siguientes afecciones (Mayo Clinic, 2024).

- Alergias a alguno de los componentes del implante.
- Antecedentes de coágulos sanguíneos graves, ataque cardíaco o accidente cerebrovascular.
- Tumores o enfermedades en el hígado.
- Antecedentes de cáncer de mama o posibilidad de tenerlo.
- Sangrado fuera de tu periodo normal que no fue controlado por un proveedor de atención médica (Mayo Clinic, 2024).

Es importante recordar que el implante anticonceptivo no te protege contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Por lo tanto, usar condones y el implante al mismo tiempo es la mejor manera de evitar estas infecciones (Planned Parenthood, 2023).

Beneficios y riesgos:

En la investigación realizada por Torres sobre la influencia de los métodos anticonceptivos en la salud sexual de los adolescentes de 15 a 19 años del Barrio Abdón Calderón, cantón La libertad 2023. La situación del barrio Abdón Calderón del cantón La Libertad expone un notable riesgo de embarazos adolescentes y enfermedades de transmisión sexual debido al escaso uso de métodos anticonceptivos, puesto que de manera general toda la provincia tiene la tendencia a creer en tabúes que impiden que los jóvenes adquieran conocimientos adecuados sobre salud sexual en las escuelas y colegios; se debate en los establecimientos educativos también la implementación de la educación sexual a tempranas edades porque los padres de familia tienen el pensamiento que la exposición e ilustración de los menores a estos temas los estimula e incentiva a practicar actos que a su edad no es lo más conveniente ni saludable (Torres Barzola, 2023).

Huato (2023), en la investigación sobre los Factores que contribuyen al abandono precoz de los métodos anticonceptivos en planificación familiar, se obtuvo como resultados: en la regresión logística; amenorrea ($p=0.000$),

hemorragia ($p=0.001$) e irregularidad del ciclo menstrual ($p=0.000$), fueron significativos, observando que las alteraciones del ciclo menstrual son la principal causa de abandono de los métodos de planificación familiar y el estudio concluye: que la alta incidencia de efectos adversos relacionados con el uso de los métodos de planificación familiar es la causa más importante de abandono (Huato Solorio, 2023).

Referencias Bibliográficas

- Albán Barriga, M. (2023). *Dispositivo intrauterino como factor de enfermedad pélvica inflamatoria*. Tesis, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca. <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/f2a91db2-ad21-416e-adff-e6b78e544635/content>
- Arnott Ginecólogos. (20 de septiembre de 2020). *Características de la píldora Anticonceptiva*. Retrieved 18 de 12 de 2023, from ARNOTT Ginecólogos Salud de la Mujer: <https://arnottginecologos.com/blog/pildora-anticonceptiva-que-es-como-tomar/>
- borrar. (2023). Retrieved 04 de 01 de 2024, from <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/birth-control-patch/about/pac-20384553>: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/birth-control-patch/about/pac-20384553>
- Calderón, F., Astudillo, L., Contreras, C., Gainza, V., & López, C. (04 de 2022). Conocimiento y mitos del preservativo interno en población de 15 a 25 años, Región Metropolitana. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 87(3), 164-170. <https://doi.org/https://doi.org/10.24875/RE-CHOG.22000001>
- Center for Young Wome's Health. (11 de agosto de 2022). *Birth Control Pills: How to take BCPs*. Retrieved 12 de 2023, from <https://youngwomen-shealth.org/guides/birth-control-pill-instructions/>: <https://youngwomen-shealth.org/guides/birth-control-pill-instructions/>
- Clínicas de aborto en Mexico. (2023). *¿Qué es el Implante anticonceptivo subdérmico?* Retrieved 6 de 12 de 2023, from Clínica de aborto en Mexico: <https://clinicas-aborto.com.mx/metodos-anticonceptivos/implante-anticonceptivo/>
- Gibert, A. S. (2023). Retrieved 6 de 12 de 2023, from azsalud: <https://azsalud.com/salud/metodos-anticonceptivos>
- Gonzáles Labrador, I., & Miyar Pieiga, E. (Julio-agosto de 2001). Consideracio-

nes sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. *Revista cubana de medicina general integral*, 17(4), 367-378. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400010#BM_cargo

Hosden, S., Montero, G., Albornoz, F., Campo, D., Villafañe, D., & Luchetti, G. (junio de 2023). Parches transdérmicos anticonceptivos: Evaluación de tecnología sanitaria. *Revista Argentina de la Salud Pública*(15), 1-8. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1436459>

Huato Solorio, A. (2023). *Factores que contribuyen al abandono precoz de los métodos anticonceptivos en planificación familiar*. Tesis, Facultad de Medicina. Especialidad en Medicina Familiar, Queretaro. <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/8371>

Kaiser Permanente. (2023). *How to Take Birth Control Pills*. Retrieved 18 de 12 de 2023, from Healthwise, Incorporated: <https://healthy.kaiserpermanente.org/health-wellness/health-encyclopedia/he.how-to-take-birth-control-pills.tn10330>

Kaiser Permanente. (2023). *Métodos anticonceptivos hormonales: El parche*. Retrieved 04 de 01 de 2024, from Healthwise, Incorporated: <https://espanol.kaiserpermanente.org/es/health-wellness/health-encyclopedia/he.m%C3%A9todos-anticonceptivos-hormonales-el-parche.abq1382>

Mayo Clinic. (21 de marzo de 2023). *Minipíldora (píldora anticonceptiva que contiene solo progestina)*. Retrieved 18 de 12 de 2023, from Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médicas: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/minipill/about/pac-20388306>

Mayo Clinic. (9 de febrero de 2023). *Parche anticonceptivo*. Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médicas: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/birth-control-patch/about/pac-20384553>

Mayo Clinic. (2 de julio de 2024). *Implante anticonceptivo*. Retrieved 6 de 12 de 2023, from Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médicas : <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/contraceptive-implant/about/pac-20393619>

MedlinePlus en español [Internet]. (2022). *Dispositivo intrauterino (DIU)*. Retrieved 04 de 01 de 2024, from Medlineplus.gov: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007635.htm>

OMS. (5 de septiembre de 2023). *Planificación familiar/métodos anticonceptivos*. Retrieved 6 de 12 de 2023, from Organización Mundial de la Sa-

lud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

Ovia Health. (2023). *La minipíldora: Todo lo que necesitas saber*. Retrieved 18 de 12 de 2023, from Ovia health: <https://www.oviahealth.com/es/guide/261804/la-minipildora-lo-que-necesitas-saber/>

Planned Parenthood . (2023). *¿Qué es el dispositivo intrauterino (DIU) sin hormonas?* Retrieved 4 de 01 de 2024, from Planned Parenthood Federation of America Inc.: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/dispositivo-intrauterino-diu/que-es-el-dispositivo-intrauterino-diu-sin-hormonas#:~:text=Los%20DIUs%20son%20el%20anticonceptivo%20de%20emergencia%20m%C3%A1s,durante%20el%20tiempo%20que%20>

Planned Parenthood. (2023). *¿Cuáles son los beneficios del implante anticonceptivo?* Retrieved 6 de 12 de 2023, from Planned Parenthood Federation of America Inc.: [https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/implante-anticonceptivo/cuales-son-los-beneficios-de-usar-el-implante-anticonceptivo#:~:text=El%20implante%20anticonceptivo%20es%20S%C3%9APER,el%20dispositivo%20intrauterino%20\(DIU\).](https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/implante-anticonceptivo/cuales-son-los-beneficios-de-usar-el-implante-anticonceptivo#:~:text=El%20implante%20anticonceptivo%20es%20S%C3%9APER,el%20dispositivo%20intrauterino%20(DIU).)

Planned Parenthood Federation of America, Inc. (2023). *Condón*. Retrieved 12 de 12 de 2023, from Planned Parenthood: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/el-condon>

Rogel Cayetano, S., & Salvado, Z. (3 de febrero de 2020). *La planificación familiar: beneficios, recomendaciones y métodos*. Retrieved 6 de 12 de 2023, from Reproducción asistida ORG: <https://www.reproduccionasistida.org/metodos-de-planificacion-familiar/>

Torres Barzola, R. M. (2023). *Influencia de los métodos anticonceptivos en la salud sexual de los adolescentes de 15 a 19 años. Barrio Abdón Calderón. La Libertad, 2023*. Tesis, La Libertad. UPSE, Matriz. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud., La Libertad. Retrieved 04 de 01 de 2024, from <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/10512>

UNFPA. (2023). *Planificación familiar*. Retrieved 6 de 12 de 2023, from Fondo de población de las Naciones Unidas (: <https://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar#readmore-expand>

Websalud. (enero de 2021). *Efectos secundarios del DIU*. <https://websalud.es/efectos-sekundarios-del-diu/>

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Capítulo II

Cuidados integrales de las mujeres en su SSR

AUTORES: Brenda Narcisa Triviño Vera; Ángel Gustavo Álvarez Mendoza; Rosa Pinargote Chancay; Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga; Yasmin Castillo Merino; Samantha Cacao Choez; Ana Joselyn Parrales Choez



SABEREC 5.0

Planificación familiar y anticonceptivos

Brenda Narcisca Triviño Vera

El uso de métodos anticonceptivos constituye una de las principales estrategias para disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal, evitando embarazos no deseados, embarazos en adolescentes y abortos en condiciones clandestinas. Además, es una herramienta que contribuye con el desarrollo ya que mejora la salud sexual y reproductiva, mejora el acceso a la educación infantil, empodera a la mujer y contribuye a disminuir la pobreza ya que mejora las condiciones económicas (Moreno Marimón, 1992).

Actualmente el uso de métodos anticonceptivos modernos se ha incrementado a nivel mundial. En América Latina y Caribe la proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo modernos se ha mantenido en 69.7% desde el año 2018. Sin embargo, la cantidad de mujeres que no desean salir embarazadas y que no utilizan un método anticonceptivo sigue siendo alta – 214 millones de mujeres en edad fértil en países desarrollados (Busquets & Leal, 1994).

Salud Sexual

La Organización Mundial de la Salud., define a la salud sexual, como “La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexuado, por medios que sean potencialmente enriquecedora que potencian la personalidad, la comunicación y el amor” (Darroch et al., 2016).

Los derechos sexuales y reproductivos están profundamente relacionados con el desarrollo cultural y de género de un pueblo. Para esta investigación se utilizará el concepto de conductas de salud sexual y reproductiva a las definiciones mencionadas anteriormente y se interrogará a las mujeres multíparas sobre si conocen los métodos anticonceptivos y adoptan estas conductas de auto cuidado en su vida o hay una cuestión cultural y de género que les impide tomar la decisión de cuidarse en su salud sexual y reproductiva.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, subrayaron la importancia de atender las necesidades de las mujeres en lo referente a la Salud reproductiva y la Planificación Familiar (Freire et al., 2013).

Salud Sexual y Reproductiva

La Salud sexual es la relación entre hombre y mujer que se da en un ámbito corporal, de expresiones afectivas y conductas sexuales. La Salud Reproductiva es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura y la libertad de decidir en todos los aspectos relacionados con la procreación.

La salud reproductiva involucra condiciones de la mujer biológicas, psicológicas, sociales y culturales que la preparan para tener hijos. Aquí se inicia la vida de un ser desde la maternidad hasta el final de su fertilidad más o menos a los 50 años (INEC, 2018).

Todo lo mencionado, como hemos visto, no se ha logrado todavía se requiere de la ayuda del Estado para controlar y poner en marcha el cumplimiento de dicha ley pues solo se puede observar la inequidad en salud en nuestro país. Toda mujer que solicita servicios de salud reproductiva aporta con ella toda la historia de su vida. Una historia que deberíamos estar dispuestos a escuchar con respeto porque puede tener información vital para la salud y el bienestar de la mujer. Hay muchos aspectos de la vida de la mujer que influyen en su salud reproductiva, incluida la relación que tiene con su compañero y su entendimiento y creencias acerca de la sexualidad. Las creencias culturales relativas a la vida sexual que debe tener una mujer pueden influir en la actitud que tiene respecto a su sexualidad (Guidelines Review Committee, Sexual and Reproductive Health and Research (SRH), 2018).

Un estudio realizado en Egipto sobre cómo influyen las charlas relativas a sexualidad de los profesionales de salud, enfermeras y médicos en su práctica para mejorar la salud reproductiva. El estudio se llevó a cabo en un grupo de enfermeras y médicos que asistieron a una capacitación de una semana sobre anticoncepción, sexualidad, cuestiones de género y asesoramiento. Al evaluar los efectos de la capacitación y la coherencia de los resultados, se entrevistaron a 503 clientas en los lugares de control que se hicieron la intervención con la capacitación adicional se determinaron que las usuarias que acudieron a su control con los profesionales capacitados recibieron un mejor asesoramiento en cuanto a sexualidad y anticoncepción, se sintieron más contenidas y menos inhibidas al hablar de sexualidad. Tres de cada cuatro clientas demostraron que las mujeres aceptaron mejor el diálogo sobre sexualidad con los profesionales capacitados donde se estableció mayor confianza y esto permitió abordar todas las inquietudes acerca de la sexualidad (OMS, 2023).

Estereotipos ponen en peligro la salud sexual

Se retan a los criterios tradicionales para fomentar el comportamiento sexual de menor riesgo. El género tiene una influencia tan poderosa sobre el comportamiento sexual que algunos expertos creen que poner en tela de juicio los puntos de vista tradicionales de la masculinidad y feminidad es esencial para promover la salud sexual. Los estereotipos de género de mujeres sumisas y hombres poderosos pueden restringir el acceso a la información, entorpecen la comunicación y promueven el comportamiento de riesgo en las mujeres y los hombres en formas diferentes, pero igualmente peligrosas (UN DESA, 2018). Los proyectos como el de “Vivamos Hoy para Mañana”, alientan a hombres y mujeres a cuestionar y modificar las creencias relativas al género que rigen el comportamiento sexual. Estos proyectos son relativamente nuevos y pocos, pero su experiencia indica que los jóvenes, en particular, están dispuestos a reconsiderar los papeles de género que sus sociedades han establecido para ellos. Esta amplitud es importante porque los patrones de comportamiento sexual y reproductivo que los jóvenes adoptados durante la adolescencia tendrán efectos duraderos en su salud y bienestar futuros.

Reproducción

El ser humano, como los primates superiores tiene una fecundidad limitada, un período de gestación prolongado y una etapa más prolongada aún de maduración fuera del ámbito materno, o sea que el aparato de reproducción comienza con la mujer, el embarazo, el parto y los cuidados del niño. La ginecología que se ocupa de todo este proceso de reproducción debe cambiar y agregar a su atención la humanización y modificar su práctica complementando los cuidados con otras disciplinas para brindar una mejor calidad de atención a las mujeres. Pero también surge un problema con este nuevo conocimiento científico de la reproducción tal vez se halla mal instrumentado o utilizado, influyendo en fomentar o limitar y aún reemplazar la reproducción nos estamos refiriendo al desarrollo en los avances sobre tratamientos de esterilidad, de la anticoncepción y la fertilidad artificial (UNICEF, 2019).

Sexo y reproducción: una visión antropológica

La conducta humana en la esfera sexual y reproductiva, ha sido motivo de varios estudios antropológicos lo cual concluyen en que aparecen diferencias significativas, conductas tan variadas que ponen en duda las imágenes tradicionales del hombre y la mujer. Para la mujer el acto sexual constituye en el amor y la fusión completa de la gestación, el parto y la lactancia. La ginecología antropológica estudia el sujeto que tiene delante –la mujer– y ellos se

preguntan: ¿qué es ser mujer? o sino mejor ¿quién es la mujer? “Es llamativo que gran parte de las observaciones de la antropología se refieren a las características que hacen a la diferencia entre el varón y la mujer y, desde ya, a las vinculadas en la reproducción y al rol de cada uno en dicha función”. “La materia de estudio de un antropólogo está constituida por la conducta de personas que viven juntas según costumbres que han aprendido de sus antepasados” (González Merlo, 2000).

Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos (MAC) son dispositivos, procedimientos y técnicas que permiten evitar una gestación no deseada y en el caso el condón masculino y femenino, además evitan el contagio de infecciones de transmisión sexual. Se pueden clasificar en métodos temporales, definitivos y de emergencia.

Dentro de los métodos temporales existen (i) los métodos tradicionales, entre los que se encuentra la abstinencia periódica y la lactancia materna exclusiva; y (ii) los métodos modernos como los de barrera, los hormonales y los dispositivos intrauterinos. Dentro de los métodos definitivos está la anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina y femenina (Napolitano et al., 1996).

Métodos temporales

Métodos tradicionales

a) Métodos de abstinencia periódica: Se basa en el reconocimiento de los signos y síntomas de los días de fertilidad y así evitar tener relaciones durante este periodo o usar un método anticonceptivo auxiliar. Para esto se toma en cuenta los últimos 6 ciclos menstruales de la mujer, el día probable de ovulación y los días de vida del espermatozoide dentro del tracto genital femenino.

Dentro de los métodos de abstinencia periódica se incluyen: Método del calendario, método del moco cervical o Billings y el método del collar (Montero V., 2011).

Método del calendario: Algunas organizaciones promueven este método afirmando que es un método de efectividad comparable con la eficacia de los métodos modernos, sin embargo, la evidencia no respalda esto ya que la efectividad puede reducirse en caso de que durante los días mencionados como fértiles se mantengan relaciones con métodos de barrera o se use el coito interrumpido.

Método del moco cervical o Billings:

Se basa en el control de las características del moco cervical. Las características del moco cervical se relacionan directamente con los cambios hormonales propios del ciclo menstrual. Su efectividad es similar a la del método del calendario.

Método de los días fijos o del Collar:

Se basa en el uso de un collar con cuentas cuyos colores indican días fértiles. Este método requiere que la mujer recuerde mover un indicador por el collar cada día. Se estima que la efectividad de este método es de hasta 95%, sin embargo, gran porcentaje de las mujeres que participaron en el estudio que respalda esta efectividad utilizaron el collar y el método de calendario de manera simultánea (Freire et al., 2013).

Método de Lactancia Materna exclusiva

Según una revisión sistemática realizada en el año 2015, el método de la lactancia exclusiva surgió como un método anticonceptivo seguro y una opción para retrasar el uso de métodos anticonceptivos regulares. Este método es uno de los más promocionados en países con ingresos bajos o aquellos en los que el uso de otros métodos anticonceptivos es limitado, y tiene la ventaja de promover la lactancia materna (INEC, 2018).

Métodos modernos

Método de Barrera

En la actualidad los métodos de barrera son más usados debido a que ayudan a prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS), además son conocidos por tener menos efectos secundarios por lo que pueden ser utilizados por la mayoría de las mujeres. Son métodos fáciles de usar, sin embargo, la eficacia de estos métodos puede variar si hay un uso correcto o no (Napolitano et al., 1996).

Condón masculino

Es el único método anticonceptivo reversible que puede ser usado por el varón. Existen diversas barreras que limitan el uso del preservativo masculino, entre ellos están la perspectiva de ineficacia del método, la falta de privacidad para comprarlo en tiendas, incomodidad en el uso, disminución en el placer sexual, uso de alcohol por parte del varón, rechazo del uso del método, ansiedad y no disponibilidad en el momento del coito.

Condón femenino

No existe mucha evidencia que este método tenga similar eficacia que el condón masculino para prevenir la transmisión de infecciones sexuales. En la India, el uso de este método fue inicialmente enfocado en trabajadoras sexuales por lo que tuvo poca aceptabilidad por parte de la población (González Merlo, 2000).

Métodos Hormonales

Métodos reversibles mayormente dirigidos a mujeres, sin embargo, se vienen desarrollando diferentes alternativas para varones que podrían ser utilizadas a futuro. Dentro de los métodos hormonales se incluyen los métodos combinados y los de solo progestágeno.

Métodos combinados

Inyectables: Es uno de los métodos de preferencia por las adolescentes debido a su eficacia, accesibilidad, tasa de continuidad y bajo riesgo de efectos adversos. Así mismo, elegido por la confidencialidad y la propia percepción de olvido en la toma de otros métodos como las píldoras anticonceptivas. Este método fue de gran utilidad en el caso de pacientes con problemas de alcohol y problemas mentales (Darroch y otros, 2016).

Métodos combinados

Inyectables, implantes subdérmicos, parches anticonceptivos son métodos de preferencia por las adolescentes debido a su eficacia, accesibilidad, tasa de continuidad y bajo riesgo de efectos adversos. Así mismo, elegido por la confidencialidad y la propia percepción de olvido en la toma de otros métodos como las píldoras anticonceptivas. Este método fue de gran utilidad en el caso de pacientes con problemas de alcohol y problemas mentales (Darroch y otros, 2016).

Píldoras: En sus primeras presentaciones, los anticonceptivos orales combinados (AOC) contenían altas dosis de estrógenos lo que hacía que las usuarias tuvieron mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares. Con el paso de los años las dosis se han reducido mejorando la seguridad de este método.

La Planificación Familiar

Cuando el matrimonio, ejercitando la paternidad responsable, busca posterga o limita la llegada de los hijos, tiene la posibilidad de recurrir a los métodos de planificación familiar. La planificación familiar representa un estilo de

vida que ayuda a los cónyuges a alcanzar su plenitud, por lo tanto, no debe ser reducida la educación el asesoramiento y consejería es primordial. Para poder utilizar estos métodos es necesario que: La mujer y su pareja estén educados para llevarlo a cabo, si el objetivo es evitar el embarazo.

La planificación familiar se ha definido como el derecho de las personas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos (González Merlo, 2000).

Toda decisión debe tomarse y realizarse con el total consentimiento de la pareja y educando sobre los diferentes Métodos Anticonceptivos (MAC), para regular la reproducción y mantener la Salud Sexual (SS) y la Salud Reproductiva (SR) eligiendo lo mejor para la familia.

Para reflexionar sobre la Planificación Familiar de hoy en día debemos tener en cuenta que es uno de los temas que todavía no se alcanza a difundir totalmente en las parroquias rurales de La América y La Unión específicamente en las adolescentes y las mujeres con capacidad de gestar.

Se debería utilizar herramientas tecnológicas de la información y comunicación implementando información innovadora sobre el uso de los métodos anticonceptivos y asesoría global sobre planificación familiar, la educación es el instrumento que debemos utilizar para aplicar este nuevo concepto en la vida de las personas para orientar y aconsejar a las familias, parejas a cambiar conductas sexuales donde se rijan por normas morales y culturales donde existen factores sociales, económicos, que también influyen a la hora de decidir tener un hijo (Busquets & Leal, 1994).

Instrucciones para la sexualidad

La sexualidad puede definirse como el carácter de feminidad o masculinidad. El desarrollo de la sexualidad incluye el desarrollo de un individuo tanto mujer como varón, donde alcanzan una vida adulta, madura y responsable además de una buena relación con otros individuos y con la sociedad.

El desarrollo de la sexualidad incluye el desarrollo de nuestras características como personas adultas, maduras y responsables. Forma parte integral de cada persona y su relación con la sociedad, es decir, implica el desarrollo de estándares de autovaloración y aceptación de la responsabilidad de las acciones personales (Freire y otros, 2013).

Educación y prevención

Mediante un proceso de orientación y comprensión de las conductas de salud sexual y reproductiva se aconsejará con el fin de ayudar a las mujeres y a su familia a asumir la responsabilidad de su propia salud y la de los demás. Para cambiar conductas es necesario que cambien las personas su cultura.

Actualmente vivimos en una comunidad social donde se prioriza el utilitarismo, el afán de dominar y poseer y pensamos que podemos disponer arbitrariamente de todos los seres que tratamos, como si fueran objetos. Esto nos impide dar a los distintos aspectos de nuestras vidas el valor que corresponde. Por eso nuestra conducta de profesionales debe ser analizada para transmitir fidelidad y confianza nuevamente y lograr de los pacientes una participación, creatividad para que interpreten lo importante de cuidar la salud y comprendan tanto hombre como mujer que la salud reproductiva es entre dos. Este es nuestro desafío que hoy debemos promover educando y buscando estrategias que se puedan aplicar a estas parroquias rurales del Cantón Jipijapa (Napolitano y otros, 1996).

Referencias Bibliográficas

- Busquets, M., & Leal, A. (1994). Relaciones interpersonales, diversidad del grupo y diversidad individual. *Infancia y Sociedad: Revista de estudios*(27-28), 217-231. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4354012>
- Darroch, J. E., Woog, V., & Bankole, A. A. (2016). *Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents in Developing Regions*. 4 Guttmacher Institute.
- Freire, W. ..., Ramírez, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, M., Romero, N., . . . Monge, R. (2013). *RESUMEN EJECUTIVO. TOMO I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013*. Quito: Ministerio de Salud Pública/Intituto Nacional de Estadística y Censos. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Publicacion%20ENSANUT%202011-2013%20tomo%201.pdf
- González Merlo, J. (2000). *Ginecología oncológica. Segunda edición*. España: Masson.

- Guidelines Review Committee, Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565400>
- INEC. (2018). *Manual de Mujeres en Edad Fértil - MEF. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/Resumen.png>
- Montero V., A. (2011). Anticoncepción en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 59-67. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70393-5](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70393-5)
- Moreno Marimón, M. (1992). *Del silencio a la palabra. coeducación y reforma educativa*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Napolitano, P. G., Vu, K., & Rosa, C. (1996). Pregnancy after failed tubal sterilization. *The Journal of reproductive medicine*, 41(8), 609-613.
- OMS. (5 de septiembre de 2023). *Planificación familiar/métodos anticonceptivos*. Organización Mundial de la Salud: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception#:~:text=Datos%20y%20cifras,satisfecha%20de%20anticoncepci%C3%B3n%20\(1\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception#:~:text=Datos%20y%20cifras,satisfecha%20de%20anticoncepci%C3%B3n%20(1).)
- UN DESA. (2018). *E-Handbook on Sustainable Development Goals Indicators*. UN DESA. <https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook>
- UNICEF. (2019). *Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe*. UNICEF. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. <https://www.unicef.org/lac/media/7301/file/PDF%20Perfil%20del%20matrimonio%20infantil%20y%20las%20uniones%20tempranas%20en%20ALC.pdf>

Embarazo adolescente en zonas rurales, tasas, causas y consecuencias y salud sexual y reproductiva

Ángel Gustavo Álvarez Mendoza

La población rural a nivel mundial, se enfrentan a importantes déficits en cuanto a conductas y resultados en materia de salud, un acceso limitado a la atención sanitaria comunitaria, y una exposición a condiciones de vida insalubres en el hogar y el trabajo. Las altas tasas de mortalidad rural por abuso de drogas, alcoholismo y suicidio ponen de relieve una nueva “geografía de la desesperación” y dan urgencia al objetivo del informe Healthy People 2020 de eliminar las desigualdades espaciales persistentes. Lamentablemente, hoy en día las mujeres rurales suelen quedar “rezagadas” en esos debates, especialmente en los asuntos que más las afectan, como la salud reproductiva y la maternidad temprana (Byonanebye et al., 2020).

De hecho, el boletín informativo de 2016 emitido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) marcó el primer informe gubernamental sobre disparidades rurales-urbanas en las tasas de natalidad en los adolescentes. Por lo tanto, las tasas de natalidad adolescente en las zonas rurales son aproximadamente un tercio más altas que en las zonas urbanas. Estos informes pusieron el foco nacional en las grandes y persistentes disparidades rurales-urbanas en las tasas de natalidad adolescente (Byonanebye et al., 2020).

La tasa de fecundidad específica entre adolescentes se ha reducido un 11,6% en las dos últimas décadas, con grandes variaciones entre países: aproximadamente un 2% en China, cerca de un 18% en América Latina y el Caribe, y más del 50% en África subsahariana. Sin embargo, en los países de ingresos bajos y medios, la natalidad entre adolescentes sigue aumentando, a pesar de las intervenciones públicas que se ejecutan en los servicios sanitarios (Senkyire et al., 2022).

En países de altos ingresos, las tasas de embarazos adolescentes son más bajas, debido a factores socioeconómicos y culturales. Sin embargo, aún son altas en algunos entornos. En España, la tasa de fecundidad adolescente en mujeres entre 15 y 19 años es del 0,73%, a pesar del nivel sociocultural, la implementación de programas de educación sexual y la disponibilidad de información anticonceptiva. Algunos datos evidencian que la tasa de embarazos adolescentes no planificados puede alcanzar el 29,8% en España. Incluso en entornos con un sistema de salud consolidado, los embarazos adolescentes no están exentos de complicaciones. Por lo tanto, es necesario ampliar el

conocimiento sobre el riesgo de complicaciones materno-fetales en los embarazos adolescentes y sus determinantes (de la Calle et al., 2021).

En la Unión Europea (EU), según datos publicados por EUROSTAT, Rumanía y Bulgaria tienen la mayor proporción de embarazos adolescentes, es así, que la tasa de mortalidad infantil fue de ocho por mil, casi el doble de la tasa media de la UE, según el Instituto Nacional de Estadística de Rumanía. Al mismo tiempo, había 41.000 mujeres que no habían recibido visitas médicas durante el embarazo, algunas por pobreza y otras por el difícil acceso a los consultorios médicos y finalmente 18.500 madres eran adolescentes. De la misma forma, un estudio publicado por Sriyasak et al. muestra que las madres adolescentes lucharon con cambios inesperados en sus vidas y los padres adolescentes experimentaron cambios en las expectativas de rol y responsabilidad (Manolescu et al., 2019).

Los riesgos para la salud de los recién nacidos por embarazos en la adolescencia pueden deberse a la falta de una dieta adecuada durante el embarazo debido a la falta de programas de educación sanitaria, especialmente en las zonas rurales y sus alrededores. En las adolescentes menores de 13 años, pueden producirse muchos problemas de salud en el neonato debido a la inmadurez del cuerpo de la madre. Rumanía ocupa el primer lugar en embarazos de adolescentes en Europa en 2015, según un informe publicado en 2018, hubo un 9,78% de embarazos de adolescentes del número total de nacimientos en 2015 (Manolescu et al., 2019).

Así mismo, de las adolescentes entre 15 y 19 años, en Rumanía, cada año, entre el 5% y el 10% quedan embarazadas. La tasa de natalidad de estas adolescentes aumentaba constantemente según estudios anteriores. Desde un punto de vista médico, la adolescencia temprana no está preparada anatómicamente y fisiológicamente para reproducirse sin riesgos, además, se asocia a una mayor incidencia de complicaciones maternas y, en particular, fetales, además de agravar los problemas socioeconómicos que se observan con frecuencia en este grupo de edad (Manolescu et al., 2019).

El sur de Asia ha reportado la segunda tasa más alta de embarazo adolescente después del África subsahariana. Los países del surasiático tienen diferentes edades mínimas legales para el matrimonio de las niñas (Nepal: mínimo 20 años; Bután, Bangladesh, India, Maldivas y Sri Lanka: mínimo 18 años; Afganistán: mínimo 16 años; Pakistán: mínimo 16 años, excepto en la provincia de Sindh, donde la edad mínima para el matrimonio es de 18 años) (Poudel et al., 2023).

De la misma forma, en Nepal, los adolescentes de 10 a 19 años representan 6,38 millones de una población total de 28,5 millones. Entre 1996 y 2011, la tasa de embarazo adolescente disminuyó del 24% al 17%, pero la edad media del primer embarazo se mantuvo en 16,2 años. En Nepal, la edad mínima legal para contraer matrimonio para una mujer es de 20 años. Sin embargo, el matrimonio infantil sigue siendo frecuente y el 29% de las mujeres se casan antes de cumplir los 20 años. El embarazo adolescente conlleva un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal en las comunidades rurales (Maharjan et al., 2019)

El nacimiento en la adolescencia es un factor de riesgo importante para los resultados adversos del embarazo y tiene un impacto negativo significativo en el bienestar futuro del bebé, así como de la madre. Se ha documentado bien que los resultados maternos y perinatales adversos del embarazo adolescente están asociados con bajo peso al nacer, parto prematuro, muerte perinatal y materna y asfixia neonatal en países de ingresos bajos y altos. India tiene la población adolescente más grande del mundo con 253 millones de adolescentes de 10 a 19 años (Shri et al., 2023).

Las estimaciones de la 4.^a Encuesta Nacional de Salud Familiar indican que se produjeron 11,8 millones de embarazos de adolescentes en India. Se proyecta que para 2036, los adolescentes constituirán el 23% y el 16% de la población de Bihar y Uttar Pradesh respectivamente. Las últimas estimaciones indican que el 11% y el tres por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de Bihar y Uttar Pradesh respectivamente han comenzado a tener hijos. Además, a pesar de la adopción de varias políticas y programas destinados a mejorar la salud materna e infantil en el país, se ha registrado un desempeño deficiente en atención prenatal y posparto (Shri et al., 2023).

Los datos de África revelan lo siguiente: en Zambia, el embarazo en la adolescencia ha mostrado una disminución general de solo el 2% en un período de más de una década y media. En Uganda, las adolescentes contribuyeron sustancialmente a los nacimientos vivos (26,7%), los mortinatos (19,2%), los lactantes con bajo peso al nacer (42,7%) y las derivaciones (17,3%). En Tanzania, el embarazo adolescente aumentó entre 2010 y 2016. La tasa de prevalencia de embarazos adolescentes parece estar aumentando, especialmente en las comunidades rurales de Zimbabwe (Zemene et al., 2024).

Numerosos factores contribuyen a las altas tasas de embarazos adolescentes en el África subsahariana. Los tres temas principales identificados por los estudios como factores que afectan los embarazos adolescentes son las

variables sociales y económicas, personales y relacionadas con los servicios de salud. Las tasas de embarazo adolescente pueden reducirse mediante la concienciación de la comunidad, una educación integral sobre salud sexual y la garantía de la educación de las mujeres (Zemene et al., 2024).

La fecundidad adolescente se considera un problema de salud pública complejo en el contexto de la creciente población adolescente en las regiones del Sudeste Asiático y África. Si bien la atención sanitaria universal es clave para reducir las desigualdades en materia de salud, incluso los países con sistemas de salud pública exitosos han fracasado en la reducción de las tasas de embarazo adolescente (Nkhoma et al., 2020).

Sin embargo, la tasa de fertilidad adolescente se ha estancado alrededor de 30 por 1,000 adolescentes durante las últimas cuatro décadas en Sri Lanka, lo que plantea preocupaciones sobre la efectividad de las intervenciones existentes. Los datos nacionales sobre embarazos adolescentes revelan una prevalencia del 4.4%, que ha mostrado una mejora muy lenta en los últimos años ascendiendo a alrededor del 20% de los embarazos adolescentes ocurriendo entre adolescentes menores de 17 años (Nkhoma et al., 2020).

El embarazo adolescente es un factor demográfico importante y muy frecuente en Etiopía. Según los resultados de la Encuesta demográfica y de salud de Etiopía de 2016, la prevalencia del embarazo adolescente fue del 13%. Varía según la residencia: el 5% en las zonas urbanas y el 15% en las rurales. Además, se observan disparidades entre las regiones: la más alta, con un 23%, se da en Afar y la más baja, con un 3%, en Adís Abeba. Además, la proporción varía con la edad: aumentó rápidamente del 2% entre las mujeres de 15 años al 28% entre las de 19 años. El embarazo adolescente sigue siendo un importante problema demográfico y de salud pública en el país (Kumma et al., 2023).

El embarazo adolescente sigue siendo un importante problema demográfico y de salud pública en Etiopía. Diversos informes y publicaciones actuales han identificado determinantes del embarazo adolescente, como no vivir con los padres, bajo nivel socioeconómico, relaciones sexuales tempranas y un bajo nivel de conocimiento sobre anticoncepción (Kumma et al., 2023).

La narrativa no es diferente en Ghana, donde entre todos los nacimientos registrados en 2014, el 30% fueron de madres adolescentes, con la prevalencia más alta en el entorno rural. Además, solo en 2017, cerca del 14% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya habían comenzado a tener hijos. En conjunto, el embarazo adolescente contribuye a alrededor del 9% de la mortalidad materna en Ghana (Senkyire et al., 2022).

En 2021, los Estados Unidos (EEUU) tuvo una tasa de natalidad de 14,4 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años, esto se debe a su constante descenso desde el pico de natalidad entre adolescentes a principios del siglo XX. Aunque, las gestaciones a temprana edad han disminuido en todas las zonas de EEUU, pero la disminución ha tenido mayor impacto en las comunidades urbanas, por lo contrario, en las zonas rurales ha sido muy lenta, debido a que tienen menos recursos y oportunidades socioeconómicas en su población (Baney et al., 2022).

Debido a estas circunstancias, se toma, por ejemplo, que los adolescentes rurales suelen tener pocas oportunidades de recibir educación sobre salud sexual y tienen una educación limitada sobre salud reproductiva. Las comunidades rurales también pueden tener servicios de atención sanitaria reproductiva limitados y los adolescentes pueden no sentirse cómodos utilizando los servicios que están disponibles, es por ello, que son vulnerables a las condiciones locales que limitan las opciones de gestión de embarazos no deseados (Baney et al., 2022).

América Latina y el Caribe (ALC) es una de las regiones con las tasas de embarazo adolescente más altas del mundo: hay 59 embarazos por cada 1.000 mujeres adolescentes (15-19 años). En comparación, Europa Occidental, Europa Oriental y Asia Central y América del Norte tienen 8, 19 y 14 nacimientos por cada 1.000 adolescentes y mujeres jóvenes de 15 a 19 años, respectivamente. En Ecuador, hay 64 embarazos por cada 1.000 mujeres adolescentes (Tituaña et al., 2024).

En 2020, la República Dominicana ocupó el puesto 88 entre 189 países en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con una puntuación de 0,756, lo que indica un alto nivel de desarrollo humano. Sin embargo, la tasa de embarazo adolescente en el pueblo dominicano, que se sitúa en 93,03 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años; cuyos datos no se corresponde con los países de su región circundante que comparten rasgos económicos y culturales similares. Más bien, se parece más a las naciones de África subsahariana y el sur de Asia, caracterizadas por indicadores de desarrollo menos favorables. no se alinea con los países de su región circundante con características económicas y culturales similares (González-Rodríguez et al., 2024)to develop a specific indicator for this age group and describing the related factors.\n\nMethods\n\nThis is an exploratory ecological study, based on secondary data sources, such as birth records from the National Statistics Office (NSO).

El embarazo adolescente en República Dominicana es un problema epidemiológico y socioeconómico importante, particularmente cuando ocurre durante la adolescencia temprana. Un estudio realizado en un hospital de Santo Domingo en 2017 encontró que el 3% de las adolescentes embarazadas tenían entre 13 y 14 años. Estos embarazos pueden ser resultado de una agresión sexual o de relaciones sexuales consentidas en las que la niña desconocía las consecuencias o no podía evitarlas debido a la falta de educación sexual o al acceso limitado a métodos de prevención del embarazo y anticoncepción de emergencia (González-Rodríguez et al., 2024)to develop a specific indicator for this age group and describing the related factors.\n\nMethods\nThis is an exploratory ecological study, based on secondary data sources, such as birth records from the National Statistics Office (NSO).

En Brasil, la tasa de maternidad adolescente fue más alta en el pasado, con una disminución ocurriendo desde el año 2000, pero los datos del Ministerio de Salud muestran que el número de niños nacidos de madres adolescentes en Brasil es uno de los más altos, en comparación con los países de América Latina y el Caribe, con 68,4 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes y mujeres jóvenes (6,8%). En 2015, el 18% de los nacidos vivos incluyeron niños nacidos de madres de hasta 19 años, el 0,9% de madres de 10 a 14 años y el 17,3% de madres de 15 a 19 años. Entre las poblaciones jóvenes, la baja alfabetización en salud sexual y reproductiva se asocia con embarazos no deseados que, a su vez, se asocian con resultados sociales y de salud adversos para la madre y el niño (Bruno et al., 2021).

Por ello, en Colombia, una de cada cinco mujeres menores de 19 años ha pasado por un embarazo, por lo que, comparando los hallazgos de informes mundiales que muestran que el 10% de las mujeres jóvenes en ese grupo de edad ha tenido un parto. Además, esta nación es considerado un país con una alta tasa de embarazo adolescente (Palacios-Perdomo & Acosta-Ramírez, 2021).

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia, en 2019, nacieron 4713 niños de madres entre 10 y 14 años, y 116.609 de madres entre 15 y 19 años. Por lo consiguiente, el embarazo adolescente en las áreas rurales representa el 24% de todos los partos, y el 15,1% ocurre en áreas urbana. En general, el fenómeno del embarazo adolescente es relevante por sus implicaciones sociales y de salud, pues se relaciona con la deserción escolar y el aumento de la mortalidad materna (Palacios-Perdomo & Acosta-Ramírez, 2021).

La población indígena en todo el mundo alcanza los 370 a 500 millones, lo que representa una gran diversidad cultural. Sin embargo, son uno de los grupos más discriminados. En Perú, se ubican en la Amazonía, contando con aproximadamente un tercio de millón. De este grupo, alrededor del 50% son menores de 15 años. La mayoría de los factores de riesgo del embarazo adolescente se encuentran en las comunidades indígenas, donde las personas están expuestas debido a barreras sociodemográficas. En las zonas rurales, el bajo nivel socioeconómico y la falta de acceso a la educación se asocian comúnmente. Junto con las características sociodemográficas, los antecedentes familiares, como la experiencia previa de un pariente cercano con un embarazo adolescente, la violencia doméstica e incluso el acoso sexual también son factores asociados (Mejía et al., 2021).

En relación al Ecuador, la población indígena rural representa el 7,7% de la población total del país (16' 938.986) e históricamente ha sido más vulnerable al embarazo adolescente. Esta vulnerabilidad se agravó en el año 2014 cuando nuevas restricciones al programa Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) restringieron los servicios de salud reproductiva para mujeres adolescentes, lo que llevó a un aumento de la tasa de natalidad de 8,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres en los cantones con mayor concentración indígena, aumentando los indicadores de madres a temprana edad (Tituaña et al., 2024).

Los factores que contribuyen al embarazo adolescente son multifactoriales y van desde el comportamiento individual, las tradiciones y los factores socioculturales hasta los de naturaleza religiosa. Indiscutiblemente, el bajo nivel socioeconómico, la educación limitada y la actividad sexual temprana pueden perpetuar el embarazo adolescente. Además, la débil implementación de la Ley del Código Penal (que penaliza las relaciones sexuales con niñas menores de 18 años) y la Política Nacional de Salud Reproductiva Adolescente por parte de las instituciones gubernamentales mundiales y la falta de apoyo comunitario y social y la pobreza son algunos de los determinantes de la prevalencia del embarazo adolescente (Ochen et al., 2019).

Por lo consiguiente, la mayor accesibilidad a las redes sociales y al intercambio de pornografía, las influencias interculturales y la menor supervisión por parte de los adultos han llevado a un inicio temprano de la actividad sexual por parte de los adolescentes en los diferentes países en desarrollo y subdesarrollo. Los estudios han demostrado una reducción sustancial en las tasas de natalidad a nivel mundial, con una tasa de natalidad adolescente que disminuye del 61,8 al 22,3% por cada 1000 adolescentes mujeres de 15 a 19 años (Ochen et al., 2019).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de los embarazos y partos no son planificados ni deseados, aunque algunos sí lo son, por ello, algunas de las complicaciones asociadas con el embarazo adolescente incluyen: parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer; muerte neonatal, parto obstruido, fístula genital y eclampsia. Además, su salud reproductiva se ve afectada por el aborto inseguro, las infecciones de transmisión sexual, la violencia sexual y el acceso limitado a los servicios médicos (Agampodi et al., 2021).

En consecuencia, desde la década de 1970, el embarazo adolescente ha sido considerado un tema prioritario en salud pública, requiriendo abordajes integrales que incorporen el análisis del contexto específico y su reinterpretación como un proceso social complejo. Esto implica reconocer que se trata de un proceso en el que intervienen múltiples factores interrelacionados y que este proceso se desarrolla en un entorno social donde se interconectan diversos actores institucionales e individuales, en un momento histórico y en un espacio particular (Agampodi et al., 2021).

Los estudios recientes han demostrado que el embarazo adolescente está fuertemente influenciado por las experiencias de la niñez en el entorno familiar y social, especialmente aquellas relacionadas con la crianza inestable o la maternidad temprana. Las mujeres que crecieron en entornos familiares más pobres (áreas rurales, familias numerosas, no vivían con ambos padres, tenían poca educación) muestran mayores riesgos de embarazo temprano y parto prematuro fuera del matrimonio. Por ello, el embarazo en la adolescencia compromete las perspectivas educativas y las oportunidades económicas de las mujeres, siendo un marcador de tales condiciones, en lugar de una causa principal de la misma (Nkhoma et al., 2020).

Las adolescentes parecen tener un aumento de peso gestacional insuficiente, lo que da lugar a bebés con bajo peso al nacer y desnutrición intergeneracional más adelante. Parece que la tasa de mortalidad neonatal en los embarazos de adolescentes es aproximadamente tres veces mayor que en las mujeres adultas, y el riesgo de muertes maternas debido a complicaciones médicas es dos veces mayor (Mezmur et al., 2021)32.1.

Los embarazos en la adolescencia tienen un mayor riesgo de una amplia gama de complicaciones potencialmente mortales con secuelas graves para la salud en etapas posteriores de la vida. Las madres muy jóvenes tienen un mayor riesgo de complicaciones como preeclampsia y eclampsia, anemia, endometritis puerperal, hemorragia, infección crónica y también privación so-

cioeconómica. El embarazo en la adolescencia también se asocia con riesgos de resultados adversos en el parto: muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer (Mezmur et al., 2021).

En América Latina, algunas investigaciones actuales han demostrado que el fenómeno del embarazo adolescente está relacionado con los contextos de pobreza, bajos niveles educativos y desigualdades sociales en las diferentes comunidades. Además, los estudios han demostrado que existen tanto componentes socioculturales como elementos emocionales individuales, presentes tanto en zonas rurales como en entornos urbanos, donde la adolescencia se construye como un proceso social e histórico entre elementos tradicionales y modernos (Mezmur et al., 2021).

Así mismo, en Ecuador, presenta la tasa más alta de embarazo adolescente en América del Sur con poco más del 20%, debido a la falta de educación sobre salud sexual es una barrera para el acceso sanitario, el empoderamiento y las decisiones autónomas de salud entre los adolescentes, como lo demuestra el número de embarazos y enfermedades de transmisión sexual (ETS) diagnosticadas anualmente. Las tasas más altas de fertilidad adolescente entre las poblaciones menos favorecidas pueden indicar, entre otras cuestiones, una falta de conocimiento sobre anticoncepción, falta de acceso a la atención o una incapacidad para navegar por los servicios de salud, así como un conocimiento limitado de los efectos del embarazo y el parto a edades más tempranas en los resultados relacionados con la salud (Reynolds et al., 2019).

A pesar de reconocer la relevancia social de la equidad en el desarrollo del capital humano y el aumento de las expectativas sociales con proyectos de vida diversificados para las mujeres en los grupos urbanos de nivel socioeconómico medio y alto, en el contexto rural las inequidades sociales están presentes porque prevalece un rol reproductivo asignado a las mujeres desde edades tempranas, fortalecido por procesos de socialización primaria (hogar) y secundaria (otros espacios). Una alfabetización en salud adecuada durante estos años puede ayudar a reducir las barreras ambientales e interpersonales que los jóvenes a menudo enfrentan cuando interactúan con los sistemas de salud (Reynolds et al., 2019).

Pocos estudios evalúan los efectos causales de las políticas de salud en los resultados de salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes, y la mayoría se centra en los Estados Unidos, donde el embarazo adolescente es más alto en comparación con otras naciones desarrolladas. Los programas de

solo abstinencia continúan proponiéndose en los EE. UU. y en otros lugares, aunque la evidencia no respalda su efectividad. La evidencia sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes tienden a centrarse en la vulnerabilidad y la exposición a diversos riesgos para la salud y el desarrollo, incluido el embarazo adolescente (Galárraga & Harris, 2021).

El embarazo y el parto a una edad temprana tienen importantes implicaciones para la salud general y reproductiva de los adolescentes; estas pueden desarrollarse inmediatamente después del nacimiento o después de un período determinado. En algunos casos, el embarazo a una edad temprana es más complicado y conlleva ciertos riesgos, incluso durante el parto, que pueden afectar la salud de la madre o del recién nacido, o en el puerperio (Galárraga & Harris, 2021).

Varios estudios previos han sugerido disparidades en la atención prenatal. Un estudio previo en Indonesia con Papúa hizo referencia a las brechas en los servicios de atención prenatal en todas las regiones excepto Maluku. El nivel socioeconómico también tiene un papel en el aumento de las visitas de atención prenatal y la participación de los esposos en la atención prenatal. Cuanto mejor sea el estatus socioeconómico de las mujeres en las áreas urbanas, más probabilidades hay de que tengan visitas prenatales y más probabilidades hay de que sus esposos participen en la atención prenatal. Por otro lado, estudios previos en Indonesia, Etiopía y Nigeria encontraron evidencia de que las mujeres que viven en áreas urbanas tienen una mayor probabilidad de realizar atención prenatal al menos cuatro veces que las mujeres en áreas rurales (Wulandari et al., 2021).

Los expertos prestaron atención al aspecto psicológico del fenómeno. Como adolescente, la joven no tiene una percepción coherente hacia el recién nacido; puede que no sea responsable de él o no lo cuide adecuadamente. En muchos casos, las adolescentes en edad fértil no tienen las habilidades necesarias ni han madurado psicológicamente; el período del embarazo y el posterior al parto suelen convertirse en un fuerte estrés psicológico para estas jóvenes mujeres en edad fértil (Wulandari et al., 2021).

En medio de estos riesgos y vulnerabilidades, algunas adolescentes pueden evitar el embarazo adolescente o afrontarlo bien. Esto requiere investigaciones para poder comprender cómo ellos adquieren competencias para evitar o afrontar un proceso de gestación a edad temprana. Además, las mujeres de las zonas urbanas que realizan atención prenatal al menos cuatro veces tienen más probabilidades de dar a luz en centros de salud que las mujeres

de las zonas rurales. Las visitas adecuadas de atención prenatal son un esfuerzo por detectar posibles complicaciones tempranas durante el embarazo (Wulandari et al., 2021).

En cuanto a las complicaciones maternas, se han reportado mayores tasas de anemia, hipertensión inducida por el embarazo y preeclampsia. También hay evidencia de mayores tasas de complicaciones fetales, como restricción del crecimiento fetal, prematuridad, aborto espontáneo y muerte fetal. Además, durante el trabajo de parto, los embarazos adolescentes se han asociado con partos instrumentados (de la Calle et al., 2021).

Los embarazos adolescentes también tienen problemas a largo plazo, como mayores tasas de depresión posparto materna, que influyen en el vínculo materno-neonatal y reducen la adherencia a la lactancia materna y síndrome emocional en la descendencia. Todas estas complicaciones en las adolescentes podrían verse agravadas por la desnutrición materna, los hábitos tóxicos y la atención prenatal inadecuada (de la Calle et al., 2021).

Varios factores se asocian con la mortalidad materna, y entre ellos un menor acceso a los servicios públicos de salud, mayor vulnerabilidad social, con menores ingresos y nivel de escolaridad. Considerando sus impactos, se asoció con una mayor incidencia de anemia, preeclampsia, infección del tracto urinario, baja ganancia de peso materno, destete precoz y baja cobertura prenatal, según la literatura. Además, existen varios efectos socioeconómicos negativos para estos adolescentes, como el abandono de las actividades educativas, la postergación de la formación profesional y la inestabilidad financiera (Bruno et al., 2021).

Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte de la importancia de cuidar a las adolescentes embarazadas, especialmente en los países subdesarrollados y en desarrollo, que cuentan con sistemas de salud más deficientes, por eso se detallan las siguientes propuestas

Las políticas nacionales sobre salud sexual y reproductiva enfocados especialmente a los adolescentes se deben comprometer a promover la revisión de las barreras jurídicas, médicas y sociales existentes que impiden el acceso de los jóvenes a la información y los servicios de salud.

Además de garantizar la protección de los derechos de los adolescentes a la salud, la prestación de protección jurídica y social contra todas las formas de abuso y prácticas tradicionales nocivas, la promoción de la igualdad de género y la prestación de atención de calidad para las cuestiones de salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

La atención prenatal es una estrategia importante para reducir la morbilidad y la mortalidad infantil y promover conductas de salud positivas de las mujeres embarazadas especialmente en las adolescentes, incluida la preparación para el parto.

La tecnología podría ser útil para difundir información sobre salud sexual y reproductiva entre los jóvenes ecuatorianos, debido que América Latina tiene una población de Internet en rápido crecimiento, y los adolescentes son los que más utilizan las redes sociales, por lo tanto, se debería diseñar un programa, con el propósito de determinar el interés de los estudiantes, el uso de la tecnología y las brechas en el conocimiento de la salud sexual.

Referencias Bibliográficas

- Agampodi, T. C., Wickramasinghe, N. D., Jayakodi, H. G., Amarasinghe, G. S., Warnasekara, J. N., Hettiarachchi, A. U., Jayasinghe, I. U., Koralegedara, I. S., Gunarathne, S. P., Somasiri, D. K., & Agampodi, S. B. (2021). The hidden burden of adolescent pregnancies in rural Sri Lanka; findings of the Rajarata Pregnancy Cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 494. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03977-1>
- Baney, L., Greene, A., Sherwood-Laughlin, C., Beckmeyer, J., Crawford, B. L., Jackson, F., Greathouse, L., Sangmo, D., Ward, M., & Kavaya, S. (2022). "It Was Just Really Hard to Be Pregnant in a Smaller Town ...": Pregnant and Parenting Teenagers' Perspectives of Social Support in Their Rural Communities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph192416906>
- Bruno, S. K. B., Rocha, H. A. L., Rocha, S. G. M. O., Araújo, D. A. B. S., Campos, J. S., Silva, A. C. e, & Correia, L. L. (2021). Prevalence, socioeconomic factors and obstetric outcomes associated with adolescent motherhood in Ceará, Brazil: A population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04088-7>
- Byonanebye, J., Brazauskas, R., Tumwesigye, N., Young, S., May, T., & Cassidy, L. (2020). Geographic variation and risk factors for teenage pregnancy in Uganda. *African Health Sciences*, 20(4), 1898-1907. <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i4.48>

- de la Calle, M., Bartha, J. L., Lopez, C. M., Turiel, M., Martinez, N., Arribas, S. M., & Ramiro-Cortijo, D. (2021). Younger Age in Adolescent Pregnancies Is Associated with Higher Risk of Adverse Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(16), 8514. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168514>
- Galárraga, O., & Harris, J. E. (2021). Effect of an Abrupt Change in Sexual and Reproductive Health Policy on Teen Birth Rates in Ecuador, 2008–2017. *Economics and human biology*, *41*, 100967. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2020.100967>
- González-Rodríguez, E., Gil de Miguel, Á., Bravo-Infantes, R., Garrido-González, I., & Gil-Prieto, R. (2024). The invisible problem of early adolescent pregnancy in the Dominican Republic: A descriptive analysis. *Preventive Medicine Reports*, *43*, 102762. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102762>
- Kumma, W. P., Chaka, F. G., Daga, W. B., Alemayehu, M. A., Meskele, M., & Wolka, E. (2023). Prevalence of teenage pregnancy and associated factors among preparatory and high school students in Wolaita Sodo town, southern Ethiopia: An institution-based cross-sectional study. *BMJ Open*, *13*(6), e070505. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070505>
- Maharjan, M., Thapa, N., Maharjan, N., Rai, P., Pun, P., Petrini, M. A., & Yang, J. (2019). Prevalence of Teenage Pregnancy in A Community Hospital of Rural Nepal: A Cross-sectional Study. *JNMA: Journal of the Nepal Medical Association*, *57*(217), 176-180. <https://doi.org/10.31729/jnma.4083>
- Manolescu, L. S. C., Boeru, C., Căruntu, C., Dragomirescu, C. C., Goldis, M., Jugulete, G., Marin, M., Popa, G. L., Preda, M., Radu, M. C., & Popa, M. I. (2019). A Romanian experience of syphilis in pregnancy and childbirth. *Midwifery*, *78*, 58-63. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.018>
- Mejia, J. R., Quincho-Estares, Á. J., Flores-Rondon, A. J., Reyes-Beltran, G., Arias-Sulca, I. L., Palomino-Hilario, E., Barrientos-Cochachi, J. E., & Toro-Huamanchumo, C. J. (2021). Determinants of adolescent pregnancy in indigenous communities from the Peruvian central jungle: A case-control study. *Reproductive Health*, *18*, 203. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01247-z>

- Mezmur, H., Assefa, N., & Alemayehu, T. (2021). Teenage Pregnancy and Its Associated Factors in Eastern Ethiopia: A Community-Based Study. *International Journal of Women's Health*, 13, 267-278. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S287715>
- Nkhoma, D. E., Lin, C.-P., Katengeza, H. L., Soko, C. J., Estinfort, W., Wang, Y.-C., Juan, S.-H., Jian, W.-S., & Iqbal, U. (2020). Girls' Empowerment and Adolescent Pregnancy: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1664. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051664>
- Ochen, A. M., Chi, P. C., & Lawoko, S. (2019). Predictors of teenage pregnancy among girls aged 13–19years in Uganda: A community based case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 211. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2347-y>
- Palacios-Perdomo, H., & Acosta-Ramírez, N. (2021). Perceptions of adolescent pregnancy in the rural context and the Colombian armed conflict: A qualitative approach based on social determination of health. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 232. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01568-2>
- Poudel, S., Dobbins, T., Razee, H., & Akombi-Inyang, B. (2023). Adolescent Pregnancy in South Asia: A Pooled Analysis of Demographic and Health Surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(12), 6099. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126099>
- Reynolds, C., Sutherland, M. A., & Palacios, I. (2019). Exploring the Use of Technology for Sexual Health Risk-Reduction among Ecuadorean Adolescents. *Annals of Global Health*, 85(1), 57. <https://doi.org/10.5334/aogh.35>
- Senkyire, E. K., Boateng, D., Boakye, F. O., Logo, D. D., & Ohaja, M. (2022). Socio-economic factors associated with adolescent pregnancy and motherhood: Analysis of the 2017 Ghana maternal health survey. *PLOS ONE*, 17(12), e0272131. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272131>
- Shri, N., Singh, M., Dhamnetiya, D., Bhattacharyya, K., Jha, R. P., & Patel, P. (2023). Prevalence and correlates of adolescent pregnancy, motherhood and adverse pregnancy outcomes in Uttar Pradesh and Bihar. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 66. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05354-6>

- Tituaña, A., Herrán, K., Galárraga, O., & Palacios, I. (2024). How to decrease teenage pregnancy: Rural perspectives in Ecuador. *Frontiers in Public Health*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1370507>
- Wulandari, R. D., Laksono, A. D., & Rohmah, N. (2021). Urban-rural disparities of antenatal care in South East Asia: A case study in the Philippines and Indonesia. *BMC Public Health*, *21*, 1221. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11318-2>
- Zemene, M. A., Dagnaw, F. T., Anley, D. T., Dagneu, E., Zewdie, A., Haimanot, A. B., & Dessie, A. M. (2024). Trends and factors associated with teenage pregnancy in Ethiopia: Multivariate decomposition analysis. *Scientific Reports*, *14*(1), 2216. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-52665-5>

Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Rosa Pinargote Chancay

Riesgo y epidemiología de ITS en zonas rurales

Las imágenes de la América rural a menudo incluyen escenas idealizadas de campos agrícolas y cielos abiertos, de caminos sinuosos y paisajes naturales. Sin embargo, ocultos por estas nociones prístinas de la vida rural, profundos desafíos afectan la salud y el bienestar de los ciudadanos rurales. En 2017, uno de cada cinco estadounidenses, casi 60 millones de personas, residía en lo que típicamente se define como Estados Unidos (EEUU) rural, y para muchos de ellos, los recursos básicos, desde tiendas de comestibles hasta conectividad a Internet de alta velocidad, pueden ser difíciles de conseguir y de alto costo (Caldwell et al., 2018).

Las determinantes de la salud, como la pobreza, el acceso a los servicios sanitarios, incluido el tratamiento contra las drogas, el racismo que a menudo se manifiesta en la segregación residencial y el estigma social como consecuencia de las normas y actitudes de la comunidad, se asocian con un peor estado de salud entre la población de las zonas rurales (Naylor et al., 2019).

Un análisis reciente encontró que la disparidad de mortalidad entre las zonas rurales y urbanas no sólo es persistente, sino también grande y creciente en comparación con otras disparidades basadas en el lugar, y en última instancia evoluciona hacia una penalización rural de alta pobreza que rivaliza con los efectos de la educación y raza, aunque la raza/etnia influye significativamente en el estado de salud de las poblaciones rurales, no obstante, con frecuencia enfrentan barreras para acceder a la atención médica, lo que genera irregularidades e inequidad sanitaria (Jenkins et al., 2021).

La creciente escasez de servicios de atención médica en entornos rurales afecta la prevención y el tratamiento de las ITS en la población de zonas rurales. En 2019, la fase inicial de Poner fin a la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) también se centró en áreas con una carga desproporcionada de VIH en las comunidades campestres, por ende, en los departamentos de salud locales son la principal fuente de atención de ITS. Sin embargo, estos proveedores experimentan dos desafíos principales, también conocidos como una doble disparidad: (1) capacidad inadecuada y (2) mala salud en las poblaciones rurales (Rogstad, 2019).

Mientras el país también se enfrenta a la pandemia de COVID-19, garantizar la prestación de atención médica de calidad en las comunidades rurales

sigue siendo difícil, especialmente entre las áreas de minorías raciales/étnicas; poblaciones donde persisten las disparidades en materia de ITS. Aunque los departamentos de salud en las jurisdicciones rurales generalmente atienden a menos personas y tienen niveles más bajos de personal y financiamiento que los servicios sanitarios locales que atienden en áreas urbanas, por ello, la población experimenta múltiples disparidades de salud, incluidas las ITS, relacionadas con los comportamientos, resultados de salubridad y el acceso a la atención médica. En pocas palabras, la geografía importa cuando se trata de salud (Leider et al., 2020).

Concomitantemente con el aumento de las tasas de ITS en muchas comunidades rurales está la epidemia de opioides (y otras drogas) y los comportamientos asociados. En comparación con áreas más metropolitanas. El consumo de sustancias ilícitas en general es un factor de riesgo para la adquisición de ITS, y quizás más aún para quienes consumen estimulantes ilícitos como la metanfetamina (que se informa de manera desproporcionada en las zonas rurales). El sexo transaccional y la falta de vivienda, que se encuentra frecuentemente asociado con la drogadicción, son factores predisponentes importantes de ITS (Melvin et al., 2020).

Entre los residentes rurales se estima que entre el 2,9% y el 3,8% se identifican como minorías sexuales y de género tienen mayor riesgo de ITS. En parte, esto se debe a que las personas transgénero enfrentan un estigma sustancial y es menos probable que utilicen la atención médica. Por ejemplo, una investigación realizada en un Festival del Orgullo en Minnesota encontró que, si bien muchos adolescentes transgéneros acuden a proveedores de atención primaria, solo al 29 % se les ofrecen pruebas de detección de ITS. Por lo consiguiente, presentan menos probabilidades de someterse a exámenes de ITS o de recibir condones y asesoramiento preventivo gratuitos, y perciben una menor tolerancia comunitaria hacia los no heterosexuales (Beatty et al., 2018)5.3-52.3.

En los Estados Unidos, las ITS se encuentran entre las enfermedades más reportadas y representan algunas de las disparidades de salud más importantes del país. En 2018, se estima que 1 de cada 5 personas tenía una infección de transmisión sexual (Kreisel et al., 2021). En 2019 se notificaron a los CDC 1.808.703 casos de infección por *Chlamydia trachomatis*, lo que la convierte en la afección de declaración obligatoria más común en los EEUU. La gonorrea fue la segunda enfermedad de notificación epidemiológica, con un total de 616.392 notificadas. Finalmente, en 2019 se notificaron 38.992 casos de causas primarias y secundarias. Por lo consiguiente, en las poblaciones ru-

rales y entre los grupos raciales/étnicos, la carga de tres ITS bacterianas comunes: clamidia, gonorrea y sífilis continúa aumentando. Además, la carga de las ITS facilita la transmisión del VIH en estas comunidades afectadas (López de Munain, 2019).

En la actualidad, pocos estudios se centran en las tasas de ITS en poblaciones rurales representativas a nivel nacional, pero claramente las ITS no son sólo un problema urbano. Las investigaciones que se han centrado en las conductas y tasas relacionadas con las ITS en áreas rurales han encontrado tasas desproporcionadamente más altas de conductas que aumentan el riesgo de ITS en algunas comunidades campestres por edad, raza/etnia, orientación sexual y ubicación geográfica. Además, en cuanto a los resultados de salud negativos derivados de las ITS, como los cánceres asociados al virus del papiloma humano (VPH), las mujeres y los hombres rurales tienen cifras significativamente más altas en comparación con sus homólogos urbanos (Zahnd et al., 2019).

Si bien las tasas de ITS son altas entre los adolescentes y adultos maduros a nivel nacional, los jóvenes rurales pueden tener diferentes factores de riesgo conductuales para la adquisición de ITS que sus pares urbanos. Por ejemplo, entre el 39% y el 44% de los adolescentes de la comunidad rural sexualmente activo informaron haber tenido relaciones sexuales antes de los 14 años, la mitad informó haber usado inconsistentemente o ningún condón, y un tercio informó haber tenido cuatro o más parejas en toda su vida. En las zonas rurales de Minnesota, las cifras de casos de clamidia fueron altas, y a su vez, se asociaron con un uso inconsistente del condón entre los varones de 12 años (Pinto et al., 2017).

Existen disparidades en las tasas de ITS entre algunas minorías raciales o grupos hispanos en comparación con las tasas entre los blancos. Las desigualdades más amplias en las condiciones sociales y económicas de las comunidades minoritarias se reflejan en las profundas disparidades observadas en la incidencia de las ITS por raza y etnia hispana (Raglan et al., 2018).

Las minorías sexuales y de género (MSG), incluidas las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT), en zonas rurales pueden tener un mayor riesgo de contraer ITS, especialmente entre varones homosexuales o hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Por ejemplo, los HSH de las comunidades rurales tenían significativamente menos probabilidades de haber recibido una prueba de ITS. De manera similar, los jóvenes HSH (JHSH) en áreas rurales tenían menos probabilidades de haber sido sometidos a pruebas

de detección de ITS que los JHSH urbanos (Sarno et al., 2021) and main partnerships account for a large proportion of new HIV infections. HIV prevention is largely focused on urban YMSM, and less is known about sexual health of rural male couples. The present study used data from a randomized controlled trial of a relationship education and HIV prevention program for male couples to test associations of rurality with HIV/STI testing, PrEP use, number of sexual partners, and condomless anal sex (CAS).

Entre 190 HSH hispanos/latinos en áreas rurales de Carolina del Norte, el 21% informó tener relaciones sexuales con al menos una mujer en los últimos tres meses, el 89% manifestó poseer múltiples parejas masculinas en los últimos 3 meses y el 54% informó un uso inconsistente de condones. Para algunos residentes LGBT rurales, existe una alta prevalencia de uso inadecuado de preservativos, actividad sexual bajo la influencia del alcohol y/o drogas, y multiplicidad de parejas sexuales, con desafíos para las poblaciones LGBT rurales relacionados con las pruebas del VIH y bajos niveles de conocimiento del VIH (Rosenkrantz et al., 2017).

Como las poblaciones rurales no son homogéneas, es importante identificar las áreas donde las tasas de ITS son más altas y donde pueden ocurrir brotes. Un ejemplo geográfico es la Autoridad Regional del Delta (ARD), un área designada a nivel federal de 252 condados y parroquias ubicadas en ocho estados (Alabama, Arkansas, Illinois, Kentucky, Luisiana, Mississippi, Missouri y Tennessee) a lo largo del río Mississippi y el río Alabama Black. Cinturón. En comparación con las 719 poblaciones fuera de la República Dominicana (RD) en esos ocho estados, las tasas de casos de ITS en las comunidades de la RD, son un 75% más altas para clamidia, un 131% más altas para gonorrea y un 112% más altas para sífilis. Como lo sugieren los hallazgos de Barger y sus colegas, existe una carga no apreciada de ITS en las áreas rurales, como lo demuestra el hecho de que la ARD es un área de escasos recursos con acceso limitado a la atención de las ITS (Barger et al., 2018).

Determinantes clave que afectan la prevención de las ITS entre las poblaciones rurales

En las comunidades rurales, el acceso a los servicios de calidad para la prevención y el control de las ITS es un determinante fundamental de la salud sexual, y hay muchos factores de riesgo potenciales que también se aplican. Entre los determinantes aplicables pueden incluir componentes estructurales como el acceso a la atención o comportamientos personales como la búsqueda de atención médica y experiencias adversas como el abuso infantil y la

violencia familiar. Estas condicionantes incluyen causas interpersonales, uno de los cuales es el estigma (Rice & Sara, 2019).

El estigma se ha definido como un atributo o etiqueta que distingue a una persona de las demás, vincula a las personas etiquetadas con características indeseables y representa un conocimiento socialmente compartido comprendido incluso por quienes son objeto de la misma situación. Por lo consiguiente, generalmente se experimenta de una o ambas maneras: (Rice & Sara, 2019).

- estigma representado, cuando individuos que se consideran moral, social, racial o físicamente contaminados son discriminados por personas “normales”; y
- sintió estigma: el miedo o la experiencia de este tipo de discriminación. Cualquiera de los dos escenarios puede impedir la voluntad de una persona de acceder a la atención sanitaria para el tratamiento de las ITS. Además, el crecimiento de la cultura digital puede influir en todos estos determinantes, incluidos los efectos del estigma, minimizando o maximizando sus efectos positivos y negativos

Los factores ser pobre y de bajo nivel socioeconómico puede conllevar su propio tipo de estigma, a menudo exacerbado por la raza. Por lo tanto, puede afectar la interacción de un paciente en el entorno sanitario, independientemente del problema médico. La pobreza puede hacer que el tratamiento de ITS de calidad sea inasequible o puede significar que está demasiado lejos para llegar debido a la falta de transporte, particularmente en entornos rurales (Mohamoud et al., 2019).

Aunque la pobreza no es típica de los residentes de comunidad rural, una mayor proporción de las poblaciones rurales de EEUU. (16,4%) cumplieron con los estándares de bajo nivel socioeconómico que en las áreas urbanas (12,9%) en 2017. El efecto de la residencia rural persistió incluso controlando los factores sociodemográficos y de salud maternos (Long et al., 2018).

Múltiples estudios sugieren que, junto con la desigualdad de ingresos, el estigma asociado con la raza y el origen étnico, es decir, el racismo y el etnocentrismo, es un factor determinante y desempeña un papel perjudicial en la salud, incluida en la sexualidad. La mayoría de las investigaciones que examinan la relación entre la discriminación basada en raza/etnicidad y los resultados sanitarios se centran principalmente en poblaciones urbanas y suburbanas, pero algunas de las mismas implicaciones son aplicables a las zonas rurales (Morey, 2018).

Aunque monolíticamente se habla español, existen diferencias en factores socioculturales importantes entre las culturas hispanas/latinas que pueden afectar los comportamientos sexuales y aumentar el riesgo de contraer ITS. Estos incluyen, entre otros, el silencio sexual, el machismo (ideal masculino del comportamiento masculino como dominante, agresivo) y el marianismo (ideal femenino del comportamiento femenino como pasivo, sumiso). Estos factores también pueden conducir a experiencias importantes de estigma, ya sea que se represente o se sienta (Logan & Parman, 2018).

A modo de ejemplo, una revisión reciente de los retrasos en el inicio de la terapia antirretroviral (TAR) encontró que la segregación racial y, hasta cierto punto, las residencias rurales se asociaban con un retraso en el inicio de la atención y la posterior adherencia. La interacción de la segregación social y la discriminación y la salud en entornos rurales es generalmente compleja (Card et al., 2019) Treatment as Prevention (TasP).

Las tendencias recientes en las comunidades rurales incluyen la despoblación, el envejecimiento y una creciente diversidad racial y étnica, además de un nivel socioeconómico más bajo y problemas de salud continuos. Los datos de las últimas dos décadas sugieren que la migración entre poblaciones raciales y étnicas ha reducido la segregación en general, pero los efectos son mayores en los entornos urbanos y suburbanos que en los rurales, y está impulsada por personas menores de 40 años (Saint Onge & Smith, 2020).

La residencia rural puede interactuar con la inmigración y la segregación para conferir vulnerabilidad. En algunas circunstancias, los inmigrantes rurales pueden estar integrados en la fuerza laboral, pero por lo demás segregados social e incluso físicamente, circunstancias que pueden facilitar la transmisión de enfermedades infecciosas (Oakley et al., 2019).

Al igual que la pobreza, el consumo de sustancias de alto riesgo (por ejemplo, opioides) no es característico de todas las zonas rurales ni de todos los residentes de una zona rural, pero el problema de salud persiste y tiene consecuencias negativas para la epidemia de ITS. En 2017, casi el 25% de la población mayor de 12 años informó haber consumido alcohol en exceso en el último mes y aproximadamente el 11% informó haber consumido drogas ilícitas en el último mes. Aunque el consumo de sustancias es una de las 10 principales prioridades de Rural Healthy People 2020, el acceso al tratamiento por abuso de estupefacientes es un desafío en las regiones rurales (Havens et al., 2018).

Una proporción sustancial de la epidemia de opioides de los últimos años se ha localizado en entornos rurales y esta circunstancia ha estado implicada en la propagación del VIH y la hepatitis, al tiempo que se correlaciona con el estrés socioeconómico. Además, el uso de sustancias como factor de riesgo de resultados negativos para la salud no se limita al uso directo de un individuo (Kolak et al., 2020).

Los estudios continúan mostrando la carga sustancial del uso de sustancias de alto riesgo y su relación con las ITS entre las poblaciones rurales, y debido a que el uso de estupefacientes de alto riesgo a menudo se considera una actividad criminal, el comportamiento va acompañado de estigma. Además, estos comportamientos y experiencias altamente estigmatizados a menudo se correlacionan con la violencia, incluidos los traumas de pareja y otros traumas familiares, como el abuso y la negligencia infantil. Si bien las cuestiones relativas a la confidencialidad y disponibilidad de la atención médica, particulares en entornos rurales, pueden afectar negativamente el éxito de las intervenciones para las víctimas de violencia o abuso, los esfuerzos de prevención a nivel comunitario en estos entornos han mostrado resultados positivos.

Actitudes y normas comunitarias respecto de la salud sexual

Las actitudes individuales y las normas comunitarias en torno al sexo y la sexualidad están relacionadas con la salud sexual. Aunque a menudo se considera que las zonas rurales son socialmente más conservadoras que otras partes, es importante señalar que esto no es una verdad universal. Además, los mecanismos a través de los cuales las actitudes y normas forman determinantes de la salud sexual son en gran medida los mismos en entornos rurales que en entornos urbanos y suburbanos (Peterson et al., 2020).

Una revisión de las barreras a la vacunación contra el VPH en entornos rurales encontró que las actitudes sobre el comportamiento sexual eran una barrera para la vacunación en algunas poblaciones junto con las percepciones de los padres sobre si sus hijas eran demasiado jóvenes (relacionadas con el estigma asociado a la vacuna contra el VPH); Sin embargo, estos estudios no suelen examinar las normas comunitarias (Peterson et al., 2020).

En las zonas rurales, donde las redes sociales pueden ser pequeñas y las relaciones se superponen, es fundamental comprender el impacto potencial del estigma en la salud sexual. Las percepciones superpuestas son algo habitual en entornos de atención de salud en entornos rurales. El personal de los departamentos de salud locales de las comunidades suele conocer a sus

pacientes, no sólo como pacientes, sino como vecinos y amigos y, en algunos casos, incluso como parientes. La actitud y las creencias del proveedor sobre lo que es un comportamiento normativo afectan la relación proveedor-paciente en el entorno clínico de las ITS y pueden determinar el éxito o el fracaso del encuentro (Glover, 2019).

En entornos rurales, tales relaciones pueden tener implicaciones críticas para la privacidad, la confidencialidad y el comportamiento de búsqueda de atención médica de un paciente con ITS. Un estudio reciente encontró que las personas bisexuales que viven en esas comunidades parecían experimentar un mayor estrés al tener que ocultar los aspectos lesbianas/gays de sus vidas a sus pares heterosexuales. Los investigadores consideraron que este fenómeno era evidencia de las presiones de la experiencia del doble armario descrita previamente en la literatura. Sin la protección del anonimato, el impacto del estigma potencialmente se magnifica. El miedo a ser notado o identificado por otros miembros de la comunidad puede generar resistencia a las pruebas de ITS, evitar la divulgación de síntomas de ITS y erigir barreras para la notificación efectiva a la pareja (Contesse et al., 2019).

Por lo tanto, el mantenimiento de la privacidad y la confidencialidad se vuelve aún más crítico en los entornos rurales, mientras que al mismo tiempo pueden ser más difíciles de garantizar. La típica escasez de fuentes de atención médica cercanas aumenta las probabilidades de identificabilidad de los pacientes en comunidades pequeñas (Hubach et al., 2020).

En una muestra cualitativa de HSH que viven en zonas rurales de Oklahoma y Arkansas, los encuestados notaron una falta de proveedores médicos, privacidad y confidencialidad y percibieron el estigma como barreras superpuestas para acceder a las pruebas y la atención del VIH o las ITS. Los encuestados en el estudio hablaron favorablemente de las pruebas en el hogar y las consultas médicas, un paradigma que está ganando terreno significativo durante la pandemia de COVID-19 (Hubach et al., 2020).

Además, los estudios han encontrado que el sesgo del proveedor contribuye especialmente a las experiencias negativas de atención médica de las personas de grupos minoritarios raciales/étnicos en comparación con los blancos. Para una persona de una comunidad rural, el diagnóstico de una ITS puede suponer una carga importante como la pérdida de seguridad, empleo, vivienda e incluso familiares y amigos. Ser atendido en la clínica local de ITS no sólo puede comprometer el estatus social de un individuo, sino que también puede afectar negativamente su sustento ante la sociedad (Hubach et al., 2020).

En general, las actitudes negativas hacia los comportamientos u orientación sexual, el consumo de drogas e incluso la situación económica en las zonas rurales pueden socavar el apoyo cívico a los servicios de salud sexual. Varios estudios han encontrado que la negación de la presencia de ITS en sus comunidades por parte de los residentes rurales resultó en una limitación de defensores comunitarios dispuestos y capaces de mitigar los mitos y conceptos erróneos sobre las ITS y la salud sexual, impidiendo así una planificación e implementación efectivas de la salud pública para la prevención de las ITS. y controlar (Caldwell et al., 2017).

Reducir el estigma asociado con la prevención de ITS en comunidades rurales

Para ser efectivas, las intervenciones destinadas a reducir las ITS deben abordar el impacto interseccional de múltiples determinantes de la salud, así como la convergencia de diversas identidades estigmatizadas dentro del individuo o del grupo. Por lo consiguiente, superar el impacto de los factores negativos de la salud sexual, incluido el estigma, en las comunidades rurales puede resultar un desafío (Daniel-Ulloa et al., 2017).

El informe recientemente publicado sobre la prevención de ITS en EEUU, de las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina, pide un plan nacional que mejore los servicios de salud sexual para poblaciones prioritarias, como hombres, mujeres, adolescentes transgénero y adultos jóvenes, el cual está basado en la expansión de los servicios de ITS a poblaciones desatendidas, incluidas las comunidades negras, hispanas/latinas e indias americanas/nativas, y personas que consumen drogas o se dedican al trabajo sexual de territorios rurales (Daniel-Ulloa et al., 2017).

El aislamiento geográfico característico de las zonas rurales, particularmente porque afecta la disponibilidad y el acceso a los recursos de atención médica y la familiaridad entre los miembros de la comunidad rural, tiene implicaciones importantes para una respuesta de salud pública. Las intervenciones en estos entornos también deberán adaptarse a múltiples subpoblaciones que pueden basarse en raza/etnia, edad, género, orientación sexual o una combinación de estos. Además, muchas de las personas en riesgo de contraer ITS, incluido el VIH, pueden desconfiar desde hace mucho tiempo de las instituciones médicas y gubernamentales debido a la discriminación social histórica y continua (por ejemplo, racismo, clasismo, homofobia) que pueden haber encontrado en sus comunidades. Es esencial adaptar los servicios de prevención y control de ITS a las experiencias y circunstancias únicas del grupo de intervención (Yang et al., 2020).

Desde hace mucho tiempo existen métodos auténticos de participación comunitaria para promover comportamientos saludables, y un número creciente de programas de prevención y control de ITS están utilizando estos métodos. En entornos rurales, la planificación y la educación para la prevención de las ITS suelen ser el resultado de un aumento espectacular de nuevos diagnósticos de ITS en una comunidad determinada. Un programa en modo de respuesta a brotes a menudo no se tomará el tiempo para tener en cuenta el trauma histórico y las disparidades de salud de larga data que impactan a la comunidad de interés, particularmente entre las subpoblaciones raciales y étnicas (James et al., 2017).

Sin embargo, los métodos participativos basados en la comunidad implementados rápidamente en la planificación, coordinación e implementación de intervenciones pueden aumentar la eficacia de la respuesta al brote y generar sostenibilidad a lo largo del tiempo. Por ejemplo, la implementación de un modelo fluido con procesos informales de toma de decisiones para la prevención de ITS/VIH con un grupo de hombres hispanos/latinos con mayor riesgo de transmisión de ITS/VIH en un pueblo rural de demostró que estos hombres estaban dispuestos a servir como asesores de salud no profesionales designados para diseñar, planificar, defender y coordinar estrategias de prevención de ITS/VIH en su comunidad. A su vez, se demostró que cuando los hombres del sector actuaban como tomadores de decisiones activos en el diseño de la intervención, se reducía el impacto de las barreras sociales, incluido el estigma, y se promovía eficazmente la salud sexual (Leichliter et al., 2017)we surveyed 331 of 1225 local health departments (LHDs).

Otro ejemplo que demuestra el poder de la participación comunitaria para reducir las ITS es la iniciativa federal con enfoques comunitarios para reducir las enfermedades de transmisión sexual, que financia a los beneficiarios para que utilicen métodos de protección para desarrollar la capacidad local de prevención y control de las ITS, por lo tanto, se requiere que los proyectos financiados trabajen en conjunto con poblaciones específicas para abordar los servicios de prevención de ITS a través de juntas asesoras comunitarias y asociaciones de colaboración que aprovechen los recursos y la experiencia de los proveedores y la comunidad. Una solución comunitaria como aumentar el acceso al transporte para recibir atención de ITS, guiada por los adolescentes directamente afectados por el problema, mejoró la confianza para futuras intervenciones y redujo el estigma asociado con el acceso a la atención de ITS (Rhodes et al., 2021).

No obstante, involucrar a un grupo afectado en el esfuerzo de intervención de ITS puede mejorar la comprensión del programa de las advertencias culturales dentro de diferentes comunidades, ya sea idioma, religión, creencias o valores. Esta mejor comprensión es fundamental para diseñar e implementar intervenciones exitosas. La participación comunitaria efectiva debe ser culturalmente competente (Rhodes et al., 2021).

Las intervenciones de salud pública deben respetar las actitudes y creencias culturales específicas de los grupos prioritarios; sin embargo, muchas participaciones y métodos conductuales a menudo están diseñados y probados por poblaciones blancas, urbanas y de clase media. Por ende, dichas acciones rara vez son adecuadas para satisfacer las necesidades únicas de las comunidades minoritarias que enfrentan una gran cantidad de determinantes negativos, incluido el estigma, particularmente en entornos rurales. La diversidad también existe en las zonas rurales del mundo, especialmente con respecto a la raza y el origen étnico, incluida la situación migratoria. Esta diversidad se refleja en los contextos locales, culturales y sociales de estas poblaciones (Wallerstein et al., 2020).

El contexto social y cultural puede afectar la confianza entre proveedores y pacientes, potencialmente socavando o quizás incluso mejorando la relación proveedor-paciente. Esto es crucial para la prevención y el control de las ITS. A pesar de los desafíos que a veces se experimentan en la implementación, una mejor capacitación de los proveedores, incluido todo el personal que atiende al paciente, sobre la sensibilidad cultural y los prejuicios inconscientes puede ser invaluable (Questa et al., 2020) these interventions may be important in assisting equity and reach of communicable disease control (CDC).

El proveedor bien capacitado puede trabajar para reducir el impacto del estigma y abordar de manera más efectiva otros determinantes que pueden impedir los comportamientos de búsqueda de atención médica de los pacientes. Para adaptar los servicios y tratamientos preventivos a las necesidades individuales de salud sexual se requiere una perspectiva de la salud a lo largo de la vida que tenga en cuenta una variedad de circunstancias culturales relativas. La humildad cultural, definida como “un proceso de ser consciente de cómo la cultura de las personas puede afectar sus comportamientos de salud y, a su vez, utilizar esta conciencia para cultivar enfoques sensibles en el tratamiento de los pacientes”, puede aumentar la confianza entre el paciente y el proveedor y disminuir el estigma asociado. con conductas de búsqueda de salud de ITS (Questa et al., 2020) these interventions may be important in assisting equity and reach of communicable disease control (CDC).

Otra forma potencial de reducir los riesgos de estigma interpersonal asociados con una persona que busca atención de ITS es la telesalud. Cada vez más, la telemedicina no sólo es socialmente protectora, sino que también es simplemente práctica. El aislamiento geográfico da como resultado servicios y recursos sanitarios limitados. Los continuos cierres de hospitales y consultorios de salud rurales y la pérdida de personal de atención médica rural amenazan la salud de la población de las zonas rurales (Julien et al., 2020).

La telesalud, o telemedicina, definida como “el uso de tecnologías de la información y la comunicación electrónica para brindar o respaldar atención clínica a larga distancia” es un enfoque innovador eficaz para brindar acceso seguro y privado a la atención médica. Por ende, puede responder a los problemas de la disminución de la disponibilidad de atención médica primaria y especializada, y la falta de transporte. Puede aumentar la calidad de vida del paciente, reducir los ingresos hospitalarios y reducir el nivel de estigma, especialmente asociado con la búsqueda de atención de salud mental (Marhefka et al., 2020).

Las solicitudes de servicios de telesalud se han vuelto más comunes para la prevención, la detección y la atención de las ITS, particularmente a medida que ha aumentado la disponibilidad de kits de pruebas y diagnósticos de autorecogida. Es necesaria una inversión continua en la infraestructura para coordinar la atención. Por ejemplo, los avances en los servicios de telemedicina para las comunidades rurales el acceso a los servicios de atención médica es escaso, han mejorado la educación preventiva y la detección de enfermedades infecciosas como COVID-19 al disminuir las barreras de acceso. Estas lecciones aprendidas de la respuesta a la COVID-19 son aplicables a la prevención y el control de las ITS. Es importante sostener tales innovaciones para promover la equidad en salud rural (Mishori & Antono, 2020).

La telesalud, con sus aplicaciones móviles y servicios en línea, puede brindar consultas, pruebas y tratamiento de ITS, reduciendo así la necesidad de visitas clínicas en persona. Continúan los avances en el campo que combinan contenido educativo, rastreo de contactos, asesoramiento y habilidades de afrontamiento para reducir el estigma relacionado con el VIH. Múltiples estudios ya señalan los beneficios de los servicios de mensajes cortos, o de texto, en la promoción de la salud sexual y el manejo clínico de las ITS, particularmente entre adolescentes, en términos de costo, accesibilidad y privacidad. Poder ponerse en contacto con un proveedor de atención médica sin temor a ser identificado por vecinos, amigos o familiares puede aliviar los factores estresantes asociados con el estigma de las ITS. Se necesita más

investigación para evaluar el impacto de la telesalud para brindar atención y reducir el estigma (Rao et al., 2018).

Las asociaciones de colaboración entre proveedores, comunidades y, en muchos casos, otras instituciones como escuelas, organizaciones religiosas y universidades locales requerirán un compromiso auténtico con la sensibilidad cultural, así como el respeto por las experiencias vividas por todos los ciudadanos rurales, especialmente las poblaciones de minorías raciales y étnicas. y poblaciones inmigrantes. La experiencia y la participación activa de los miembros de la comunidad en relación con las decisiones basadas en sus necesidades, barreras y oportunidades para una mejor salud no es solo un activo, sino también una puerta de entrada para programas de prevención de ITS sostenibles, exitosos y no estigmatizantes (Drake et al., 2019).

Referencias Bibliográficas

- Barger, A. C., Pearson, W. S., Rodriguez, C., Crumly, D., Mueller-Luckey, G., & Jenkins, W. D. (2018). Sexually transmitted infections in the Delta Regional Authority: Significant disparities in the 252 counties of the eight-state Delta Region Authority. *Sexually Transmitted Infections*, *94*(8), 611-615. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053556>
- Beatty, K. E., Erwin, P. C., Brownson, R. C., Meit, M., & Fey, J. (2018). Public Health Agency Accreditation Among Rural Local Health Departments: Influencers and Barriers. *Journal of Public Health Management and Practice: JPHMP*, *24*(1), 49-56. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000509>
- Caldwell, J. T., Ford, C. L., Wallace, S. P., Wang, M. C., & Takahashi, L. M. (2017). Racial and ethnic residential segregation and access to health care in rural areas. *Health & Place*, *43*, 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.11.015>
- Caldwell, J. T., Ford, C. L., Wallace, S. P., Wang, M. C., & Takahashi, L. M. (2018). Intersection of Living in a Rural Versus Urban Area and Race/Ethnicity in Explaining Access to Health Care in the United States. *American Journal of Public Health*, *106*(8), 1463-1469. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303212>
- Card, K. G., Lachowsky, N. J., Althoff, K. N., Schafer, K., Hogg, R. S., & Montaner, J. S. G. (2019). A systematic review of the geospatial barriers to antiretroviral initiation, adherence and viral suppression among people living with HIV. *Sexual Health*, *16*(1), 1-17. <https://doi.org/10.1071/SH18104>

- Contesse, M. G., Fredericksen, R. J., Wohlfeiler, D., Hecht, J., Kachur, R., Stro-
na, F. V., & Katz, D. A. (2019). Attitudes About the Use of Geosocial
Networking Applications for HIV/STD Partner Notification: A Qualita-
tive Study. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the
International Society for AIDS Education*, 31(3), 273-285. [https://doi.
org/10.1521/aeap.2019.31.3.273](https://doi.org/10.1521/aeap.2019.31.3.273)
- Daniel-Ulloa, J., Sun, C., & Rhodes, S. D. (2017). The intersection between
masculinity and health among rural immigrant Latino men. *International
Journal of Men's Health*, 16(1), 84-95.
- Drake, C., Zhang, Y., Chaiyachati, K. H., & Polsky, D. (2019). The Limitations of
Poor Broadband Internet Access for Telemedicine Use in Rural America:
An Observational Study. *Annals of Internal Medicine*, 171(5), 382-384.
<https://doi.org/10.7326/M19-0283>
- Glover, J. J. (2019). Rural Health Care and an Ethics of Familiarity. *Narrative In-
quiry in Bioethics*, 9(2), 113-119. <https://doi.org/10.1353/nib.2019.0036>
- Havens, J. R., Walsh, S. L., Korthuis, P. T., & Fiellin, D. A. (2018). Implementing
Treatment of Opioid-Use Disorder in Rural Settings: A Focus on HIV and
Hepatitis C Prevention and Treatment. *Current HIV/AIDS Reports*, 15(4),
315-323. <https://doi.org/10.1007/s11904-018-0402-3>
- Hubach, R. D., O'Neil, A. M., Stowe, M., Hamrick, J., Giano, Z., & Currin, J.
M. (2020). Preferred Methods of HIV and Sexually Transmissible Infec-
tion Screening Delivery Among a Rural Sample of Men Who Have Sex
with Men. *1AIDS Patient Care and STDs*, 34(11), 470-476. [https://doi.
org/10.1089/apc.2020.0170](https://doi.org/10.1089/apc.2020.0170)
- James, C. V., Moonesinghe, R., Wilson-Frederick, S. M., Hall, J. E., Pen-
man-Aguilar, A., & Bouye, K. (2017). Racial/Ethnic Health Disparities
Among Rural Adults—United States, 2012-2015. *Morbidity and Morta-
lity Weekly Report. Surveillance Summaries (Washington, D.C.: 2002)*,
66(23), 1-9. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6623a1>
- Jenkins, W. D., Williams, L. D., & Pearson, W. S. (2021). STI epidemiology and
care in rural areas: A narrative review. *Sexually transmitted diseases*,
48(12), 1e236-e240. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001512>
- Julien, H. M., Eberly, L. A., & Adusumalli, S. (2020). Telemedicine and the For-
gotten America. *Circulation*, 142(4), 312-314. [https://doi.org/10.1161/
CIRCULATIONAHA.120.048535](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048535)

- Kolak, M. A., Chen, Y.-T., Joyce, S., Ellis, K., Defever, K., McLuckie, C., Friedman, S., & Pho, M. T. (2020). Rural risk environments, opioid-related overdose, and infectious diseases: A multidimensional, spatial perspective. *The International Journal on Drug Policy*, *85*, 102727. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102727>
- Kreisel, K. M., Spicknall, I. H., Gargano, J. W., Lewis, F. M. T., Lewis, R. M., Markowitz, L. E., Roberts, H., Johnson, A. S., Song, R., St Cyr, S. B., Weston, E. J., Torrone, E. A., & Weinstock, H. S. (2021). Sexually Transmitted Infections Among US Women and Men: Prevalence and Incidence Estimates, 2018. *Sexually Transmitted Diseases*, *48*(4), 208-214. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001355>
- Leichliter, J. S., Heyer, K., Peterman, T. A., Habel, M. A., Brookmeyer, K. A., Arnold Pang, S. S., Stenger, M. R., Weiss, G., & Gift, T. L. (2017). US Public Sexually Transmitted Disease Clinical Services in an Era of Declining Public Health Funding: 2013-14. *Sexually Transmitted Diseases*, *44*(8), 505-509. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000629>
- Leider, J. P., Meit, M., McCullough, J. M., Resnick, B., Dekker, D., Alfonso, Y. N., & Bishai, D. (2020). The State of Rural Public Health: Enduring Needs in a New Decade. *American Journal of Public Health*, *110*(9), 1283-1290. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305728>
- Logan, T. D., & Parman, J. M. (2018). Segregation and mortality over time and 1space. *Social Science & Medicine* (1982), *199*, 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.07.006>
- Long, A. S., Hanlon, A. L., & Pellegrin, K. L. (2018). Socioeconomic variables explain rural disparities in US mortality rates: Implications for rural health research and policy. *SSM - Population Health*, *6*, 72-74. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.08.009>
- López de Munain, J. (2019). Epidemiology and current control of sexually transmitted infections. The role of STI clinics. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica (English Ed.)*, *37*(1), 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.10.015>
- Marhefka, S. L., Lockhart, E., Turner, D., Wang, W., Dolcini, M. M., Baldwin, J. A., Roig-Romero, R. M., Lescano, C. M., & Glueckauf, R. L. (2020). Social Determinants of Potential eHealth Engagement Among People Living with HIV Receiving Ryan White Case Management: Health Equity Implications from Project TECH. *AIDS and Behavior*, *24*(5), 1463-1475. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02723-1>

- Melvin, S. C., Wiggins, C., Burse, N., Thompson, E., & Monger, M. (2020). The Role of Public Health in COVID-19 Emergency Response Efforts From a Rural Health Perspective. *Preventing Chronic Disease*, 17, E70. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200256>
- Mishori, R., & Antono, B. (2020). Telehealth, Rural America, and the Digital Divide. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 43(4), 319-322. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000348>
- Mohamoud, Y. A., Kirby, R. S., & Ehrental, D. B. (2019). Poverty, urban-rural classification and term infant mortality: A population-based multilevel analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2190-1>
- Morey, B. N. (2018). Mechanisms by Which Anti-Immigrant Stigma Exacerbates Racial/Ethnic Health Disparities. *American Journal of Public Health*, 108(4), 460-463. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304266>
- Naylor, K. B., Tootoo, J., Yakusheva, O., Shipman, S. A., Bynum, J. P. W., & Davis, M. A. (2019). Geographic variation in spatial accessibility of U.S. healthcare providers. *PloS One*, 14(4), e0215016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215016>
- Oakley, L. P., López-Cevallos, D. F., & Harvey, S. M. (2019). The Association of Cultural and Structural Factors with Perceived Medical Mistrust Among Young Adult Latinos in Rural Oregon. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 45(2), 118-127. <https://doi.org/10.1080/08964289.2019.1590799>
- Peterson, C. E., Silva, A., Holt, H. K., Balanean, A., Goben, A. H., & Dykens, J. A. (2020). Barriers and facilitators to HPV vaccine uptake among US rural populations: A scoping review. *Cancer Causes & Control: CCC*, 31(9), 801-814. <https://doi.org/10.1007/s10552-020-01323-y>
- Pinto, C. N., Dorn, L. D., Chinchilli, V. M., Du, P., & Chi, G. (2017). Rural counties chlamydia and gonorrhea rates in Pennsylvania among adolescents and young adults. *Annals of Epidemiology*, 27(9), 606-610.e2. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.08.018>
- Questa, K., Das, M., King, R., Everitt, M., Rassi, C., Cartwright, C., Ferdous, T., Barua, D., Putnis, N., Snell, A. C., Huque, R., Newell, J., & Elsey, H. (2020). Community engagement interventions for communicable disease control in low- and lower- middle-income countries: Evidence from a review of systematic reviews. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01169-5>

- Raglan, G. B., Lannon, S. M., Jones, K. M., & Schulkin, J. (2018). Racial and Ethnic Disparities in Preterm Birth Among American Indian and Alaska Native Women. *Maternal and Child Health Journal*, 20(1), 16-24. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1803-1>
- Rao, D., Frey, S., & Ramaiya, M. (2018). EHealth for Stigma Reduction Efforts Designed to Improve Engagement in Care for People Living with HIV. *Current HIV/AIDS Reports*, 15(6), 397-402. <https://doi.org/10.1007/s11904-018-0414-z>
- Rhodes, S. D., Daniel-Ulloa, J., Wright, S. S., Mann-Jackson, L., Johnson, D. B., Hayes, N. A., & Valentine, J. A. (2021). Critical Elements of Community Engagement to Address Disparities and Related Social Determinants of Health: The Centers of Disease Control and Prevention Community Approaches to Reducing Sexually Transmitted Disease Initiative. *Sexually Transmitted Diseases*, 48(1), 49-55. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001267>
- Rice, L., & Sara, R. (2019). Updating the determinants of health model in the Information Age. *Health Promotion International*, 34(6), 1241-1249. <https://doi.org/10.1093/heapro/day064>
- Rogstad, K. (2019). Sexually transmitted infections: Controversies and conundrums in screening, treatment and stigma. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 27(1), 53-55. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000035>
- Rosenkrantz, D. E., Black, W. W., Abreu, R. L., Aleshire, M. E., & Fallin-Bennett, K. (2017). Health and health care of rural sexual and gender minorities: A systematic review. *Stigma and Health*, 2(3), 229.
- Saint Onge, J. M., & Smith, S. (2020). Demographics in Rural Populations. *The Surgical Clinics of North America*, 100(5), 823-833. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2020.06.005>
- Sarno, E. L., Bettin, E., Jozsa, K., & Newcomb, M. E. (2021). Sexual Health of Rural and Urban Young Male Couples in the United States: Differences in HIV Testing, Pre-exposure Prophylaxis Use, and Condom Use. *AIDS and Behavior*, 25(1), 191-202. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02961-8>
- Wallerstein, N., Oetzel, J. G., Sanchez-Youngman, S., Boursaw, B., Dickson, E., Kastelic, S., Koegel, P., Lucero, J. E., Magarati, M., Ortiz, K., Parker, M., Peña, J., Richmond, A., & Duran, B. (2020). Engage for Equity: A Long-Term Study of Community-Based Participatory Research and Community-Engaged Research Practices and Outcomes. *Health Education & Be-*

havior: The Official Publication of the Society for Public Health Education, 47(3), 380-390. <https://doi.org/10.1177/1090198119897075>

Yang, T.-C., Park, K., & Matthews, S. A. (2020). Racial/ethnic segregation and health disparities: Future directions and opportunities. *Sociology Compass*, 14(6), e12794. <https://doi.org/10.1111/soc4.12794>

Zahnd, W. E., Rodriguez, C., & Jenkins, W. D. (2019). Rural-Urban Differences in Human Papillomavirus-associated Cancer Trends and Rates. *The Journal of Rural Health: Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 35(2), 208-215. <https://doi.org/10.1111/jrh.12305>

Violencia de género y salud sexual y reproductiva en el contexto rural

Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga

La violencia de género es un problema global que afecta a millones de mujeres y niñas en todo el mundo. En el contexto rural, este problema adquiere una dimensión particular, debido a las características socioculturales y económicas de estas zonas. Puede manifestarse de diversas formas, incluyendo la violencia física, sexual y psicológica.

La violencia de género en el contexto rural puede tener graves consecuencias para las víctimas, tanto físicas como psicológicas. Las víctimas de violencia de género pueden sufrir lesiones físicas, enfermedades mentales, problemas de salud sexual y reproductiva, y dificultades para trabajar o estudiar. También pueden verse expuestas a un mayor riesgo de embarazo no deseado, abortos inseguros y enfermedades de transmisión sexual.

En el contexto mencionado puede tener consecuencias negativas para la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Las mujeres que sufren violencia de género pueden tener menos acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva. También pueden ser más propensas a tener embarazos no deseados, abortos inseguros y enfermedades de transmisión sexual.

Según los aportes de Lorente (2020), la violencia de género y la salud sexual y reproductiva en el contexto rural son problemas interconectados que requieren una respuesta integral. El capítulo que se presenta, gira en torno a la exploración y comprensión de la compleja dinámica entre la violencia de género y la salud sexual y reproductiva en los contextos rurales. Este enfoque enfatiza en la intersección de factores socioculturales, psicológicos y estructurales.

En este orden, la violencia de género, un fenómeno multifacético que abarca formas verbales, físicas y emocionales de agresión, así como su integración en los procesos de toma de decisiones en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, sin duda es un desafío crucial para comprender los mecanismos de poder, las relaciones sociales y la influencia de las estructuras patriarcales arraigadas en las comunidades rurales.

El objetivo es reflexionar en torno a la violencia de género y salud sexual y reproductiva en el contexto rural de Ecuador.

La violencia de género en zonas rurales de Ecuador

Es un problema grave que afecta a millones de mujeres. Según datos de la Encuesta Nacional Sobre Relaciones Familiares y Violencia de género contra las mujeres (ENVIGMU) de 2019, el 58,7% de las mujeres que viven en zonas rurales han sufrido algún tipo de violencia de género en su vida.

Los tipos de violencia de género más comunes en zonas rurales de Ecuador son la violencia psicológica (53,9%), la violencia física (33,3%) y la violencia sexual (12,5%). La violencia psicológica se manifiesta en insultos, amenazas, humillaciones, etc. La violencia física se manifiesta en golpes, patadas, quemaduras, etc. La violencia sexual se manifiesta en violación, incesto, acoso sexual, los datos son elementos evidenciados en los estudios de Lezcano (2019).

Las causas de la violencia de género en zonas rurales de Ecuador son complejas y multicausales. Entre ellas se incluyen:

- Los estereotipos de género: Los estereotipos de género que asocian a la mujer con la debilidad y al hombre con la fuerza pueden contribuir a la violencia de género.
- La desigualdad de género: La desigualdad de género, que se manifiesta en la discriminación de las mujeres en todos los ámbitos de la vida, puede contribuir a la violencia de género.
- La violencia cultural: La violencia cultural, que se manifiesta en la aceptación de la violencia como una forma de resolver conflictos, puede contribuir a la violencia de género (Jaramillo y Carvajal, 2020)

Las consecuencias de la violencia de género en zonas rurales de Ecuador pueden ser graves, tanto para las víctimas como para la sociedad en general. Entre ellas se incluyen:

Para las víctimas: lesiones físicas, enfermedades mentales, problemas de salud sexual y reproductiva, dificultades para trabajar o estudiar y muerte.

Para la sociedad: pérdida de productividad, aumento del gasto sanitario, aumento de la delincuencia, disminución de la confianza social.

Velásquez et. al (2020), aluden a que la lucha contra la violencia de género en zonas rurales de Ecuador es un reto importante que requiere el compromiso de todos. Entre las acciones que se pueden tomar para luchar contra la violencia de género en estas zonas se incluyen:

- Educación y sensibilización: Desarrollar programas educativos en las comunidades rurales para aumentar la conciencia sobre la violencia de género, sus impactos en la salud sexual y reproductiva, y promover relaciones saludables y equitativas.
- Formación de líderes comunitarios: Capacitar a líderes locales y figuras de influencia en las comunidades rurales para que actúen como defensores y promotores del cambio, fomentando normas de género más equitativas y promoviendo el respeto y la igualdad.
- Acceso a servicios de salud integral: Asegurar que las comunidades rurales tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, incluyendo atención médica especializada, servicios de planificación familiar, asesoramiento psicológico y apoyo en casos de violencia.
- Fortalecimiento de redes de apoyo: Establecer redes de apoyo locales que brinden ayuda y recursos a las víctimas de violencia de género, incluyendo refugios seguros, líneas telefónicas de emergencia y programas de asesoramiento.
- Empoderamiento económico: Implementar programas que promuevan la autonomía económica de las mujeres en áreas rurales, proporcionándoles oportunidades de empleo, capacitación laboral y acceso a recursos financieros.
- Participación comunitaria: Fomentar la participación activa de la comunidad en la identificación de problemas y soluciones, involucrando a diferentes grupos (hombres, mujeres, jóvenes, líderes religiosos, entre otros) en la creación de estrategias efectivas.
- Legislación y políticas: Trabajar en colaboración con autoridades gubernamentales para implementar y hacer cumplir leyes y políticas que protejan los derechos de las personas y aborden la violencia de género en áreas rurales.

Estas acciones podrían adaptarse y combinarse según las necesidades específicas de cada comunidad rural, pero juntas podrían contribuir significativamente a abordar la violencia de género y mejorar la salud sexual y reproductiva en estos contextos.

Otros puntos de vistas son los de Mejía et. al (2019) y Vera (2020), quienes expresaron que, en Ecuador, el Gobierno ha tomado medidas para luchar contra la violencia de género, incluyendo la creación de la Secretaría Nacional

de la Mujer (SENAMU) y la aprobación de la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (LOIPFV). Sin embargo, aún queda mucho por hacer para acabar con este problema en zonas rurales.

Entre las acciones concretas que se pueden tomar para luchar contra la violencia de género en zonas rurales de Ecuador se incluyen:

- Fortalecer la educación en igualdad de género en las escuelas y universidades rurales.
- Implementar campañas de sensibilización sobre la violencia de género en las zonas rurales.
- Mejorar el acceso a los servicios de atención a víctimas de violencia de género en las zonas rurales.
- Fortalecer la participación de las mujeres en la vida pública y política de las zonas rurales.

La lucha contra la violencia de género en zonas rurales de Ecuador es un reto importante, pero es posible acabar con este problema con el compromiso de todos.

Aborda la violencia de género en el contexto rural y como afecta la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las adolescentes.

Flores et. al. (2022), sistematizaron en el Anuario del INEC (2010) encontrando que, en el Ecuador el 27% de mujeres se casan en edades comprendidas entre los 12 y 20 años, y un 30% lo hacen cuando tienen entre 21 y 25 años; es decir, más de la mitad ha contraído matrimonio antes de cumplir 25 años.

Es probable, también, que las uniones o matrimonios sean decididos con mayor madurez y en mejores condiciones; al contrario de lo que ocurriría con las parejas constituidas a edades tempranas; pues responderían a circunstancias como: embarazos no planificados, presiones de sus parejas, imposiciones de los padres, madres o personas a su cargo, deseos de huir de conflictos o de opresiones familiares, entre otras.

Las provincias con los índices de peligrosidad más altos en la región amazónica son Sucumbíos (30,6) Morona Santiago (29,9) y Pastaza (29,5); en la región serrana son Imbabura (30,7), Cañar (29,8) y Carchi (29,5); en la Costa se ubica en primer lugar Manabí con un índice de 28,5, seguida por Los Ríos cuyo índice es de 27,1. Vale llamar la atención que si bien Manabí, por un lado, es la provincia con el menor porcentaje de mujeres violentadas, por otro

es el territorio de la Costa donde las agresiones son más peligrosas. En cambio, Galápagos y Loja son las provincias donde la peligrosidad de la violencia es menor, con índices de 23,9 y 24,1 respectivamente.

Zuleta et. al. (2022), alegaron que la violencia basada en el género constituye un problema social de gran magnitud, ya que 6 de cada 10 mujeres ecuatorianas de 15 o más años ha sufrido una o más agresiones físicas, psicológicas, sexuales o patrimoniales, por el hecho de ser mujeres. La forma de violencia más frecuente es la psicológica o emocional, pues el 53,9% de las mujeres reportan haber sufrido este tipo de violencia.

En segundo lugar, se ubica la violencia física con el 38%; seguida por la violencia sexual que alcanza el 25,7% y, finalmente, se ubica la patrimonial con el 16,7%. La violencia de género, tanto en el entorno familiar o de pareja como la ejercida en el ámbito público, afecta a las mujeres de todas las edades, tanto del área urbana como de la rural, de los diversos grupos étnico-culturales, de todos los estratos socioeconómicos y de las distintas regiones del país, confirmando que el principal riesgo es ser mujer.

En congruencia con lo anterior, se encuentran factores que favorecen o inhiben de alguna manera el ejercicio de la violencia hacia las mujeres, sobre todo la ejercida por parte la pareja. Se ha constatado, por ejemplo, que tener un mayor nivel educativo es un factor que interviene para disminuir la incidencia de la violencia de género, aunque no para erradicarla. Esta tendencia, sin embargo, no significa que las mujeres con mayor escolaridad o que cuentan con más o mejores recursos, estén exentas de ser violentadas.

Para Vera (2020), la salud sexual y reproductiva (SSR) es un derecho humano fundamental que garantiza a todas las personas el acceso a información, servicios y productos de calidad para la planificación familiar, la prevención de embarazos no deseados, la prevención y atención del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, la atención a la salud materna y neonatal, y la atención a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad.

En el contexto rural de Ecuador, la SSR se enfrenta a una serie de desafíos, entre los que se incluyen:

- Desigualdades socioeconómicas: las mujeres y niñas rurales tienen un acceso más limitado a la educación, la salud y los servicios sociales que las mujeres y niñas urbanas. Esto se traduce en una mayor vulnerabilidad a la violencia sexual y de género, los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.

- Discriminación: las mujeres y niñas rurales, especialmente las indígenas, enfrentan barreras culturales y sociales que dificultan su acceso a la información y los servicios de SSR.
- Dificultades de acceso: las zonas rurales de Ecuador a menudo se caracterizan por la falta de acceso a servicios de salud de calidad, lo que dificulta el acceso a la atención de SSR (Zuleta et. al. 2022).

Como resultado de estos desafíos, las mujeres y niñas rurales de Ecuador tienen una serie de problemas de SSR específicos, entre los que se incluyen:

- Embarazos no deseados: la tasa de embarazos no deseados en zonas rurales es de 22,94%, en comparación con el 19,38% en zonas urbanas.
- Infecciones de transmisión sexual: la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual, como el VIH/sida, es mayor en zonas rurales que en zonas urbanas.
- Mortalidad materna: la mortalidad materna en zonas rurales es de 100,5 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, en comparación con 77,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en zonas urbanas.

El Gobierno de Ecuador ha adoptado una serie de políticas y programas para promover la SSR en el contexto rural, entre los que se incluyen:

La Ley Orgánica de Salud: Esta ley establece el derecho a la SSR para todas las personas, independientemente de su condición social o ubicación geográfica.

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: Este plan establece objetivos y estrategias para mejorar la SSR en todo el país, incluyendo las zonas rurales.

El Programa de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres y Adolescentes Indígenas: Este programa brinda atención integral a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y adolescentes indígenas, incluyendo la prevención del embarazo adolescente, la atención a la violencia sexual y de género, y la prevención y atención del VIH/sida (Flores et. al. 2022).

A pesar de estos esfuerzos, aún queda mucho por hacer para mejorar la SSR en el contexto rural de Ecuador. Es necesario fortalecer las políticas y programas existentes, y garantizar que sean accesibles y efectivos para las mujeres y niñas rurales.

Algunas recomendaciones específicas para mejorar la SSR en el contexto rural de Ecuador incluyen:

- Incorporar la SSR en las políticas de desarrollo rural: La SSR debe ser considerada un componente integral del desarrollo rural, y debe integrarse en las políticas y programas de desarrollo rural.
- Fortalecer la educación sexual y reproductiva: La educación sexual y reproductiva es fundamental para promover la SSR, y debe ser accesible para todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud: Los servicios de salud de SSR deben ser accesibles y asequibles para las mujeres y niñas rurales.
- Reducir la discriminación: Las barreras culturales y sociales que dificultan el acceso a la SSR deben ser abordadas.

Con esfuerzos concertados, es posible mejorar la SSR en el contexto rural de Ecuador y garantizar que todas las mujeres y niñas, independientemente de su ubicación geográfica, tengan acceso a la información, los servicios y los productos que necesitan para una salud sexual y reproductiva plena y saludable.

En Lorente (2020), el impacto de la desigualdad social en el ámbito específico de la salud sexual y reproductiva se asocia a indicadores como el mayor porcentaje de embarazos no planificados y mayores tasas de mortalidad entre las adolescentes y jóvenes de estratos pobres, quienes tienen un menor nivel educativo, viven en área rural o son indígenas.

Conclusiones

Es necesario que se destaque, la realidad alarmante ante la prevalencia de la violencia de género en zonas rurales, evidenciando sus diversas formas y el impacto devastador que tiene en la vida de las víctimas y la sociedad en general.

Los factores de riesgo se relacionan con los estereotipos de género, la desigualdad social, la violencia cultural y otros factores contribuyen a la perpetuación de la violencia de género en contextos rurales, dificultando el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Los desafíos específicos en salud sexual y reproductiva que enfrentan las mujeres y niñas rurales en términos de embarazos no deseados, infecciones

de transmisión sexual y mortalidad materna, se debe debido a la falta de acceso a servicios de salud adecuados.

Recomendación

Integrar la salud sexual y reproductiva en políticas de desarrollo rural, la mejora en la educación sexual y reproductiva, el fortalecimiento de los servicios de salud y la reducción de la discriminación.

Reconocer la importancia de un enfoque multidisciplinario y coordinado entre el gobierno, las comunidades locales, las organizaciones no gubernamentales y otros actores relevantes para abordar de manera integral la violencia de género y mejorar la salud sexual y reproductiva en las áreas rurales de Ecuador.

Referencias Bibliográficas

- Flores Martínez, R. M., Zamarripa Esparza, E. A., & Mendoza Cárdenas, E. (2022). "Es lo que te tocó". Violencia y desigualdad en mujeres mayores rurales a lo largo del curso de vida. *Revista Guillermo de Ockham*, 20(1), 39-49.
- INEC (2019) Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres (ENVIGMU). Disponible en https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf
- Jaramillo-Bolívar, C. D., & Canaval-Erazo, G. E. (2020). Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto. *Universidad y salud*, 22(2), 178-185.
- Lezcano, P. (2019). La juventud en el discurso de los organismos internacionales, el caso de la CEPAL.
- Lorente-Acosta, M. (2020). Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Revista española de medicina legal*, 46(3), 139-145.
- Mejía, M., Ochoa, D., Ríos, P., Yaulema, L., & Veloz, S. (2019). Factores de riesgo e indicadores de violencia de género en mujeres socias de bancos comunitarios en Chimborazo. Ecuador. *Revista espacios*, 40(32), 23-31.
- Velásquez, J. C. R., Vélez, R. A. A., & Peñafiel, S. A. O. (2020). Violencia de género en Latinoamérica: Estrategias para su prevención y erradicación. *Revista de ciencias sociales*, 26(4), 260-275.

- Vera Viteri, L. V. (2020). Enfoque de género, violencia de género y políticas públicas: un acercamiento desde las Ciencias Sociales al marco jurídico ecuatoriano. *Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales (ReHuSo)*, 5(1), 21-36.
- Zuleta, I. A. H., Durán, V. F., Cabrera, L. T. S., & Ruiz, M. F. R. (2022). Enfermería en la salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes: un desafío desde la ruralidad. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 24, 1-10.

Parto y Atención Prenatal

Yasmin Castillo Merino

El parto es considerado uno de los eventos más desafiantes en la vida de una madre, ya que entre el 10% y el 34% de todas las mujeres en edad fértil se enfrentan a experiencias de parto traumáticas. Una experiencia negativa en el parto se asocia con trastorno de estrés postraumático (TEPT), interrupción de las relaciones interpersonales, vínculo disfuncional entre la madre y la infancia, reducción de las tasas de lactancia materna exclusiva, utilización inadecuada de la lactancia materna y servicios de atención al recién nacido, miedo al parto y mayor deseo de una cesárea electiva en futuros embarazos (Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari, & Sarafraz, 2018).

La importancia de una atención prenatal de calidad puede analizarse desde diversas perspectivas, siendo ideal que cumplan con requisitos que garanticen avances en el ámbito de la calidad. En términos de satisfacción del usuario, es crucial comprender qué busca el cliente al recurrir a un servicio de salud y alinear la dirección hacia las dimensiones de calidad. Esto implica describir las características que estas dimensiones exigen, como competencia técnica, calidad humana y ambientación (Guerrero, 2021).

La atención prenatal engloba una serie de procedimientos destinados a prevenir y controlar posibles complicaciones durante el embarazo que podrían afectar la salud tanto de las madres como de los niños. La adhesión a este servicio suele estar influenciada por diversos factores, siendo la orientación y atención de los profesionales de obstetricia uno de los más destacados. Últimamente, ha habido cambios en la atención médica proporcionada a las mujeres embarazadas y sus familias, orientándose hacia el respeto por el proceso fisiológico sin interferencias innecesarias. Es necesario simplificar las medidas aplicadas a mujeres embarazadas, ajustándolas a la evidencia científica y a las necesidades individuales de cada mujer. Conviene conocer la situación específica de cada gestante para identificar posibles riesgos, tanto obstétricos y clínicos como psicosociales, e incluir activamente a las mujeres y sus parejas en la toma de decisiones, siempre después de proporcionar suficiente información y personalización (Morocho y Quilcate, 2021).

La medición de la satisfacción del cliente se presenta como una herramienta para alcanzarla, no como un fin en sí mismo. Es un error asumir que la fidelización del cliente se logra simplemente con la creación de actividades de medición. Para llevar a cabo esta medición, se puede desarrollar un cuestionario que aborde las expectativas de percepción de calidad.

Atención prenatal

Conceptos clave sobre atención prenatal y parto

El embarazo consta de ser un proceso fisiológico, el cual requiere de brindar cuidados necesarios para el desarrollo normal, y sobretodo el papel importante que tiene la mujer dentro de la toma de decisiones. De esta manera, vale establecer algunas definiciones importantes que nos brinda la Guía Práctica de Control Prenatal:

- **Control Prenatal:** comprende una serie de actividades y procedimientos proporcionados por el equipo de salud a la mujer embarazada. Su objetivo es identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el desarrollo normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los elementos que abarca este control incluyen la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal, aplicando enfoques de interculturalidad, género y generacional.
- **Embarazo sin riesgo o normal:** Este estado fisiológico de la mujer comienza con la concepción y concluye con el parto y el nacimiento del producto a término. Se refiere a un embarazo que no presenta criterios de riesgo y, por lo tanto, debería recibir atención en el primer nivel de complejidad.
- **Contrareferencia:** proceso obligatorio mediante el cual una usuaria, previamente referida o derivada, regresa al establecimiento de salud de menor nivel de atención de después de haber recibido la atención correspondiente, con la información necesaria. Este procedimiento tiene como objetivo asegurar la continuidad y complementariedad en la atención de la usuaria.
- **Edad gestacional:** Se refiere a la duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el momento del nacimiento o hasta el evento gestacional específico bajo estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.
- **Embarazo de riesgo:** Se caracteriza por la certeza o una mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concurrentes con la gestación y el parto. Estos aumentan los riesgos para la salud tanto de la madre como del producto. También se considera un embarazo de riesgo cuando la madre proviene de condi-

ciones socioeconómicas precarias (MSP, Control Prenatal, 2015, pág. 10).

Factores que influyen en la calidad de la atención prenatal

En la atención prenatal, vale hacer énfasis en aspectos, que permiten reconocer y categorizar todos los factores de riesgo de acuerdo con el tipo de acción que se puede emprender, diferenciándolos en aquellos que pueden ser modificados y los que no pueden ser alterados:

Factores de riesgo modificables:

- Carencia de respaldo adecuado para la familia y la pareja.
- Supervisión insuficiente del embarazo: menos de 4 visitas prenatales o solo 1 visita después de la semana 20 de gestación.
- Exceso de esfuerzo físico, carga laboral elevada, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, incluyendo anestésicos, solventes y pesticidas.
- Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática.
- Manifestación de síntomas neurovegetativos.
- Consumo habitual de tabaco.
- Anemia moderada (Hemoglobina: 7 a 10 g/dL, Hematocrito: 21 a 30%).
- Anemia grave (Hematocrito < 21%, Hemoglobina < 7 g/dL).
- Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37.
- Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos.
- Experiencia previa de violencia familiar o historial de abuso sexual.
- Desventajosas condiciones socioeconómicas (MSP, Control Prenatal, 2015, pág. 14).

Factores de riesgo No Modificables:

- Nivel educativo bajo.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Incertidumbre sobre la fecha de la última menstruación.
- Vivienda y condiciones sanitarias deficientes.

- Desempleo a nivel personal y/o familiar.
- Anomalía pelviana clínica identificada y/o radiológicamente.
- Estatura materna baja: menos de 1,45 metros.
- Ganancia de peso excesiva o insuficiente: más de 15 kg o menos de 5 kg.
- Planificación familiar con embarazo programado (MSP, Control Prenatal, 2015, pág. 14).

Otro tipo de factores que intervienen:

Es esencial reconocer los factores de riesgo laboral, tales como:

- Permanecer de pie durante períodos prolongados (más de 3 horas por turno).
- Levantar objetos pesados, exposición a ruido excesivo.
- Nutrición inadecuada debido a restricciones horarias.
- Ser fumadora pasiva.
- Realizar trabajos combinados que involucren diversas condiciones estresantes (estar de pie por más de 4 horas por turno, estrés mental, trabajar en ambientes fríos, exposición a ruido intenso, sustancias tóxicas, etc.) (MSP, Control Prenatal, 2015).

La edad materna, el aumento de peso y el hábito de fumar o la exposición pasiva al humo se correlacionan con el peso del feto al nacer. El bajo peso materno se asocia con recién nacidos pequeños para la edad gestacional, mientras que el aumento de peso adecuado durante el embarazo en mujeres saludables (entre 7 y 18 kg) está relacionado con neonatos de 3 a 4 kg al nacer.

El sobrepeso al inicio del embarazo se vincula con tasas más altas de cesáreas y preeclampsia. Es crucial destacar la identificación y tratamiento de los factores de riesgo, adaptando su manejo a cada caso individual. Durante el control prenatal, se deben identificar modificaciones en los factores de riesgo, especialmente enfocándose en la presencia de violencia doméstica, preeclampsia, infecciones y diabetes (De Almeida Filho, 2020).

En presencia de factores de riesgo no modificables que aumentan significativamente la probabilidad de resultados adversos, se debe referir al paciente a un nivel de atención superior. La referencia debe realizarse de manera

inmediata si el factor de riesgo compromete el bienestar materno-fetal, de acuerdo con la significancia del mismo. En Ecuador, se recomienda utilizar la herramienta SCORE MAMA, desarrollada por la Gerencia Institucional de Disminución de Muerte Materna del MSP, para identificar casos de mayor riesgo obstétrico y así reducir la morbilidad (MSP, Control Prenatal, 2015).

Desafíos específicos para las mujeres rurales durante el embarazo y el parto

En el Ecuador, similar a áreas de América Latina, se ha mostrado un interés destacado en la prevención de complicaciones obstétricas a través del control prenatal y perinatal. Un ejemplo de ello, es la investigación centrada a la falta de adherencia al control prenatal, motivada por factores como la edad temprana, creencias, costumbres, falta de accesibilidad geográfica, clima regional y desigualdad de género, puede dar lugar a complicaciones con consecuencias permanentes para la madre, el recién nacido y afectan al entorno familiar y social.

Estos hallazgos se encuentran respaldados en una investigación de 2019, basada en historias clínicas y encuestas sociodemográficas en una muestra de 365 pacientes. Su estudio reveló que el 84,4% de las mujeres participaron en consultas prenatales, atribuyendo esta alta asistencia a la expansión de la red nacional de atención prenatal. Esto resultó en una reducción significativa de complicaciones obstétricas, como hipotonía, anemia, atonía uterina, desgarros y alumbramiento incompleto, así como una disminución de la mortalidad materna al 0,5% (Barros y Velasco, 2022).

El Ministerio de Salud Pública, consciente de que las principales causas de mortalidad materna y perinatal en el país son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, oportuno y de alta calidad, implementa campañas y programas de seguimiento gestacional intensivos. Esto se debe a que el control prenatal no solo reduce la mortalidad y discapacidad infantil, sino que también contribuye a mejorar la salud y la calidad de vida de mujeres, familias y comunidades.

Brechas en la atención prenatal entre áreas urbanas y rurales

Las brechas en la atención prenatal entre áreas urbanas y rurales son disparidades y diferencias en la calidad y accesibilidad de los servicios de atención prenatal. Respecto al acceso geográfico, en áreas rurales la distancia física y la falta de infraestructuras de transporte eficientes pueden dificultar el acceso a los servicios de atención prenatal. Las áreas rurales a menudo carecen de recursos médicos, profesionales de la salud y tecnología médica

avanzada en comparación con las áreas urbanas. Esto puede resultar en una oferta limitada de servicios de atención prenatal en las zonas rurales.

Las comunidades rurales pueden tener niveles más bajos de educación y conciencia sobre la importancia del control prenatal, lo que puede llevar a una menor participación y adherencia a estos servicios. A menudo enfrentan desafíos socioeconómicos, como la pobreza y la falta de acceso a servicios básicos. Esto puede influir en la capacidad de las mujeres para buscar y recibir atención prenatal de calidad.

Estos problemas, evaluados desde la perspectiva de la calidad de atención, han sido ampliamente informados en otros estudios. Sin embargo, a menudo no se describen adecuadamente las dificultades que enfrentan las mujeres para acceder a los servicios obstétricos, lo que impide comprender la realidad de la pobreza y cómo y cuándo se convierte en una barrera que resulta en muerte materna. En este contexto, es esencial cuestionar el significado de “corresponsabilidad” en un entorno social donde las variables socioculturales tienen un peso significativo al explicar las complicaciones durante el parto en mujeres indígenas, así como examinar cómo el Estado garantiza los requisitos mínimos para brindar atención médica de calidad en los establecimientos de salud (Enriquez, 2022).

Los desafíos para recibir atención obstétrica incluyen el retraso en buscar atención, el retraso en llegar al lugar de atención y el retraso en recibir atención. Los hallazgos sugieren que estos indicadores negativos vinculados a la muerte materna pueden complementarse con una cuarta variable: la étnica. En particular, la dificultad de comunicación, presente en los tres momentos de demora en el acceso al servicio, interfiere en la capacidad de las mujeres para transmitir adecuadamente sus síntomas al personal de salud y dificulta la identificación de la urgencia (Juárez, Villalobos, Saucedo, y Nigenda, 2020).

Importancia de la atención prenatal de calidad

Impacto de la atención prenatal en la salud materna e infantil

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de en salud como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseados para individuos y poblaciones. Aplicando este principio al ámbito de la salud materna y del recién nacido, la OMS especifica que la atención de calidad implica el nivel en el cual los servicios maternos y para el recién nacido incrementan la probabilidad de brindar atención adecuada y adecuada. Esto se busca lograr resultados coherentes con los conocimientos profesionales actuales y que consideran las

preferencias y aspiraciones individuales de cada mujer y su familia (Guerre-ro, 2021).

Estas directrices se reflejan en un modelo actualizado de atención pre-natal que establece un mínimo de ocho controles prenatales, con el primero programado para el primer trimestre del embarazo. La OMS recomienda inter-venciones específicas para asegurar que la atención prenatal resulte en una experiencia positiva del embarazo.

Estas intervenciones incluyen asesoramiento nutricional, suplementos diarios de hierro y ácido fólico, evaluación de la madre y del feto (que abarca mediciones de peso y talla, presión arterial, niveles de glucosa, información sobre hábitos como fumar, descarga de VIH y sífilis, y ecografía antes de la semana 24 de gestación), medidas preventivas como el tratamiento de bacte-riuria asintomática y la vacunación contra el tétanos, así como intervenciones para abordar síntomas fisiológicos comunes como las náuseas, acidez gástri-ca, lumbalgia, dolor pélvico, estreñimiento y venas varicosas (Zumaran, 2023).

Además, se destacan intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de atención en los sistemas de salud materna, incluyendo el uso de carne perina-tal y modelos de atención con, al menos, ocho controles prenatales.

Consecuencias de la falta de atención prenatal adecuada

En América Latina, en las últimas dos décadas, se ha observado una re-ducción del 50% en la mortalidad materna, pasando de 16.000 a 7.300 muer-tes. A pesar de que nuestro país ha avanzado significativamente en la reduc-ción de la mortalidad materna, disminuyendo de 185 a 68 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos entre 2000 y 2015, aún ocupa el décimo lugar entre los países latinoamericanos con la tasa más alta de mortalidad. materno. Este puesto está por encima del promedio latinoamericano, según datos del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (Díaz P., 2020).

Diversas barreras dificultan la atención prenatal adecuada, como la falta de competencias profesionales del equipo de salud, problemas en la organi-zación, inaccesibilidad geográfica, barreras culturales, desconfianza de las mujeres en los sistemas de salud, falta de promoción en la comunidad y las familias, y la cobertura parcial del seguro integral de salud. Estos obstáculos contribuyen a la persistencia de la mortalidad materno-perinatal. En nuestro país, la calidad inadecuada de la atención prenatal en los establecimientos de salud representa uno de los principales desafíos para abordar con éxito los problemas de salud materno-perinatales.

Es durante la atención prenatal que se identifican la mayoría de los factores de riesgo para la salud de la madre. Muchos de estos son prevenibles o modificables mediante la eliminación del riesgo o la aplicación de acciones diagnósticas o terapéuticas oportunas. Esta intervención temprana y de calidad durante la atención prenatal se ha reconocido como fundamental para mejorar las condiciones relacionadas con el parto, según la aceptación generalizada de la comunidad profesional (Díaz P., 2020).

Aspectos económicos y sociales de la atención prenatal

La atención prenatal está influenciada por diversos aspectos económicos y sociales que desempeñan un papel crucial en el acceso, la calidad y los resultados de la atención para las mujeres embarazadas. Respecto a los aspectos económicos, el acceso a servicios de atención prenatal puede estar condicionado por la capacidad financiera de las mujeres. En entornos donde los costos de atención médica son elevados o no están cubiertos por sistemas de seguro, las mujeres pueden enfrentar barreras financieras para buscar atención prenatal de calidad.

La disponibilidad y cobertura de seguros de salud pueden afectar significativamente la capacidad de las mujeres para acceder a la atención prenatal. La falta de seguro puede limitar el acceso a servicios esenciales y resultar en retrasos en la búsqueda de atención. Además de los costos directos de la atención médica, pueden existir costos indirectos como transporte, pérdida de ingresos debido a ausencias laborales para las citas, y gastos relacionados con medicamentos o suplementos nutricionales recetados (Enriquez, 2022).

A nivel social, el nivel educativo y la conciencia de las mujeres sobre la importancia de la atención prenatal pueden influir en su disposición para buscar y seguir el cuidado adecuado durante el embarazo. Factores culturales y creencias comunitarias pueden afectar la decisión de las mujeres de buscar atención prenatal. Las prácticas culturales y las percepciones sobre el embarazo y la salud materna pueden influir en la aceptación de ciertos servicios de atención (Díaz P., 2020).

El apoyo de la familia y la comunidad puede ser determinante. Las mujeres que cuentan con un fuerte sistema de apoyo social pueden estar más inclinadas a buscar atención prenatal y seguir las recomendaciones médicas. La violencia de género puede representar un obstáculo significativo para acceder a la atención prenatal. Las mujeres que sufren violencia pueden tener miedo de buscar atención médica o enfrentar barreras adicionales debido a su situación.

Factores como el estatus socioeconómico, el empleo y las condiciones de vida influyen en la capacidad de las mujeres para acceder y comprometerse con la atención prenatal. La ubicación geográfica, especialmente en áreas rurales o remotas, puede afectar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de atención prenatal. La distancia a los centros de salud puede ser un factor determinante (MSP, Control Prenatal, 2015).

Estrategias para mejorar la atención prenatal en áreas rurales

Iniciativas gubernamentales y no gubernamentales

Se identificaron propuestas de intervención educativa y orientación que comprenden la realización de un curso interactivo de preparación para la maternidad y paternidad, llevado a cabo con la participación de profesionales de la salud y el núcleo familiar de la gestante. Este curso tiene como objetivo instruir a la población acerca de los métodos anticonceptivos. En el ámbito de la maternidad, se propone una asesoría más formal para que las mujeres inicien su método anticonceptivo justo después del parto, antes de abandonar el hospital. Además, se proporcionan condones con el fin de prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) y el Zika. Se destaca también la realización de tamizajes para la sífilis prenatal, una estrategia que ha demostrado reducir la muerte perinatal y los partos prematuros en al menos un 50%, al mismo tiempo que disminuye la incidencia de la sífilis congénita.

En relación con la anticoncepción, varios estudios mencionan esta actividad como parte de los derechos sexuales, reproductivos y de atención en salud, considerándola como una estrategia para disminuir la mortalidad materna, especialmente en la población adolescente. Estas acciones están alineadas con los lineamientos de la RIAMP, cuyo enfoque es fomentar entornos propicios para la mujer, la madre y el recién nacido, especialmente en el hogar. Esto se logra mediante programas educativos y de comunicación para la salud que abordan la prevención de infecciones de transmisión sexual, infecciones del tracto reproductor, malaria, Zika, VIH y SIDA, así como embarazos no deseados (Enriquez, 2022).

Además, se llevan a cabo campañas informativas sobre las causas de la mortalidad materna, salud bucal, nutrición y estilos de vida saludable, incluyendo la identificación de señales de alerta y la detección temprana de complicaciones que pueden afectar la salud materna. Estas campañas se materializan a través de la elaboración de folletos y plegables informativos sobre las causas de la mortalidad materna, señales de alarma y la importancia de acudir a los controles médicos de manera oportuna (Bastidas, Quijano,

Pabon, & Granada, 2022). También se llevan a cabo actividades como jornadas de vacunación y campañas educativas dirigidas a mujeres entre 12 y 35 años sobre los signos de alarma asociados a la mortalidad materna durante y después del periodo de gestación. Estos signos incluyen hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea y síntomas urinarios.

Tecnologías y enfoques innovadores para superar barreras

La accesibilidad limitada a los controles prenatales ha generado la consideración de la aplicación de las pautas provisionales de la RIAMP a través de la educación b-learning. Este enfoque se define como un tipo de aprendizaje que combina el e-learning (encuentros asincrónicos) con encuentros presenciales (sincrónicos), aprovechando las ventajas de ambos tipos de aprendizaje (Guerrero, 2021).

Esta estrategia contemplaría el acceso remoto, la virtualidad y la presencialidad con medidas de bioseguridad. La implementación de esta estrategia no solo optimizaría los recursos del centro de salud, como la televisión, internet, espacios físicos y el contacto con líderes, sino que también facilitaría la promoción de diversos servicios del centro de salud a los usuarios, la georreferenciación de las gestantes y la organización de un grupo de WhatsApp. Además, se utilizarían aplicaciones como FORMAS e infografías para la evaluación de cursos y el mantenimiento del contacto con las gestantes (MSP, Control Prenatal, 2015).

Estudios señalan que para el éxito de estas estrategias es esencial capacitar al personal administrativo y asistencial en relación con la ruta de atención materno perinatal y la implementación de estrategias b-learning. Específicamente, se menciona el uso de la plataforma “Google Meet” como un medio tecnológico para guiar a las gestantes en temas como cambios psicológicos y fisiológicos, higiene postural, alimentación y nutrición, signos de alarma, infecciones de transmisión sexual, apego y seguridad, cuidados del recién nacido, derechos sexuales y reproductivos, amor propio, estimulación motora y fina. Estas intervenciones educativas también involucran la participación de expertos (Bastidas, Quijano, Pabon, & Granada, 2022).

La evidencia respalda el uso cada vez más frecuente de recursos educativos, como infografías, folletos, carteles y anuncios publicitarios, a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Estos materiales facilitan el proceso de enseñanza-aprendizaje mediante interacciones media-

das entre los profesionales de la salud y las mujeres gestantes durante los controles prenatales (Bastidas, Quijano, Pabon, & Granada, 2022).

Los estudios indican que las gestantes a veces llegan tarde o no asisten a los servicios de salud, lo que impulsa al personal de salud a carga de los programas de atención a la gestante a ser creativos en las estrategias de captación y educación en todas las etapas. de la ruta de atención en salud. Para superar las barreras de acceso a los servicios de salud, se implementan estrategias motivacionales y educativas mediadas por las tecnologías de la información. Esto se refleja en propuestas de implementación de promoción y prevención, como cursos virtuales, b-learning o videoclips, así como el seguimiento de las mujeres embarazadas a través de aplicaciones como WhatsApp o FORMS (Enriquez, 2022).

Numerosos trabajos, ya sean de investigación de pregrado, nivel de profundización o de posgrado, han adoptado enfoques como el análisis DOFA o el marco lógico ADDIE. Evaluaron las prioridades mediante Hanlog. Es esencial destacar que estos trabajos no solo constituyen investigación, sino que también proponen estrategias prácticas que no deben quedar en el olvido (MSP, Control Prenatal, 2015).

Es crucial resaltar las estrategias educativas alineadas con la RIAMP y aquellas innovadoras vinculadas a otras disciplinas como neurociencias y neuromarketing, que emplean las tecnologías TIC, como los videoclips. Estos recursos ofrecen información rápida, sencilla y fácil de entender, fomentando el autocuidado entre las gestantes y contribuyendo a la reducción de la mortalidad materno-perinatal.

Rol de los profesionales de la salud en la atención prenatal rural

El papel de los profesionales de la salud en la atención prenatal rural es crucial para garantizar una atención integral y de calidad a las mujeres embarazadas que residen en áreas rurales. Los profesionales de la salud deben estar ubicados estratégicamente para asegurar que las mujeres rurales tengan acceso a servicios de atención prenatal sin tener que enfrentar barreras geográficas significativas.

Dada la posible distancia y limitaciones de transporte en áreas rurales, es esencial que los servicios de atención prenatal estén disponibles en horarios que se adaptan a las necesidades de las mujeres, posiblemente considerando jornadas extendidas o servicios móviles. Brindar información y educación personalizada sobre la importancia del control prenatal, la nutrición adecuada, el cuidado prenatal y otros aspectos relevantes para el embarazo (Bastidas, Quijano, Pabon, & Granada, 2022).

Se debe incentivar prácticas saludables en la vida diaria de las mujeres rurales, teniendo en cuenta sus contextos culturales y condiciones específicas. Realizar un seguimiento continuo de la gestación, identificando posibles factores de riesgo y brindando la atención necesaria en cada etapa del embarazo. Reconocer y abordar factores de riesgo no solo relacionados con la salud física, sino también con la salud mental y psicosocial. Colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud, como parteras, enfermeras y médicos especializados, para garantizar una atención integral y multidisciplinaria (Díaz P., 2020; Guerrero, 2021).

En efecto, los profesionales de la salud en áreas rurales desempeñan un papel esencial al abordar las necesidades específicas de las mujeres embarazadas, y su enfoque debe ser holístico, adaptado a la cultura local y orientado a la mejora continua.

Referencias Bibliográficas

- Barros, L., & Velasco, E. (2022). Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. Barros L/Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión, 7(1), 58-66. revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi
- Bastidas, A., Quijano, M., Pabon, Y., & Granada, L. (2022). Estrategias educativas incluidas en la ruta de atención en salud materno perinatal (RIAMP) para disminuir la mortalidad materna en Colombia. Universidad Libre, 5(1), 1-11. <https://doi.org/10.18041/2665-427X/ijeph.1.7341>
- De Almeida Filho, A. (2020). La atención a la salud en el contexto prenatal y del parto desde la perspectiva de las puérperas. Revista Brasileña de Enfermería, 73(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0222>
- Díaz, P. (2020). Evaluación de calidad de la atención prenatal en centros de salud de la provincia de Lambayeque adscritos a la Gerencia Regional de Salud Lambayeque. Revista Exp Med, 6(3), 64-9. <https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/474/280>
- Enríquez, Y. (2022). Desigualdades en la cobertura y calidad de la atención prenatal en el Perú, 2009-2019. Rev Panam Salud Publica, 46, 1-9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.47>

- Guerrero, M. (2021). Calidad de atención y satisfacción de las gestantes en la primera atención prenatal en el centro de salud Pueblo Nuevo. Universidad Particular de Chiclayo, 15-20. <http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/959/1/TESIS%20MIRIAN%20GUERRERO%2027%20-%2001%20-%202021.pdf>
- Juárez, C., Villalobos, A., Saucedo, A., & Nigenda, G. (2020). Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gac. Sanit*, 34(6), 546-552. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>
- Morocho, K., & Quilcate, R. (2021). Atención prenatal y adherencia del cuidado prenatal de las gestantes del servicio de obstetricia atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores. Universidad Autónoma de ICA, 21-29. <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1804/3/Roxana%20Analy%20Quilcate%20Julca.pdf>
- MSP. (2015). Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica (GPC). Ministerio de Salud Pública, Quito. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafriz, N. (2018). Crear una percepción positiva de la experiencia del parto: revisión sistemática y metanálisis de intervenciones prenatales e intraparto. *Salud reproductiva*, 15(73). <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0511-x>
- Zumaran, V. (2023). Prevalencia de atención prenatal de calidad y sus factores asociados, análisis de la Encuesta Demográfica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 13-20. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/19907/Zum1aran_fv.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Apoyo Psicológico y Social: importancia del apoyo emocional y social para las adolescentes y mujeres rurales que enfrentan desafíos en su salud sexual y reproductiva

Samantha Cacao Choez

Las políticas públicas de salud mental constituyen una herramienta fundamental para la consecución de la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano. Definen las metas a alcanzar, establecen prioridades, señalan las responsabilidades entre sectores y niveles involucrados en un sistema de salud y definen las actividades a desarrollar (Rojas-Bernal et al., 2018)

La Organización Mundial de la Salud -OMS- (1946) define a la Salud como “el estado completo de bienestar mental, físico y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”. (Secretaría de Salud de México, 2017). La pobreza y la desigualdad, son realidades que afectan a muchas personas, especialmente en Latinoamérica (Rodríguez et al., 2011).

Esta percepción se asocia con las privaciones materiales para cubrir necesidades básicas como alimentación y vivienda, y otras menos imperiosas como el ocio, pero todas necesarias para el bienestar emocional (Barcelata & Márquez-Caraveo, 2015).

En América Latina, se señala que la pobreza tiene “cara de niño” (UNICEF, 2005). En efecto, la pobreza infantil se asocia con carencias que producen daños biológicos permanentes, además de comprometer su desarrollo psicológico y social (Centro de Investigación Aplicada, 2017).

La CEPAL (2017), ya advierte que el aumento de ingresos en hogares en extrema pobreza asociado a políticas sociales y laborales contribuye a la reducción de la pobreza y de la desigualdad elevadas entre niños, adolescentes y jóvenes, mujeres y residentes en áreas rurales.

¿Qué es la ruralidad?

Existen diversas definiciones de rural por ejemplo la Real Academia Española (RAE, 2018) define rural como “perteneciente o relativo a la vida del campo y a sus labores”. Por otro lado, Tandel, Hiranandani y Kapoor (2019), señalan que “no existe una definición aceptada mundialmente de lo urbano y lo rural” sino más bien cada país utiliza como parámetro el tamaño poblacional para su definición.

En los últimos años, teóricos de diferentes disciplinas de las ciencias sociales y humanas han venido trabajando en la conceptualización de lo rural

en América Latina y Europa, lo que ha dado como resultado, el paso de una visión clásica de la ruralidad, al de nuevas ruralidades como marco de referencia para comprender lo que al día de hoy se entiende por ruralidad (Querol et al., 2019).

La visión clásica de la ruralidad

Hoy se puede apreciar en buena parte de la literatura que habla de ruralidad y en el pensamiento de un sector de la población general ve la ruralidad en términos demográficos, afirmando que la ruralidad vendría siendo un conglomerado de territorios demarcados por estándares de producción bien definidos como lo serían la agricultura, la ganadería, la pesca, la minería, el turismo, entre otros, marcadamente alejados de las ciudades promedio y que estarían en constante interacción con otros territorios contiguos a su actividad económica (Gaudin, 2019; Pérez, 2001a).

La postura de ruralidad clásica es limitada en su alcance, ya que considera que lo rural se distingue de lo urbano principalmente por parámetros económicos de medios y fines de producción y se enmarca en una visión dicotómica de la relación urbanismo-ruralidad, donde lo rural se subordina a lo urbano, siendo este último el modelo ideal para el desarrollo rural, teniendo en cuenta que el movimiento del mercado capitalista sería el futuro y eliminaría las sociedades rurales (Romero, 2012; Blume, 2004).

Posteriormente, esta concepción de lo rural fue adquiriendo nuevas resignificaciones y delimitaciones, evolucionando desde una noción antagónica entre lo urbano-rural, a una visión de particularidades entre lo urbano y lo rural, formando un continuo rural-urbano (Mikkelsen, 2013; Blume, 2004).

La visión actual de la ruralidad

Hacia la década de los noventa, la mirada al entorno rural comienza a demarcarse de lo demográfico, y se genera una tendencia creciente entre los teóricos, principalmente sociólogos, a recomponer lo rural partiendo principalmente de los cambios que se fueron gestando con la llegada de la industrialización de las labores agrícolas y la modernización urbanística de las comunidades rurales (Ginés y Querol, 2019; Sili, 2004; Gómez, 2002).

Surgen así en la literatura nuevos acercamientos a lo rural, ofreciéndose conceptos como el de “nueva ruralidad”, que abrió la puerta a una nueva forma de mirar y definir la ruralidad (Romero, 2012), donde lo rural se entiende ahora como un sistema dinámico, con diversas estructuras organizativas y en constante movimiento (Vera et al., 2012; Abós, 2007).

Es importante resaltar que esta visión de “nueva ruralidad” hace énfasis en aspectos como el hecho de que el trabajo en zonas rurales no se limita a lo agrario, el papel activo de las comunidades rurales en una compleja y dinámica diversidad cultural y social, la ruralidad vista como fuente de servicios y un aumento de las migraciones hacia zonas rurales por parte de personas que viven en la ciudad, contrario a lo que ocurría años atrás, cuando las migraciones se daban principalmente del campo a las urbes (Gaudin, 2019; Vera et al., 2012; Rojas, 2008).

Psicología y población rural

La psicología en los últimos años ha venido incrementando su interés por temáticas relacionadas con el comportamiento humano en contextos rurales. Sin embargo, este interés se ha centrado principalmente en la aplicación de modelos teóricos diseñados en contextos urbanos, en las dinámicas propias de la ruralidad, lo que ha hecho que los trabajos realizados desde la psicología, en su mayoría, estén descontextualizados (Landini, 2015).

Algunos de los desafíos para la psicología rural es poder generar espacios de reflexión que permitan abordar e intervenir en el mundo de posibilidades para una psicología aun en deuda con los territorios rurales.

Al respecto, Landini (2015) menciona seis desafíos para la psicología rural, los cuales serían:

- Generar espacios de encuentro y formación para psicólogos y otras disciplinas en torno a las problemáticas de la ruralidad.
- Crear espacios de reflexión-acción para la generación de acciones en la ruralidad.
- Trabajar en la desmitificación y liberación de prejuicios en torno a la ruralidad que puedan afectar los procesos de reflexión-acción en contextos rurales.
- Tener cuidado de replicar investigaciones o intervenciones desarrolladas para contextos urbanos en los rurales de manera acrítica y sin dar lugar a las adaptaciones necesarias para las particularidades de las poblaciones rurales.
- Ser conscientes de los prejuicios y subjetividades a la hora de trabajar en contextos rurales, ya que la formación y la experiencia, por estar ligadas a las ciudades, pueden afectar la percepción de lo rural (Landini, 2015).

La psicología rural debe articularse con el sector público-privado en las zonas rurales para poder generar estrategias de intervención que den respuestas a los problemas de la ruralidad.

Cabe mencionar, el escaso trabajo de la psicología en contextos rurales ha dificultado el poder esclarecer cuáles son las funciones propias que tiene el psicólogo en lo rural y de esta forma poder delimitar su 33 Primera parte Abordaje teórico de la psicología rural campo de acción, a diferencia de lo urbano, donde la psicología ha logrado desarrollar un cuerpo teórico amplio y ha generado diversos nichos de intervención (Landini, 2012; 2016).

Desde esta perspectiva, Landini (2015a; 2015b; 2016; 2017), una de las voces más reconocidas en torno al trabajo del psicólogo rural en Latinoamérica, ha realizado varias investigaciones sobre el rol del psicólogo en contexto rural, por medio de una serie de aproximaciones cualitativas, con entrevistas hechas a profesionales de la psicología que llevan a cabo su trabajo en contexto rural, y ha identificado lo que serían los roles o funciones que el psicólogo rural desarrolla habitualmente, los cuales serían:

- Desarrollar procesos de capacitación y manejo de grupos con población rural.
- Apoyar el proceso de implementación de tecnologías en el campo y facilita su apropiación por parte de los sujetos rurales.
- Facilitar procesos de formación y asesoramiento de profesionales de diversas disciplinas que trabajan en contexto rural.
- Gestionar los procesos motivacionales en la población rural para la apropiación de proyectos de desarrollo y productividad rural.
- Abordar problemáticas de salud mental y el fortalecimiento de la estructura de personalidad de la población rural, mediante el apoyo emocional y terapéutico en su mundo relacional y familiar.

Morais et al. (2015), quienes analizaron las expresiones psicosociales en torno a la pobreza y sus aportes para la construcción de políticas públicas en comunidades rurales y urbanas, evidenciando que dichas expresiones de pobreza se encuentran enmarcadas en explicaciones morales y que las políticas públicas se deben articular a sus redes de apoyo que son mayoritariamente, la familia, los vecinos y la religión.

Desde otra perspectiva, Vera et al. (2016), realizaron una investigación para esclarecer los cambios en el ajuste psicosocial de jóvenes indígenas

en contexto rural en México, con el que encontraron que, según sea la percepción que tengan los jóvenes en torno a su autoconcepto, la resolución de problemas, el locus de control, la afectividad y la motivación al logro, así será la satisfacción que tienen sobre la vida.

Más allá de las temáticas más destacadas en la investigación en psicología y ruralidad, relacionadas principalmente con procesos psicosociales o de salud mental, existen otros nichos de investigación que se han trabajado, aunque con menor frecuencia, como lo son la violencia de pareja, el conflicto armado y la educación en contexto rural (Rey et al., 2017; Núñez et al., 2014; Vera et al., 2013); sin embargo, Rey et al. (2017), hacen énfasis en que el número de investigaciones en torno a problemáticas de pareja en contexto rural sigue siendo muy escaso; adicionalmente, Núñez et al. (2014) y Vera et al. (2013), hablan de la poca investigación relacionada con procesos psicoeducativos en población rural y muestran cómo la literatura en psicología educativa no ha prestado atención a las particularidades del procesos enseñanza aprendizaje en población rural.

Cano-Montalbán y Quevedo-Blasco (2018), recuperaron 5.222 registros y publicaciones en donde, según los resultados, los hombres y los ancianos presentan las más altas tasas de suicidio, mientras que las mujeres y los jóvenes lo intentan más, los métodos más utilizados son el ahorcamiento, las armas de fuego, la precipitación, y las situaciones más comunes en que se encuentran los sujetos son el desempleo, un estado civil distinto de matrimonio, un nivel educativo bajo y, de interesante o en concordancia con este estudio, la vida rural se encuentra en un promedio del 9 % de los casos referidos, lo cual es coherente con los informes de medicina legal de la investigación de Moreno Lozada (2018).

Algunos de los factores de riesgo parecen depender de las diferencias geográficas y culturales, Antón-San-Martín et al. (2013), analizaron los antecedentes familiares de suicidio y los desórdenes mentales en la familia, y hallaron que un diagnóstico de trastorno de la personalidad y los conflictos familiares en el mes previo al suicidio son factores que permiten discriminar las poblaciones en riesgo.

La orientación sexual ha sido uno de los elementos de mayor discriminación, violencia, rechazo escolar, entre otros, las evidencias demuestran a nivel general problemas de salud mental. Martxueta y Etxeberria (2014), evidenciaron concretamente, altos niveles de depresión y ansiedad, autoestima y balanza de afectos, junto a esto, las dimensiones de instrumentalidad y ex-

presividad de la identidad de género son también factores que pueden influir en el bienestar psicológico y al ocurrir en el contexto rural, la situación se potencializa llegando en ocasiones al suicidio.

Según Rodríguez et al. (2018), en los países en desarrollo, hasta el 20 % de las muertes maternas durante el embarazo se deben al suicidio, y estar infectado por el VIH conlleva un riesgo adicional. En su investigación en zonas rurales de Sudáfrica, encontraron que el 68 % de las mujeres estaban por debajo de la línea de pobreza, el 39 % de las mujeres estaban experimentando ideación suicida prenatalmente, la cual continuó a los 12 meses para el 7 %, y el 19 % cesó de experimentar ideación suicida después del parto. La atención perinatal puede brindar oportunidades para identificar y tratar la idea suicida durante el embarazo y posnatalmente.

La Guía de la Clínica de psicología de universidad complutense de Madrid pretende difundir, ilustrar algunas de las reacciones psicológicas, se ha elaborado desde el máximo rigor, apoyándose en la evidencia empírica, en experiencias pasadas. Su principal propósito es trasladar al profesional los conocimientos de lo que se dispone sobre algunas reacciones de la población estudio y las herramientas existentes para su abordaje.

Atención Psicológica

Habilidades terapéuticas: Si hay un ámbito en el que es especialmente importante el despliegue de habilidades terapéuticas es precisamente el que nos ocupa. El usuario es una persona que ha pasado por diversas situaciones intensas que implican reacciones muy diferentes y el profesional que les atiende, por supuesto, ha de atender a todas ellas desde una posición de escucha activa, empatía y aceptación incondicional, entre otras.

A continuación, se presentan estos conceptos:

Escucha activa. Se considera la habilidad principal en la alianza terapéutica. Conlleva que atendamos a los mensajes que recibimos, que sepamos discernir lo importante y que elaboremos respuestas de escucha respecto a ese mensaje.

Empatía. Supone nuestra capacidad de entender al paciente en su contexto; así como transmitirle esa comprensión.

La empatía puede demostrarse a través de la propia escucha activa, haciendo preguntas que pretendan clarificar, utilizando paráfrasis o el empleo del reflejo.

Aceptación incondicional. Requiere, a través del compromiso con el paciente, mostrar esfuerzos por comprenderlo y mantener una actitud no valorativa y libre de juicio.

La atención integral de adolescentes por su ciclo de vida de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud, debe incluir información, comunicación y educación acerca del ejercicio responsable de la sexualidad y reproducción; derechos sexuales y derechos reproductivos; así como factores de riesgo y de protección de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH; violencia sexual, y embarazo en adolescente.

La asesoría debe promover la toma de decisiones libres e informadas, además debe brindar conocimientos, con evidencia científica, sobre salud sexual, disminución de factores de riesgo, prevención de embarazos no planeados, entre otros. De esta manera, la asesoría aporta al desarrollo libre y pleno de la sexualidad de adolescentes, además, promueve su salud integral, mejora su autoestima; fortalece su capacidad emocional, relaciones interpersonales y de pareja; y les permite disfrutar de su sexualidad.

Atención psicológica en adolescentes

En esta etapa la entrevista, evaluación del estado mental y abordaje deben tener en cuenta la independencia y autonomía propias del adolescente.

La entrevista y el examen del estado mental debe realizarse de manera individual con el joven o la joven. No olvidar que siguen siendo menores de edad y por lo tanto se debe contar con el consentimiento de sus padres y/o acompañantes.

Pero no es una etapa en la cual ellos y ellas se sientan muy cómodos con sus padres en la consulta. Por lo tanto, se debe realizar una aproximación inicial con el adolescente, buscando establecer un primer contacto de confianza, de comprensión y de construcción de una relación terapéutica.

Por lo general, las versiones en esta edad y la interpretación de los problemas no son las mismas para ellos y ellas que para sus padres. La información debe venir inicialmente del mismo paciente para posteriormente recibir la de sus padres, maestros y/o cuidadores.

Se debe respetar la confidencialidad y el derecho a la privacidad del adolescente, salvo en casos en los cuales corra riesgo la vida, situación que se debe haber explicado con anterioridad.

Modelo de evaluación: entrevista con el adolescente

Entrevista Se debe preguntar:

Actividades y rutinas: sociales, recreativas, educativas, deportes, hobbies.

Socialización: amigos, grupos, pareja. Redes sociales.

Estado emocional: apático, aburrido, eufórico, triste, ansioso.

Independencia: ha logrado un nivel de independencia de los padres, es autónomo en actividades cotidianas.

Consumo de sustancias: indagar consumo de cigarrillo, alcohol. Sustancias psicoactivas.

Relaciones familiares: indagar violencia, agresividad, abandono.

Conductas agresivas: ¿hay violencia ejercida hacia otros? ¿Qué tipo de violencia, cuándo sucede?

Autolesiones: indagar presencia de autolesiones cutáneas.

Relación con el cuerpo: Alimentación: indagar cómo está alimentándose, si hay restricción, atracones, vómito voluntario.

Sexualidad: inicio de sexualidad, protección, información, problemas a ese nivel.

Exploración del estado mental

Se debe observar:

Apariencia y actitud del adolescente.

Capacidad de llevar una conversación y exponer sus ideas.

Autocuidado, higiene, salud física.

Presencia de autolesiones y cicatrices.

Efectos de sustancias psicoactivas o alcohol.

Pertenencia a grupos juveniles, sectas, pandillas.

Esquema general de la exploración del estado mental de NNA

Tabla 4.

Elementos esenciales del examen mental en el servicio de emergencia.

Orientación	Determinar el nivel de conciencia y orientación en todas las esferas: persona, lugar, tiempo y espacio.
Apariencia	Valorar la talla, higiene personal, postura y marcha.
Memoria	Evaluar la memoria a corto y largo plazo.
Cognición	Valorar el nivel de inteligencia, la habilidad para pensar de acuerdo a la edad.
Comportamiento	Observar las actividades y su concordancia con la edad, valorar el grado de distracción y la capacidad para manejar la ira.
Habilidad para relacionarse	Valorar la habilidad para relacionarse con el examinador basado en el contacto visual, la conversación espontánea, confianza y el deseo de buscar aprobación.
Lenguaje	Evaluar la espontaneidad del discurso, la coherencia, articulación, contenido y la calidad de los procesos mentales.
Afecto	Determinar el estado general del afecto y observar las fluctuaciones
Pensamiento y sensopercepción	Determinar el contenido, buscar los temas predominantes e indagar alucinaciones, ideas de grandiosidad, tendencias homicidas o suicidas del pasado o presente.
Introspección	Evaluar el grado de comprensión del problema actual y la habilidad del niño/a y/o adolescente para pensar antes de actuar.
Fortalezas	Determinar áreas de interés y de motivación para desarrollar intervenciones positivas.
Síntesis	Integrar la información previamente descrita en una descripción comprensible para el niño.

Nota. Tomado de Casas, G., Agudelo, F.: “Conducta Suicida en Niños y Adolescentes”. Psiquiatría Infantil, Fundamentos de Medicina, Cap. 20. Segunda ed., editorial CIB, 2022.

Modelo de evaluación: entrevista con mujeres

Ejemplos de preguntas:

Determinación del conflicto

¿Está usted dispuesto a compartir información conmigo acerca de este problema?”

¿Cómo Usted siente que están las cosas por casa?

¿Ni siquiera una discusión ocasional? ¿Luego qué pasó?

¿A qué hora se queda dormido?... y se despierta....

¿Qué piensa acerca de lo que le está sucediendo? Cuénteme más al respecto...

Determinación de las circunstancias

¿Te da la impresión de que es así?

¿Qué cree usted que puede haber desencadenado esto que sientes?

¿Qué piensa acerca de lo que le está sucediendo?

Entiendo cómo te sientes

¿Usted cree...Había en su vida en aquel entonces algo que pudo haberlo afectado hoy?

Cuénteme más al respecto...

Alguna vez se sintió: ¿triste, desganado, irritable por más de dos semanas?"

¿Se siente más triste a la mañana o a la tarde?

¿Por qué crees tú que es así?

Admiras tanto a... ¿qué te gustaría ser como ella/ el?

Etapas para el cambio

¿Qué es lo que quieres cambiar?

¿Cómo sabrás que no necesitas volver a verme?

¿Cómo sabrás que las cosas te van mejor?

Qué haces... Piensas... sientes, ... ¿Cuándo el problema no está?

¿Cómo consigues que eso pase? ¿Qué piensas que tú podrías hacer para que esos éxitos ocurrieran más a menudo?

¿Qué crees que te ayudó hacerlo?

¿Qué es lo que te indicará que nuestras sesiones han sido valiosas para ti?

¿Qué crees que te indicará que tú puedes...?

Ansiosos- recaídas

¿Qué tiene que pasar para prevenir que vayas marcha atrás?»

¿Qué tiene que pasar para que continúes con todos estos cambios?»

¿Cuál es la primera señal que notarías si se todo se empezara a echar para atrás?

Si tuvieras que adivinar, ¿cuándo crees que la x situación...? (Ej. Miedo a...) ¿Estaría dispuesta a encerrarte en casa otra vez?

Alucinaciones

¿Escucha voces?»

En este momento está escuchando voces

¿Pensó en suicidarse?» ideaste?

¿Como? De qué forma

¿Luego qué pasó? ¿Cómo pude usted probarse a sí mismo que esas voces están ahí realmente?

Pacientes difíciles

¿Qué podría pasar si usted fuera a hablar acerca de...?

Cuál es la peor cosa posible.

¿Que podría suceder si hablara acerca de...?

¿Hay algo que haría más fácil para usted discutir este asunto?

Temerosos

¿Cuál es la situación atemorizante?

¿Cuán probable es que suceda?

¿Y qué pasaría si sucede lo que teme?

¿Desea realizar alguna pregunta?

¿Cómo te aseguras de que esa amenaza que sientes, realmente te ocurrirá?

Referencias Bibliográficas

- Abós, P. (2007). La escuela rural y sus condiciones: ¿Tiene implicaciones en la formación del profesorado? *Aula Abierta*, 35(1), 83-90.
- Antón-San-Martín, J. M., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, M. T., Diego-Otero, Y., Benítez-Parejo, N., Comino-Ballesteros, R., Perea-Milla, E., Ramos-Medina, V. y LópezCalvo, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio: un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29(3), 810-815. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.175701>
- Barcelata, B. & Márquez-Caraveo, M. E. (2015). Riesgo, pobreza y salud mental del adolescente. En B. Barcelata, *Adolescentes en riesgo. Una mirada a partir de la resiliencia* (pp. 37 – 61) México, CDMX: Manual Moderno.
- Blume, R. (2004). Território e ruralidade: a desmistificação do fim do rural. *Dissertação de Mestrado*. UFRGS – PGDR
- Cano-Montalbán, I. y Quevedo-Blasco, R. (2018). Variables sociodemográficas más asociadas con la conducta y los métodos suicidas en Europa y América. Una revisión sistemática. *Revista europea de psicología aplicada al contexto legal*, 10(1), 15-25. <https://dx.doi.org/10.5093/ejpal-c2018a2>
- Casas, G., Agudelo, F.: “Conducta Suicida en Niños y Adolescentes”. *Psiquiatría Infantil, Fundamentos de Medicina*, Cap. 20. Segunda ed., editorial CIB, 2022.
- Centro de investigación aplicada (CIA) – Observatorio económico facultad de ciencias contables, administrativas y económicas (2017). La infantilización de la pobreza: el 40% de los niños vive en hogares con un ingreso per cápita inferior a 21 mil guaraníes por día. Recuperado el 27/07/2017 de http://www.universidadcatolica.edu.py/assets/documentos/ucdoc_1500308619.pdf
- CEPAL (2017). Panorama Social en América Latina. Recu - perado de https://www.cepal.org/sites/default/files/presentation/files/171220_panorama_social_2017_sala_0.pdf
- Gaudin, Y. (2019). Nuevas narrativas para una transformación rural en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas.

- Guinés, X. y Querol, V. (2019). Construcción social de lo rural y nueva ruralidad. Una aproximación al marco de interpretación de lo rural de agentes políticos y sociales. *Economía Agraria y Recursos Naturales*, 19(1), 37-57. <https://doi.org/10.7201/earn.2019.01.03>.
- Gómez, S. (2002). "La nueva ruralidad". ¿Qué tan nueva?; revisión de la bibliografía, un intento por definir sus límites y una propuesta conceptual para realizar investigaciones. LOM Ediciones Ltda.
- Landini, F. (2015). Hacia una psicología rural latinoamericana. Clacso
- Landini, F. (2012). Definiendo el rol de la psicología en los procesos de desarrollo rural. [Ponencia]. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Landini F. (2015a). Contributions of community psychology to rural advisory services: an analysis of Latin American rural extensionists' point of view. *American Psychological Association Division of Community Psychology*, 55(3-4). 359-368.
- Landini F. (2015b). Hacia una psicología rural latinoamericana. Clacso.
- Landini, F. (2016). Diversidad de expectativas de los extensionistas rurales Latinoamericanos sobre la Psicología. *Estudios de Psicología (Natal)*, 21(4), 392-402.
- Landini, F. (2017). Rol esperado de los psicólogos en la extensión rural en el noreste argentino. *Corpoica Ciencia & Tecnología Agropecuaria*, 18(2). 233-245. http://dx.doi.org/10.21930/rcta.vol18_num2_art:630
- Martxueta, A. y Etxeberria, J. (2014). Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gays y bisexuales (lgb) víctimas de bullying homofóbico en la escuela. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 23-35. 10.5944/rppc. vol.19.num.1.2014.12980
- Mikkelsen, C. (2013). Debatiendo lo rural y la ruralidad: un aporte desde el sudeste de la provincia de Buenos Aires; el caso del partido de Tres Arroyos. *Revista Colombiana de Geografía*, 22(2), 235-256.
- Moreno Lozada, S. L. (2018). Forensis. Datos para la vida. Medicina legal. <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60>

- Morais Ximenes, V., Camurça Cidade, E. y Barbosa Nepomuceno, B. (2015). Psicología comunitaria y expresiones psicosociales de la pobreza: contribuciones para la intervención en políticas públicas. *Universitas Psychologica*, 14(4), 1411-1424.
- Núñez, C., Solís, C. y Soto, R. (2014). ¿Qué sucede en las comunidades cuando se cierra la escuela rural? Un análisis psicosocial de la política de cierre de las escuelas rurales en Chile. *Universitas Psychologica*, 13(2), 615-625. 10.11144/Javeriana.UPSY13-2.qssc
- Pérez, E. (2001a). Hacia una nueva visión de lo rural. En: N. Giarracca (Comp.). *¿Una nueva ruralidad en América Latina?* (pp. 17-29). CLACSO.
- Querol, V., Ginés, X., y Aparici, A. (2019). Nueva ruralidad y generación de discursos sociales desde el ámbito productivo: pastoreando significados. *AGER: Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, 28, 161-183. <https://doi.org/10.4422/ager.2019.15>
- RAE. (2018). Diccionario de la lengua española. Disponible en <http://bcn.cl/290pw> (febrero 2019).
- Rodríguez, A., Spencer, R., Leiva-Bianchi, M., & Gallardo, I. (2011). Ingreso familiar y variables psicológicas asociadas a la pobreza como predictores de la calidad de la representación del apego en niños preescolares en Chile. *Salud & Sociedad*, 2. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2011.0002.00004>
- Rodríguez, V. J., Mandell, L. N., Babayigit, S., Manohar, R. R., Weiss, S. M., y Jones, D. L. (2018). Correlates of Suicidal Ideation During Pregnancy and Postpartum Among Women Living with HIV in Rural South Africa. *AIDS and behavior*, 22(10), 3188–3197. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2153-y>
- Rey, C., Martínez, J. y Londoño, N. (2017). Diferencias entre adolescentes del área rural-urbana en malos tratos durante el noviazgo. *Revista Diversitas*, 13(2), 159-168. <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.02>
- Rojas-Bernal, L. Á., Castaño-Pérez, G. A., & Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. En *CES Medicina* (Vol. 32, pp. 129–140).
- Rojas, J. (2008). La agenda territorial del desarrollo rural en América Latina. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, (96), 1-16.

- Romero, J. (2012). Lo rural y la ruralidad en américa latina: categorías conceptuales en debate. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 11(1), 8-31.
- Secretaría de Salud de México. (2017). *Salud: derecho e igualador social*. <https://www.gob.mx/salud/articulos/salud-derecho-e-igualador-social>
- Sili, M. (2004). La reconstrucción de la ruralidad: agenda para una política de desarrollo rural. En C. Albaladejo y R. Bustos Cara (eds.). *Desarrollo local y nuevas ruralidades en Argentina*, (pp. 193-311). UNS
- Taborda MC. Consideraciones generales para delinear políticas [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://reneclasesuniminuto.wikispaces.com/file/view/2.+Consideraciones_Generales_Politicas_Publicas_Salud_Mental.pdf
- Tandel, V., Hiranandani, K., & Kapoor, M. (2019). What's in a definition? A study on the suitability of the current urban definition in India through its employment guarantee programme. *Journal of Asian Economics*, 60, 69-84.
- UNICEF (2005). *Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio*. Santiago, Chile: CEPAL, UNICEF. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11362/35975>
- Vera, D., Salvo, S. y Zunino, H. (2013). En torno al cierre de Escuelas Rurales en Chile. *Antecedentes para la implementación de una política de Estado*. *Investigaciones en Educación*, 13(1), 123-143.
- Vera, D., Osses, S. y Schiefelbein, E. (2012). Las Creencias de los profesores rurales: una tarea pendiente para la investigación educativa. *Estudios Pedagógicos*, 38(1), 311-324
- Vera Noriega, J. Á., Rodríguez Carvajal, C. K., Valle Duarte, C. M., Calderón González, N. G. y Pacheco Cárdenas, C. (2016). Evaluación de los cambios en el ajuste psicosocial en bachilleres rurales indígenas. *Psicología Iberoamericana*, 24(2), 53-62.

Alfabetización en Salud sexual y reproductiva

Ana Joselyn Parrales Choez

La concepción de la alfabetización en salud se fundamenta en la premisa de que tanto la salud como la habilidad de leer y comprender son fundamentales para el día a día. El grado de competencia en lectura y comprensión incide directamente en la capacidad no solo de responder a la información de salud recibida, sino también de ejercer un mayor control sobre la salud a nivel individual, familiar o comunitario (Espino et al., 2018).

La competencia en alfabetización en salud adquiere relevancia al influir en la capacidad de las personas para involucrarse en el sistema de salud, reconocer proveedores de servicios, acceder y compartir información. Más aún, potencia la habilidad individual para analizar y resolver problemas mediante destrezas de lectura y comprensión relacionadas con la salud. Este fortalecimiento capacita a las personas para participar activamente en el autocuidado, adoptando conductas que fomentan estilos de vida saludables. Esto incluye el desarrollo de habilidades entre jóvenes y adolescentes para acceder a información sobre salud sexual y reproductiva, proporcionándoles mejores herramientas para protegerse contra el virus de la inmunodeficiencia humana, las infecciones de transmisión sexual y prevenir embarazos no deseados (Espino et al., 2018).

La alfabetización en salud sexual y reproductiva emerge como un pilar fundamental en el empoderamiento y el bienestar integral de las personas. Este campo va más allá de la simple transmisión de información, constituyendo un proceso educativo que capacita a individuos para comprender, evaluar y tomar decisiones informadas respecto a su salud en el ámbito sexual y reproductivo. La necesidad de abordar esta temática radica en su impacto directo en la calidad de vida, tanto a nivel individual como comunitario.

En un contexto donde la diversidad de identidades, orientaciones y experiencias sexuales es reconocida y valorada, la alfabetización en salud sexual y reproductiva se erige como un componente esencial para la construcción de sociedades saludables y equitativas. Desde la adolescencia hasta la edad adulta, el acceso a información precisa y comprensible sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, prevención de infecciones, derechos sexuales y reproductivos, entre otros, se presenta como un derecho fundamental que impacta no solo en la salud física, sino también en el bienestar emocional y social.

Educación Integral en Sexualidad

La educación integral en sexualidad (EIS) constituye un proceso fundamentado en un plan de estudios diseñado para instruir y comprender los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su propósito radica en equipar a niños, niñas y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que les otorgarán el empoderamiento necesario para cuidar de su salud, bienestar y dignidad. Asimismo, busca orientarlos en el desarrollo de relaciones sociales y sexuales respetuosas, instándolos a reflexionar sobre cómo sus decisiones impactan tanto en su propio bienestar como en el de los demás. Además, la EIS tiene como objetivo que comprendan sus derechos a lo largo de la vida y se esfuercen por protegerlos (UNESCO, 2018).

Según Dongarwar & Salihu (2019), en su estudio realizado en Latinoamérica informa que un adolescente que informó un analfabetismo total en salud sexual y reproductiva mostró un 44% más de prevalencia de embarazo en comparación con un adolescente que informó un conocimiento preciso en salud sexual y reproductiva.

Por ello, fomentar el desarrollo positivo, que abarca aspectos como conexiones emocionales, resiliencia, autoeficacia y espiritualidad, es esencial para mejorar la salud sexual y reproductiva. En este proceso, adquiere especial importancia la competencia, destacando la habilidad crucial de manejar la información. Esto cobra relevancia al considerar que los adolescentes, ávidos buscadores de información en fuentes en línea, a menudo perciben como útil y confiable la información sin realizar una evaluación exhaustiva de su fiabilidad (Guerrero-Núñez et al., 2023).

Cuando nos referimos a Salud Sexual y Reproductiva (SSR), es imprescindible abordar la cuestión de la violencia, tanto de género como sexual. Según datos de la UNESCO, aproximadamente una de cada tres mujeres a nivel global ha sido víctima de violencia física o sexual en algún momento de su vida, ya sea por parte de su familia u otras personas. Además, se estima que alrededor del 20 % de las mujeres y entre un 5 % y un 10 % de los hombres han sufrido algún tipo de violencia sexual durante su infancia. Esta violencia coloca especialmente a las niñas y mujeres en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planificados y otros problemas de salud y sociales (UNESCO, 2018).

Acceso a Información sobre Métodos Anticonceptivos

El acceso a información sobre métodos anticonceptivos es un componente crucial de la alfabetización en Salud Sexual y Reproductiva (SSR). La capacidad de comprender, evaluar y seleccionar métodos anticonceptivos de manera informada es esencial para la toma de decisiones conscientes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La alfabetización en SSR implica familiarizarse con la amplia gama de métodos anticonceptivos disponibles, desde los tradicionales hasta los modernos y comprender los mecanismos de acción, eficacia y posibles efectos secundarios de cada método (Gutiérrez Izurieta et al., 2021).

La utilización de Métodos de Planificación Familiar (PF), especialmente los Métodos Anticonceptivos Modernos (MACM) debido a su mayor eficacia, se vincula con diversos beneficios, tales como la prevención de embarazos no deseados, la disminución de embarazos en adolescentes, la reducción de abortos, la disminución de la Tasa Global de Fecundidad (TGF), la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS/VIH-SIDA) y la reducción de la mortalidad materna. Este enfoque facilita una maternidad planificada y saludable. Para lograrlo, es esencial informar a la población sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y garantizar acceso a los MACM, priorizándolos por su mayor eficacia, ya que los métodos tradicionales exhiben tasas significativas de fallos debido a la información limitada sobre el periodo fértil del ciclo menstrual. La insuficiente utilización de MACM emerge como un desafío significativo para la SSR y la Salud Pública, dado el impacto adverso que puede generar (Eduardo Durán, 2020)

La participación en actividad sexual durante la adolescencia temprana plantea un desafío significativo para la salud pública, dado el conjunto de consecuencias que afectan la salud, educación, dinámicas familiares, aspectos económicos y sociales. El embarazo no planificado, en particular, representa un riesgo sustancial para los adolescentes. Ante esta realidad, resulta imperativo implementar intervenciones y políticas que prevengan las relaciones sexuales prematuras, el matrimonio infantil, fomenten la educación, capaciten a las niñas y aborden las normas socioculturales para mejorar la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) (Eduardo Durán, 2020).

Según un estudio desarrollado en Ecuador de Chilinguina Amaya et al. (2021), las siguientes asociaciones se observan en relación con el uso de anticonceptivos: a medida que se incrementan los años de educación, la probabilidad de utilizar métodos anticonceptivos también aumenta, mientras que

ocurre lo contrario en casos de menor nivel educativo. El género femenino está vinculado a una mayor probabilidad de uso, y la probabilidad aumenta con la edad. Pertenecer a un estrato económico con mayores ingresos no solo incrementa el uso, sino que también adelanta el inicio de la práctica anticonceptiva, y lo contrario ocurre en el caso de pertenecer a estratos con menores ingresos. La presencia de violencia ejercida por una parte de la pareja disminuye la probabilidad de utilizar métodos anticonceptivos. Entrar en una relación estable aumenta la probabilidad de uso, y esta probabilidad aumenta con cada año adicional de duración de la unión (Eduardo Durán, 2020).

La probabilidad de uso también se incrementa cuando una persona está bien informada sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su funcionamiento. Además, si poseen un conocimiento sólido sobre cómo el preservativo previene la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), también aumenta la probabilidad de utilizarlo (Chiliquinga Amaya et al., 2021).

En cuanto al conocimiento sobre anticonceptivos, se observan las siguientes asociaciones: una comunicación efectiva entre los jóvenes y sus padres se correlaciona con un mayor nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos; a medida que aumenta el nivel de educación, también se incrementa el conocimiento; la pertenencia a estratos socioeconómicos con ingresos más altos aumenta la probabilidad de tener conocimiento sobre los métodos, y ocurre lo contrario en estratos con ingresos más bajos. Ser mujer facilita la comunicación con la madre, mientras que ser varón no contribuye a la comunicación con el padre (Chiliquinga Amaya et al., 2021).

Además, el sistema de salud enfrenta dificultades para facilitar el acceso de los jóvenes al conocimiento de los métodos anticonceptivos. La literatura especializada indica que los funcionarios del sistema de salud a menudo desaprueban simbólicamente el interés o la necesidad de los jóvenes de informarse y utilizar métodos anticonceptivos. (Chiliquinga Amaya et al., 2021)

Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

La alfabetización en SSR implica la comprensión detallada de las ITS, incluyendo sus modos de transmisión, síntomas, consecuencias y métodos de prevención. La identificación temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones a largo plazo. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) representan un desafío significativo para la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, ya que pueden dar lugar a complicaciones como infertilidad, enfermedades inflamatorias pélvicas, cáncer cervical e infecciones en recién nacidos. Una de las principales medidas para prevenir la

aparición de nuevas infecciones es el uso constante del preservativo (Deleon de Melo et al., 2022).

Los jóvenes son identificados como un segmento susceptible de contraer una ITS debido a la manifestación de comportamientos sexuales de riesgo, tales como el inicio precoz de la actividad sexual, el empleo irregular o incorrecto del preservativo, la participación en múltiples relaciones sexuales y el consumo de alcohol y/o drogas. Además, al tener en cuenta las transformaciones sociales asociadas, los factores vinculados con el acceso a la educación universitaria pueden incrementar la prevalencia de comportamientos sexuales de riesgo. (Guerra Ramírez et al., 2020)

En la actualidad, se reconoce que la atención integral de las personas con ITS resulta de la combinación de diversos servicios a través de la llamada prevención combinada. Esta estrategia se compone de tres áreas clave: prevención individual y colectiva, diagnóstico y tratamiento, y gestión. Por lo tanto, la promoción de la educación para la salud, el uso de preservativos, las pruebas de detección de ITS y la vacunación son ejemplos fundamentales de elementos esenciales para la prevención y manejo efectivo de las ITS. (Deleon de Melo et al., 2022)

Maternidad y Paternidad Responsable

En el contexto de la alfabetización en SSyR se erige como un vehículo crucial para capacitar a individuos y comunidades en la toma de decisiones informadas sobre la maternidad y paternidad, trascendiendo estereotipos y fomentando roles equitativos. Desde el acceso a métodos anticonceptivos hasta la promoción de una educación integral sobre la parentalidad, la alfabetización en SSyR busca empoderar a las personas para que asuman un papel activo en la gestión de su salud sexual y reproductiva, contribuyendo así al desarrollo saludable de las familias y al bienestar general de la sociedad (Ramos Tito, 2019).

La paternidad responsable implica asumir la responsabilidad no solo de proporcionar apoyo económico, como tradicionalmente se ha asociado con el rol de padre proveedor. Más bien, se trata de garantizar una calidad de vida integral que abarque aspectos afectivos, participando activamente desde la concepción, acompañando el crecimiento, desempeñando funciones orientadoras y educativas, siendo un amigo solidario y contribuyendo activamente tanto en la educación como en el cuidado de la salud de los hijos e hijas (Anticona Quipuscoa & Cerna Ramos, 2021).

La paternidad responsable se define como la elección consciente y amorosa de determinar el número de hijos y el momento adecuado para tenerlos, reconociendo que es una responsabilidad a largo plazo. Además, se considera un derecho y un deber dentro de cada matrimonio. Este concepto implica dedicación y compromiso, donde tanto hombres como mujeres se comprometen plenamente a través de una entrega sincera mutua, participando activamente en el desarrollo integral de la pareja. Incluye un compromiso procreativo ligado al acto conyugal, con ambas partes asumiendo la responsabilidad de la nueva vida que surge de su unión. Para llevar a cabo la paternidad responsable, es esencial que los adolescentes adquieran conocimientos que se traduzcan en actitudes informadas sobre su sexualidad y métodos anti-conceptivos, con el objetivo de prevenir embarazos no planificados, abortos, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y problemas de salud en la población adolescente (Anticona Quipuscoa & Cerna Ramos, 2021).

El contexto familiar y el entorno en el que se desenvuelven los adolescentes juegan un papel crucial, ya que un ambiente caracterizado por la confianza, comprensión, apoyo y una actuación positiva se considera beneficioso para fomentar conductas saludables. Por otro lado, si se presenta lo contrario, podría representar un obstáculo para promover la salud. Los profesionales de enfermería tienen la oportunidad de identificar las barreras percibidas, lo que les permite involucrar al adolescente, a la familia y a la comunidad en un plan de acción destinado a modificar conductas sexuales negativas (Despaigne Pérez et al., 2022).

Derechos Sexuales y Reproductivos

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), son derechos reconocidos internacionalmente, se centran en el derecho de todas las personas a tomar decisiones autónomas y libres sobre su vida sexual y reproductiva. La alfabetización en DSR enfatiza el derecho de las personas a tomar decisiones autónomas y libres respecto a su sexualidad y reproducción. Incluye la libertad para elegir métodos anticonceptivos, decidir el número de hijos, y participar en prácticas sexuales seguras y consensuadas (Hernández Hernández & Vera-Pérez, 2023).

Disfrutar de una buena salud sexual y reproductiva implica alcanzar un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Esto incluye la capacidad de experimentar una vida sexual satisfactoria y segura, así como la libertad para decidir sobre la procreación, cuándo llevarla a cabo y con qué frecuencia. Para

preservar la salud sexual y reproductiva, es esencial que las personas tengan acceso a información precisa y a métodos anticonceptivos seguros, efectivos, accesibles y aceptables según sus preferencias (Távora Orozco, 2021).

Asimismo, deben contar con el conocimiento y el empoderamiento necesarios para protegerse contra las infecciones de transmisión sexual. Cuando optan por tener hijos, las mujeres deben tener acceso a servicios que faciliten un embarazo saludable, un parto sin riesgos y el nacimiento de un bebé sano. En este contexto, todas las personas tienen el derecho fundamental de elegir las opciones que consideren más adecuadas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (Távora Orozco, 2021).

La noción de salud reproductiva marca un hito en la historia social del siglo XX, evolucionando a partir de las experiencias de las décadas de 1970 y 1980. Esta adquirió reconocimiento global con el consenso alcanzado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 en El Cairo. La disparidad en salud reproductiva entre las mujeres de naciones desarrolladas y en desarrollo se destaca como una diferencia significativa (*Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*, 1994).

La comprensión de la salud reproductiva ha experimentado avances notables en las últimas décadas. Este ámbito se distingue de otras áreas de la salud debido a su conexión única con la reproducción humana, que es esencial para la continuidad y las tradiciones de cada sociedad. La reproducción humana no ha sido un tema neutral para ninguna sociedad, religión, cultura o sistema legal nacional. El progreso en salud reproductiva, más que en cualquier otra área de la salud, depende significativamente de la contribución y eficacia de los proveedores de servicios de salud, los responsables de formular políticas de salud, los legisladores, abogados, defensores de derechos humanos, grupos de mujeres y la sociedad en su conjunto (Díaz- Rojas et al., 2020).

La prestación de servicios en Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) plantea con frecuencia cuestiones médicas, éticas y bioéticas de una manera particularmente compleja. Pueden surgir dilemas entre los principios éticos que rigen la relación entre un proveedor de servicios de salud y una paciente, y los principios éticos que se aplican a los proveedores de servicios de salud como miembros de una comunidad más amplia. Cuando un profesional debe decidir si proporciona o no los servicios solicitados, se ve enfrentado a confrontar y definir su ética personal y su contribución tanto a la salud de la paciente como al carácter y la conciencia de su comunidad (Távora Orozco, 2021).

Los profesionales enfrentan problemas tanto antiguos, como la atención del aborto, como temas más modernos, por ejemplo, el uso adecuado de tecnologías reproductivas avanzadas, incluida la creación de embriones humanos fuera del cuerpo de la mujer para abordar la infertilidad. La bioética examina los fundamentos del manejo humano, institucional y social del nacimiento, la enfermedad y la muerte de los seres humanos, atrayendo la atención pública a través de desarrollos tecnológicos. Además, el proveedor de servicios de salud puede invocar su derecho a la objeción de conciencia frente a la realización de ciertos procedimientos, pero en tal caso, estaría obligado a referir a la paciente a un colega que, según su conocimiento, pueda abordar el problema (Távora Orozco, 2021).

Prevención de Embarazos no Deseados y Aborto Seguro

La alfabetización en salud sexual y reproductiva incluye la impartición de educación integral sobre sexualidad desde edades tempranas. Se centra en la importancia del conocimiento sobre la anatomía, la reproducción y la prevención de embarazos no deseados, además, fomenta la comunicación abierta sobre sexualidad y prevención entre parejas, familias y comunidades.

Un embarazo no planificado se refiere a una gestación no deseada, ya que ocurre en un momento en el que no se buscaba tener más hijos o, en algunos casos, cuando no se deseaba tener hijos en absoluto. Este tipo de embarazo puede tener consecuencias negativas, ya que sucede antes de lo que se tenía previsto o deseado. La noción de embarazo accidental proporciona una comprensión útil de la fertilidad de la población y destaca las necesidades no satisfechas en términos de control de la natalidad, también conocido como planificación familiar. La mayoría de los embarazos no deseados se deben a la falta de conocimiento sobre anticonceptivos o al uso inapropiado o inconsistente de los mismos (Rojas Zapata, 2022).

Para prevenir o planificar un embarazo de manera efectiva, es esencial poseer conocimientos y comprender las intenciones relacionadas con la reproducción dentro del plan de vida reproductiva. Este plan abarca metas personales vinculadas al embarazo, como la decisión de tener uno o más hijos, así como la determinación del momento y el espacio deseado entre ellos. Un plan de vida reproductiva facilita la identificación de cuidados en salud reproductiva, que incluyen la gestión del control de la natalidad, pruebas de embarazo y orientación en temas relacionados con la gestación, así como la atención adecuada durante el embarazo mediante servicios prenatales y maternos (Rojas Zapata, 2022).

El riesgo de problemas tanto para la madre como para el bebé está asociado con el embarazo no planificado. Cuando una mujer no tenía la intención de quedar embarazada, es posible que adopte comportamientos poco saludables o que demore en recibir atención médica durante el embarazo, lo que puede impactar negativamente en la salud del bebé. Por esta razón, resulta crucial que todas las mujeres en edad fértil adopten prácticas saludables, como la ingesta de ácido fólico, el mantenimiento de una dieta y peso adecuados, la participación en actividad física regular, la abstención de fumar, la evitación del consumo excesivo de alcohol, la abstención de alcohol si están embarazadas o planean concebir, la toma de medicamentos recetados únicamente bajo la supervisión del médico, y la discusión con el médico sobre la detección y el tratamiento adecuado para enfermedades crónicas. Es importante señalar que muchas jóvenes pueden no estar al tanto de estas prácticas. (Rojas Zapata, 2022)

Por lado, la interrupción voluntaria del embarazo requiere una comprensión integral en diversos niveles, abordando aspectos legales, de salud médica, de salud pública, de derechos humanos y de equidad social. En la actualidad, observamos que cada una de estas dimensiones cuenta con un cuerpo teórico e investigativo específico, que proporciona definiciones propias y facilita la comprensión del tema del aborto voluntario desde perspectivas especializadas en cada área (Bautista Londoño, 2023).

No obstante, persisten importantes carencias en la ejecución de las sentencias, generando diversas barreras que dificultan el acceso al aborto voluntario y propician la clandestinidad e inseguridad. Queda claro, por lo tanto, que se requiere un enfoque que, en lugar de descomponer el problema del aborto voluntario en aspectos cada vez más especializados, permita ampliar la discusión hacia su dimensión simbólica y cultural. La construcción de una definición de las barreras simbólicas en torno al aborto voluntario me llevó a incorporar elementos de los estudios sobre accesibilidad, especialmente aquellos centrados en personas con discapacidad, con el propósito de enriquecer la comprensión del acceso al aborto voluntario. Desde esta perspectiva, las barreras simbólicas engloban las representaciones y valores construidos en relación con el aborto, que restringen la capacidad operativa de las personas respecto a sus derechos y participación ciudadana (Bautista Londoño, 2023).

En este contexto, las barreras simbólicas asociadas al aborto voluntario son todos aquellos significados culturales que sirven al mandato de reproducción, pasando desapercibidos en muchas ocasiones, pero teniendo el poder de manifestarse como obstáculos reales para el acceso al derecho al aborto voluntario.

Referencias Bibliográficas

- Anticona Quipuscoa, L. E., & Cerna Ramos, K. V. (2021). *Relación entre nivel de conocimiento y actitud sobre paternidad responsable y uso de preservativo en adolescentes varones. Institución Educativa "San Juan"*. [UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO]. https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/7694/REP_LUCERO.ANTICONA_KARINA.CERNA_NIVEL.DE.CONOCIMIENTO.Y.ACTITUD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bautista Londoño, L. J. (2023). *Las cadenas del silencio. Barreras simbólicas en torno al aborto voluntario en Guadalajara de Buga – Colombia*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Chililinga Amaya, J. A., Salazar Montero, P. B., Riofrio García, S. Y., & Loaliza Maldonado, D. J. (2021). *Uso de métodos anticonceptivos en jóvenes de América Latina, un aporte desde Ecuador*. 1(45). <https://doi.org/10.36097/rsan.v0i45.1439>
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*. (1994).
- Deleon de Melo, L., Passos Sodré, C., Spindola, T., Costa Martins, E. R., Nepomuceno de Oliveira, N. L., & Vieira da Motta, C. V. (2022). *Prevención de infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes e importancia de la educación sanitaria*. 21(65). <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.481541>
- Despaigne Pérez, C., Garbey Pascual, Y., & López Nápoles, E. (2022). *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia y su vinculación con el Modelo de Promoción de Nola Pender*. XIX Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2022.
- Díaz- Rojas, D., Guerrero-Parra, N.-C., Robles-Carreño, M.-I., Rodríguez-Medina, J., & Lafaurie-Villamil, M.-M. (2020). *Hombres, salud sexual y salud reproductiva: avances de la investigación reciente en América Latina*. 19(2). <https://doi.org/10.18270/rce.v19i2.2946>
- Dongarwar, D., & Salihu, H. M. (2019). *Influence of Sexual and Reproductive Health Literacy on Single and Recurrent Adolescent Pregnancy in Latin America*. 32. <https://doi.org/10.1016/j.jpap.2019.06.003>
- Eduardo Durán, F. E. (2020). *Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres y hombres Bolivia 2003-2008*. 18(22). http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2225-87872020000200002&script=sci_arttext

- Espino, Z., Chong Quesada, D., Rodríguez Artiles, M., & Álvarez Pérez, N. L. (2018). *Instrumento de medición de la alfabetización en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios*. 22(5). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500015#:~:text=Sobre%20la%20base%20de%20los,disfrutar%20de%20una%20vida%20sexual
- Guerra Ramírez, M., Aldana Rivera, E., & Rojas Torres, I. L. (2020). *Conocimiento sobre prevención de infecciones de transmisión sexual en adolescentes inmigrantes habitantes en Soledad-Atlántico 2018-2019*. 4(1). <https://identidadbolivariana.itb.edu.ec/index.php/identidadbolivariana/article/view/81/145>
- Guerrero-Núñez, J., Guillén-Grima, F., & Aguinaga-Ontoso, I. (2023). *Validación de constructo de escala que mide alfabetización en salud sexual y reproductiva*. 28(2). <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v28.n2.37423>
- Gutiérrez Izurieta, B. N., Loo Bravo, J. L., Fonseca Liermo, L. A., & Molina Santos, A. M. (2021). *Los adolescentes y la educación en el uso de métodos anticonceptivos*. 5(2).
- Hernández Hernández, A. Y., & Vera-Pérez, B. L. (2023). *La Atención Primaria de Salud: Un reconocimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres indígenas de Huitzotlaco*. 11(21). <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/huejutla/article/view/8756/9592>
- Ramos Tito, B. A. (2019). *Paternidad responsable en el aprendizaje significativo de los alumnos de la I.E.E. N° 20820 “Nuestra Señora De Fátima” Huacho, durante el año escolar 2018* [Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/3678/RAMOS-TITO%20IMPRIMIR%20HOY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rojas Zapata, A. (2022). *Conocimientos y medidas de prevención del embarazo no deseado en estudiantes de enfermería de la Universidad Norbert Wiener en el periodo 2021-I*. https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7317/T061_48045998_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Távora Orozco, L. (2021). *Derechos sexuales y reproductivos en Perú, más allá del Bicentenario*. 67(3). <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v67i2335>
- UNESCO. (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia*.

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Capítulo III Género y bienestar

AUTORES: Gina Rosa Alonso Muñiz; Mabel Sánchez Rodríguez; Solange Karina Quijije Segovia; Lorena María Loo Alvarado; Katherine Monserrate Villacreses Merino; Alba Sara Almendariz Parrales; Silvia Gabriela Cáceres Palma; Viviana Quiroz Villafuerte; Angelica Alcázar Marcillo



SABEREC 5.0

Sobrecarga de Género e Imaginarios Sociales

Gina Rosa Alonso Muñiz

Mabel Sánchez Rodríguez

La sobrecarga de género, conocida como la carga desproporcionada de roles y expectativas basadas en el género, se entrelaza con la creación y perpetuación de imaginarios sociales que refuerzan normas y estereotipos de género. Esta representa un fenómeno que permea todos los aspectos de la sociedad, desde el hogar, hasta el lugar de trabajo. Se analiza cómo estos imaginarios influyen a individuos y comunidades, contribuyendo a la reproducción y perpetuación de desigualdades de género.

En ese sentido, abordar la sobrecarga de género implica desafiar las estructuras y normas sociales arraigadas, promoviendo la igualdad de género en todos los aspectos de la vida. Esto incluye trabajar en la implementación de políticas que fomenten la igualdad en el espacio laboral, la redistribución equitativa de las responsabilidades domésticas y la desmitificación de los roles de género tradicionales, permitiendo a las personas vivir de acuerdo con sus habilidades y elecciones individuales, en lugar de verse limitadas por expectativas de género preconcebidas.

La sobrecarga de género es un problema complejo de abordar y una realidad omnipresente que permea a la sociedad. Desde temprana edad, se han inculcado normas y expectativas de género, moldeando identidades y perpetuando desigualdades. Este capítulo da cuenta de la construcción social del género, la sobrecarga que recae desproporcionadamente en las mujeres y el impacto de los imaginarios sociales en la percepción de roles de género.

Los imaginarios sociales son modos de percibir y entender el mundo en su contexto, dichas construcciones simbólicas influyen en cómo los sujetos viven y comprenden una situación. En el contexto de género, los imaginarios sociales contribuyen a la perpetuación de roles y estereotipos que refuerzan la sobrecarga de género. Estos imaginarios generan impacto en las relaciones interpersonales, en las instituciones, medios de comunicación y políticas públicas, dando forma a las percepciones y expectativas de género.

La sobrecarga de género e imaginarios sociales son fenómenos que se encuentran interconectados desde siempre y permean diversas dimensiones de la vida contemporánea. La sobrecarga de género da cuenta de la distribución desigual de responsabilidades, tareas y roles según el género, imponiendo trabajo adicional a mujeres y personas de géneros no normativos. Esta

carga se observa con mayor frecuencia en áreas como el trabajo doméstico no remunerado, las expectativas sociales y los estereotipos de género arraigados en estructuras culturales.

Indagar sobre la intersección entre la sobrecarga de género e imaginarios sociales es crucial para comprender el fenómeno de las desigualdades de género y avanzar hacia sociedades más equitativas. De allí, que se muestra cómo estos elementos interactúan, influyendo en la distribución desigual de poder, recursos y oportunidades, y se exploran posibles estrategias para transformar estos patrones arraigados.

Los Imaginarios Sociales como Constructores de Realidad

Imaginarios Sociales:

Pinto (1995) describe los imaginarios sociales como *“las representaciones colectivas que dirigen los sistemas de identificación y de integración social, permitiendo visibilizar lo que generalmente permanece invisible en el ámbito social”*. Es decir, se entiende por “imaginarios sociales”, a las representaciones compartidas por un grupo de personas que influyen en la forma en que se identifican y se integran socialmente. Tales representaciones hacen visible aquello que suele pasar desapercibido en el contexto social, destacando aspectos que podrían no ser evidentes a simple vista.

Los imaginarios sociales constituyen una parte integral de la construcción de la identidad individual y colectiva en la sociedad. Estos complejos conjuntos de ideas y representaciones influyen en cómo nos vemos a nosotros mismos y en cómo nos relacionamos con los demás. La forma en que percibimos nuestra identidad étnica, de género, religiosa o cultural está moldeada en gran medida por los imaginarios sociales que hemos internalizado a lo largo del tiempo. De la misma manera Pinto (1995), menciona que dichos esquemas, contruidos socialmente, permiten percibir algo como real, explicarlo e intervenir operativamente en lo que en cada sistema social se considere como realidad. Por tanto, estos esquemas sociales son herramientas cognitivas y conceptuales que moldean nuestra percepción, comprensión y acción en el mundo, influenciando cómo definimos y participamos en lo que consideramos como la realidad en una determinada sociedad.

Por otra parte, Baeza (2004) describe los imaginarios sociales como construcciones mentales diversas y variadas, compartidas socialmente, que tienen significancia práctica en la comprensión amplia del mundo. Estas ideaciones están destinadas a proporcionar sentido existencial a la experiencia colectiva.

Los imaginarios sociales desempeñan un papel crucial como estructuras fundamentales de significado. En primer lugar, actúan como matrices singulares que dan forma al sentido, contribuyendo a la formulación de significados subjetivos en discursos, pensamientos y, lo que es especialmente relevante, en la acción social.

Por un lado, estos imaginarios acompañan a la razón y la influyen de manera creativa. Esto implica que no solo siguen la lógica racional, sino que también la modifican, aportando elementos creativos que enriquecen la comprensión y la interpretación del mundo. Por otro lado, los imaginarios sociales también se presentan como fuerzas que se oponen a la racionalidad. Esto implica que complican la conciencia al introducir elementos que pueden no ser totalmente racionales o lógicos. Esta complejización se manifiesta en la interacción entre la realidad percibida y la fantasía, sugiriendo que los imaginarios sociales pueden teñir la percepción de la realidad con elementos subjetivos y simbólicos, creando una tensión entre lo racional y lo imaginativo (Baeza, 2004). Por lo tanto, los imaginarios sociales son agentes que no solo enriquecen la razón, sino que también desafían y complejizan la comprensión de la realidad al incorporar elementos subjetivos y fantasiosos.

En muchos casos, los imaginarios sociales actúan como agentes de estigmatización y perpetuación de estereotipos. Al asignar características específicas a ciertos grupos, estos imaginarios pueden influir en la percepción general y en las actitudes hacia esas comunidades. Esta dinámica puede tener consecuencias significativas, desde el acceso a oportunidades laborales hasta la participación plena en la vida política y social.

La influencia de los imaginarios sociales va más allá de la esfera individual, afectando la percepción colectiva de la realidad. Estos imaginarios contribuyen a la creación y mantenimiento de normas y expectativas sociales que definen lo que se considera aceptable en una determinada sociedad. Desde los roles de género hasta los estándares de éxito, estas normas influyen en la toma de decisiones individuales y colectivas, dando forma a la cultura y la estructura social.

Uno de los aspectos más poderosos de los imaginarios sociales es su capacidad para crear narrativas compartidas que unen a comunidades. Sin embargo, estas narrativas también pueden excluir a aquellos cuyas experiencias no se alinean con la historia predominante. Esto destaca la importancia de analizar críticamente las historias que contamos como sociedad y cómo estas pueden marginalizar a ciertos grupos. Los roles y expectativas asociadas con

la identidad de género, étnica o cultural puede tener un impacto significativo en la autoimagen y la autoeficacia de las personas. Los imaginarios sociales pueden generar autoestigma, limitando el potencial de individuos que no se ajustan a las normas establecidas. Sin embargo, también pueden ser herramientas poderosas de empoderamiento cuando se desafían y se redefinen para reflejar una diversidad más amplia de experiencias.

La formación de la opinión pública está estrechamente ligada a los imaginarios sociales, ya que establecen marcos de referencia para la discusión de temas sociales y políticos. Este fenómeno puede influir en la aceptación o resistencia a cambios sociales y políticos, destacando la importancia de comprender cómo los imaginarios sociales moldean la percepción colectiva y la voluntad de adoptar nuevas ideas.

Los imaginarios constituyen formas de pensar y sentir que se han normado social y culturalmente para interpretar comportamientos sociales y legitimar determinadas valoraciones ideológicas y culturales (Cegarra, 2012). Estos, representan modos de pensamiento y emociones que han sido estandarizados en el ámbito social y cultural para interpretar conductas sociales y respaldar ciertas evaluaciones ideológicas y culturales.

Por otra parte, para Baeza (2000) un imaginario, especialmente desde una perspectiva social, se refiere a la forma en como las personas comparten mentalmente la representación del espacio y el tiempo. Es decir, es una construcción conjunta o concepción social, donde se comparten de manera simbólica tanto las formas como los contenidos, es decir, los signos y sus significados.

En última instancia, los imaginarios sociales, aunque evolucionan con el tiempo, también pueden actuar como obstáculos para el cambio al resistirse a nuevas ideas y formas de entender el mundo. Entonces, desafiar y transformar estos imaginarios es crucial para avanzar hacia una sociedad más inclusiva y equitativa.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, los imaginarios sociales representan un papel crucial al influir en las percepciones colectivas, normas y actitudes que rodean a la sexualidad y la reproducción. Estos imaginarios sociales moldean la construcción social de roles de género, estigmatizan o legitiman determinadas prácticas sexuales, y contribuyen a la formación de expectativas en torno a la salud reproductiva. Los estereotipos arraigados en estos imaginarios pueden tener consecuencias significativas, afectando el acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva, perpetuando la

discriminación de género y condicionando la toma de decisiones individuales y colectivas. El comprender de manera crítica los imaginarios sociales es esencial para que se generen políticas y prácticas que promuevan la equidad de género, el respeto a la diversidad sexual y el acceso integral a servicios de salud sexual y reproductiva.

Ahora bien, un ejemplo del imaginario social en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en áreas rurales de acuerdo a la revisión de la literatura, es que la comunidad podría tener creencias arraigadas sobre el papel de la mujer en la reproducción y la importancia de tener una familia numerosa. Este imaginario también puede influir en las actitudes hacia la contracepción y la planificación familiar, donde las opiniones y prácticas pueden estar dadas por valores culturales y tradicionales. Podría haber rituales asociados con el embarazo, el parto y la crianza de los hijos, todos ellos reflejando y reforzando las percepciones colectivas sobre la salud sexual y reproductiva.

En las comunidades rurales, el acceso a la educación sexual, servicios de salud reproductiva y la toma de decisiones autónomas sobre la reproducción pueden verse influenciados por este imaginario social, y las conversaciones sobre estos temas podrían estar enmarcadas por las creencias y normas compartidas en la comunidad. Entender este fenómeno es fundamental para diseñar propuestas de salud sexual y reproductiva que sean culturalmente sensibles y respetuosas de las creencias y valores arraigados en dichas comunidades.

La Construcción de Identidades de Género

De acuerdo a García (2005), cuando se nace se crea inicialmente dos categorías amplias: niños y niñas. A medida que el sujeto crece y se desarrolla se va generando una conciencia individual, conocida como el “self existencial”, también se adquiere la noción de género, que incluye la autoidentificación como hombre o mujer, junto con el concepto de género. A pesar de las diferencias biológicas inherentes en el momento del nacimiento, estas no llevan consigo diferencias en cuanto a actitudes, normas, comportamientos o roles. Todas esas distinciones surgen como resultado de la asignación social de género.

En ese sentido, el concepto de género hace alusión al sistema de identidades y conductas preestablecidas en función de la biología sexual. Estas conductas imponen restricciones significativas en las oportunidades de desarrollo humano, obligando a una conformidad con patrones que no siempre reflejan sus habilidades y deseos. Este fenómeno se atribuye a la adopción

cultural de ciertos patrones de comportamiento para distinguir y categorizar lo considerado femenino y masculino (Gallegos, 2012).

El concepto de género no se limita únicamente a los procesos de socialización; más bien, abarca aspectos vinculados a la significación personal, los sentimientos, las representaciones y las fantasías inconscientes que individualmente moldean, construyen y representan el género. De acuerdo con Chodorow (2011), esto implica la existencia de diversas manifestaciones de masculinidad y feminidad.

En este contexto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha caracterizado la “expresión de género” como la representación visible de los modelos culturales que posibilitan la identificación de una persona como masculina o femenina, de acuerdo con los estándares que una sociedad específica considera como propios de cada género en un periodo histórico determinado (CIDH, 2008).

Por otra parte, la identidad de género también es conocida como la experiencia interna e individual del género, tal como cada individuo la experimenta internamente, la cual puede o no alinearse con el sexo asignado al nacer. Esto abarca la vivencia personal del cuerpo y otras manifestaciones de género, como la vestimenta, la comunicación y los modales (Caballero, 2021). La identidad de género se concibe como un proceso dinámico y relacional, en el cual se integran representaciones simbólicas y significados socioculturales asociados a las diferencias sexuales (Fernández, 2012).

De ahí que la construcción de identidades de género es un proceso intrincado y fundamentalmente influenciado por factores sociales y culturales. Desde una edad temprana, las personas son expuestas a normas y expectativas de género a través de la socialización, donde se espera que adopten roles y comportamientos que concuerden con las convenciones establecidas para su género asignado al nacer. Estos roles abarcan desde actividades cotidianas hasta aspiraciones profesionales, desempeñando un papel crucial en la formación de la identidad de género.

Por lo tanto, es importante desde diferentes sectores de la sociedad promover la modificación de los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con el fin de eliminar los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres (Dador, 2007).

En ese sentido, es fundamental erradicar los estereotipos de género que se generan desde la infancia (UNESCO, 2022), y se refuerzan en la educación a través de los currículos, cuyo contenido son de carácter pedagógico y político, sobre todo en estado patriarcales en que dichas representaciones simplificadas de las características asociadas a hombres y mujeres, contribuyen significativamente a la construcción de estas identidades. Estos estereotipos no solo influyen en la percepción social de los individuos, sino que también afectan sus propias percepciones y autoimagen. Además, las normas de apariencia y vestimenta, dictadas por la sociedad, juegan un papel esencial en la expresión de la identidad de género y pueden tener un impacto profundo en la autoestima y la aceptación personal.

Por otra parte, la interseccionalidad introduce una dimensión adicional al análisis al reconocer que las vivencias de género están interconectadas con otros aspectos de la identidad, tales como la raza, la clase social y la orientación sexual. Esta perspectiva resalta la variedad de experiencias y obstáculos que las personas enfrentan debido a la interacción de diversos factores identitarios.

Es por ello que, a través de los años, movimientos feministas y LGBTQ+ han desafiado las normas de género tradicionales, abogando por una redefinición de roles y expectativas. Este desafío ha llevado a una mayor apertura y aceptación de la diversidad de identidades de género, fomentando una conversación más inclusiva y reflexiva sobre la fluidez de género y la multiplicidad de experiencias.

Es importante destacar que las restricciones y expectativas asociadas con las identidades de género pueden tener un impacto en la salud mental. La presión para cumplir con las normas establecidas puede contribuir a problemas como la ansiedad, la depresión y la baja autoestima, subrayando la importancia de crear entornos que fomenten la aceptación y la igualdad.

La construcción de identidades de género no es estática; es un fenómeno en constante evolución que refleja cambios culturales y sociales. Trabajar hacia una cultura que reconozca y celebre la diversidad de expresiones de género es esencial para avanzar hacia sociedades más inclusivas y equitativas.

De acuerdo a estudios realizados por Fernández, en la adolescencia, las prohibiciones, ideales y normas transmitidas, especialmente a través de la figura materna, juegan un papel crucial en la construcción de la identidad de género. La entrada en la menarquia es un momento clave, donde las jóvenes experimentan de manera más evidente las expectativas y restricciones aso-

ciadas con su cuerpo, ahora representado como el de una mujer. Este periodo también proporciona un contexto significativo para dar sentido retrospectivo a las transmisiones sobre lo femenino recibidas anteriormente (Fernández, 2012).

La conformidad con normas e ideales se convierte así en una vía a través de la cual las adolescentes internalizan y experimentan su identidad de género y se desenvuelven de acuerdo con las expectativas asociadas a este nuevo estado. Este proceso refleja la complejidad de la formación de la identidad de género durante la adolescencia, donde las experiencias tempranas y las transmisiones culturales influyen en la percepción y vivencia de la feminidad (Fernández, 2012).

En ese sentido, las expectativas de género tradicionales pueden dar lugar a normas específicas en torno a la sexualidad y la reproducción. A las mujeres con frecuencia se le asignan roles del *deber ser*, es decir más centrados en el cuidado de la familia y el hogar, pudiendo enfrentar desafíos al buscar información y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, debido a la rigidez de las normas de género arraigadas en la tradición (Alonso, 2023). Por otro lado, los hombres pueden sentir presión para cumplir con ciertos roles reproductivos y, en ocasiones, enfrentar barreras para discutir abiertamente temas de salud sexual.

Sección 2: Sobrecarga de Género como Producto de Imaginarios Sociales

La sobrecarga de género emerge como un producto palpable de los imaginarios sociales arraigados en las estructuras culturales. Estos imaginarios, a menudo moldeados por estereotipos y expectativas de género tradicionales, imponen roles específicos a hombres y mujeres. La carga adicional de responsabilidades y expectativas asociadas con estos roles puede generar una sobrecarga de género, sobre todo para las mujeres, en particular, enfrentándose a múltiples demandas, ya sea en el ámbito doméstico, laboral o social.

En ese sentido de acuerdo a Alonso (2023), las mujeres culturalmente están designadas a ejercer el rol de la maternidad, asumiendo el cuidado de los hijos/hijas y el resto de la familia, además de ello cumplir con el trabajo no remunerado en el hogar, y en otros casos se suma la carga para quienes desarrollan actividades dentro de una empresa, grupo y/o institución donde las mujeres se desenvuelven en el mundo laboral. Es decir, dicha sobrecarga de género es solo para las mujeres, que se exagera cuando son madre y esposas (Lagarde, 2005).

De esta manera, la sobrecarga no solo afecta la calidad de vida de las mujeres, sino que también perpetúa desigualdades de género al limitar su participación plena en diversos aspectos de la sociedad. La sobrecarga de género requiere desafiar y transformar los imaginarios sociales arraigados, promoviendo una distribución equitativa de roles y responsabilidades, y fomentando la construcción de identidades de género más flexibles y equitativas.

Expectativas y Roles de Género

El término roles de género no solo se refiere a las funciones específicas, sino también a los roles, expectativas y normas que se espera que las mujeres y los hombres desempeñen en una sociedad. Estos roles son establecidos social y culturalmente, y proporcionan pautas sobre cómo deben ser, sentir y actuar, basándose principalmente en el sexo al que pertenecen (Saldívar, 2015).

Las expectativas y roles de género son construcciones sociales que delimitan las conductas consideradas apropiadas para hombres y mujeres en una determinada cultura o sociedad. Estas expectativas se desarrollan desde temprana edad, influenciadas por normas culturales, tradiciones y valores que a menudo perpetúan estereotipos de género. Históricamente, se han asignado roles específicos a cada género, atribuyendo a los hombres la responsabilidad de proveer y a las mujeres la de cuidar del hogar y la familia (Lagarde, 2005) (Rich, 2019). Sin embargo, es fundamental reconocer que estas concepciones son construcciones sociales y pueden variar significativamente a lo largo del tiempo y entre distintas culturas.

En muchos casos, las expectativas de género han limitado las oportunidades y libertades individuales, contribuyendo a la discriminación y la desigualdad de género. Se espera que los hombres sean fuertes, valientes, líderes y proveedores, mientras que a las mujeres se les asigna el papel de ser sumisas, cuidadoras y enfocadas en la esfera doméstica. Estos roles predefinidos pueden perpetuar estereotipos de subordinación de las mujeres, afectando la autoestima y los proyectos de vida (Alonso, 2023), ya que se ven constreñidas por expectativas restrictivas.

En la actualidad, existe un creciente reconocimiento de la importancia de desafiar y cuestionar estas expectativas y roles de género. La promoción de la igualdad de género implica desafiar las normas preestablecidas y fomentar un ambiente en el que las mujeres sean libres de elegir sus roles sin verse limitadas por su género. La equidad de género busca eliminar la discriminación y crear oportunidades iguales para todos, independientemente de su identidad de género.

En la actualidad, la sociedad reconoce que los roles de género han experimentado cambios en comparación con épocas anteriores. En muchos casos, se asume que dicha transformación ha beneficiado a unas personas y ha restado privilegios a otras. De acuerdo con esta perspectiva generalizada, se sostiene que las mujeres han adquirido un nivel significativo de libertad y empoderamiento que antes no poseían, evidentes en diversos espacios de la vida social. Por ejemplo, tienen acceso a estudios universitarios, cumplen diferentes roles en el ámbito profesional, son remuneradas económicamente, deciden sobre su salud sexual y reproductiva, y eligen libremente a sus parejas (Saldívar, 2015). Mientras que los hombres, ya no son exclusivamente los proveedores de las familias, ni quienes ejercen el liderazgo en el hogar, participando con mayor frecuencia en labores domésticas, en la crianza y el cuidado de los hijos e hijas. Estas acciones y expresiones están conectadas con los roles de género que las personas asumen en diferentes sociedades y culturas.

Sin embargo, desde el seno familiar se van construyendo roles de género que cultural y tradicionalmente afectan a las mujeres, más que a los hombres, dándole una posición de subordinación y sumisión que ha ido perpetuando a lo largo del tiempo, trascendiendo a las futuras generaciones que conciben como natural dicha obediencia y sacrificio por el mero hecho de ser mujer. Esta inequidad social se reproduce y se enmarca mucho más en las regiones o comunidades rurales por la tradición cultural, donde el hombre es quien domina a los grupos, es jefe de hogar y quien decide sobre el núcleo familiar. No obstante, en las zonas urbanas el machismo va perdiendo fuerza en ciertos grupos familiares, adaptándose a nuevas formas de convivencias y estructuras familiares que interactúan, comparten roles y han generado cambios a la vista de una sociedad patriarcal, que mira con amenaza el empoderamiento de la mujer.

Por tanto, las expectativas y roles de género son construcciones sociales que han influido históricamente en la manera en que las personas son percibidas y cómo se espera que se comporten según su género. La lucha por la igualdad de género implica desafiar estos roles predefinidos, promoviendo la libertad de elección y trabajando hacia una sociedad más inclusiva y justa.

Un ejemplo tradicional y conocido en la sociedad es que: los imaginarios sociales que atribuyen a las mujeres la responsabilidad principal del cuidado y las tareas domésticas generan expectativas desiguales. Esta percepción contribuye a una sobrecarga de tareas para las mujeres, quienes, a pesar de tener empleos remunerados, enfrentan la presión de equilibrar estas res-

ponsabilidades. Mientras tanto, los hombres pueden sentirse limitados en su contribución debido a las expectativas arraigadas sobre roles de género. Este patrón refleja la influencia de los estereotipos de género en la distribución desigual de responsabilidades y destaca la importancia de desafiar estos imaginarios para lograr mayor igualdad de género.

Estigmatización de Roles No Tradicionales

La palabra “estigma” tiene su origen en el griego “stigmatos” y fue acuñada por los antiguos griegos para describir las marcas o señales visibles que se infligían en el cuerpo de una persona como consecuencia de haber cometido algo considerado socialmente inaceptable. En la actualidad, se utiliza para referirse a personas que poseen características que las diferencian del resto y las hacen objeto de discriminación y rechazo social, limitando su plena aceptación en la sociedad (Falconí, 2022).

La estigmatización de roles no tradicionales de Goofman (1986) se refiere al proceso social mediante el cual ciertos roles, actividades o comportamientos que se desvían de las expectativas convencionales de género son marcados negativamente y percibidos como inapropiados o anómalos. Este fenómeno afecta a individuos que optan por desafiar las normas tradicionales de género al asumir roles que no se alinean con las expectativas culturales arraigadas.

En muchos casos, la estigmatización de roles no tradicionales se relaciona directamente con los estereotipos de género arraigados en la sociedad. Por ejemplo, un hombre que elige dedicarse a labores consideradas tradicionalmente femeninas, como la crianza de hijos o el cuidado del hogar, puede enfrentar críticas y discriminación debido a la percepción de que está desviándose de su “*rol esperado*”. Del mismo modo, una mujer que decide seguir una carrera en campos tradicionalmente dominados por hombres, como la ingeniería o la política, puede enfrentar juicios y obstáculos debido a las expectativas de género arraigadas.

Esta estigmatización puede tener consecuencias perjudiciales tanto a nivel individual como social. A nivel personal, las personas que eligen roles no tradicionales pueden experimentar discriminación, falta de apoyo y presiones para conformarse a las expectativas de género convencionales. A nivel social, la estigmatización de roles no tradicionales contribuye a la persistencia de desigualdades de género al reforzar normas restrictivas y limitar la diversidad de opciones y oportunidades disponibles para las personas.

Para abordar la estigmatización de roles no tradicionales, es esencial promover la conciencia y la aceptación de la diversidad de elecciones individuales, independientemente del género. La igualdad de oportunidades y el respeto a la autonomía individual son fundamentales para desafiar y superar estos estigmas, creando sociedades más inclusivas y equitativas. La celebración de la diversidad de elecciones profesionales y personales contribuye a desmantelar los prejuicios arraigados en torno a los roles de género, fomentando un entorno en el que cada individuo pueda perseguir sus metas y aspiraciones sin temor a la estigmatización.

Estrategias para Desafiar Imaginarios Sociales y Sobrecarga de Género

Transformando Imaginarios Sociales

Transformar imaginarios sociales implica cambiar las representaciones mentales colectivas arraigadas en una sociedad, abordando y desafiando las percepciones, creencias y estereotipos profundamente arraigados que han contribuido a la reproducción de desigualdades y discriminación. Este proceso es esencial para avanzar hacia una sociedad más inclusiva y equitativa, superando las limitaciones impuestas por las construcciones sociales tradicionales.

La transformación de imaginarios sociales conlleva cuestionar y redefinir las normas y expectativas culturales en torno a cuestiones como el género, la sexualidad, la raza y otros aspectos de la identidad (Pinto, 1995). En el contexto de género, por ejemplo, implica desafiar la idea arraigada de roles y comportamientos “apropiados” para hombres y mujeres, reconociendo y valorando la diversidad de expresiones de género y elecciones de vida.

Este proceso de transformación también puede abarcar la promoción de narrativas y representaciones más inclusivas en los medios de comunicación, la educación y la cultura popular. Al presentar modelos a seguir y experiencias que desafían los estereotipos, se puede influir en la manera en que la sociedad percibe y valora la diversidad. Es decir, darles valor a las voces de los sujetos y transmitir desde las vivencias para moldear las formas de pensar, de tal manera que se promuevan actitudes libres de estereotipos de género.

Por lo tanto, en este contexto la educación juega un papel fundamental en la transformación de imaginarios sociales al fomentar una conciencia crítica y reflexiva sobre las normas culturales. Al promover la comprensión de las distintas identidades y experiencias, se puede contribuir a la construcción de una sociedad más tolerante y respetuosa. Esto depende también de generar una

cultura de cambio en la sociedad, empezando por la crianza en el hogar, la formación que reciban los y las niñas desde la educación primaria, los mismos que representan desafíos ante un sistema patriarcal. Sin embargo, ante esta barrera estructural, diferentes movimientos sociales feministas continúan trabajando por una vida digna, donde las mujeres y hombres tengan los mismos derechos y vivan en las mismas condiciones de igualdad.

Es importante destacar que la transformación de imaginarios sociales no es un proceso fácil ni rápido, ya que implica desafiar estructuras profundamente arraigadas y a menudo resistencia a cambiar. Sin embargo, este esfuerzo es crucial para construir sociedades más justas e igualitarias, donde cada individuo tenga la libertad de ser reconocido y valorado por su auténtico yo, más allá de las limitaciones impuestas por las expectativas sociales tradicionales. Por lo tanto, la propuesta consiste en elaborar estrategias para desafiar y transformar los imaginarios sociales, promoviendo una comprensión más equitativa y diversa de los roles de género.

En este sentido, ONU Mujeres busca cambiar percepciones y dismantlar estereotipos de género a través del movimiento #HeForShe de la ONU Mujeres (ONU Mujeres, 2022). Esta campaña promueve la igualdad de género al alentar la participación activa de hombres y niños en la lucha contra la discriminación y la violencia hacia las mujeres. Este grupo social busca desafiar los estereotipos tradicionales de género al destacar la importancia de la solidaridad y la colaboración de hombres y mujeres para lograr un mundo más equitativo. La campaña ha ganado reconocimiento internacional y ha movilizó a individuos, comunidades y líderes para abogar por la igualdad de género.

En el contexto ecuatoriano, organizaciones sociales no gubernamentales como Surkuna, Desafío y la Coalición Nacional de Mujeres desempeñan un papel fundamental en la promoción de la igualdad de género y la erradicación de la violencia contra las mujeres. Su labor se vuelve crucial dada la creciente preocupación por las estadísticas que muestran un aumento en la vulneración de derechos, acoso, violaciones, femicidios y otras formas de violencias en los últimos tiempos. Estas organizaciones se dedican activamente a desafiar y transformar los imaginarios sociales arraigados que contribuyen a la normalización de la violencia de género. Trabajando en colaboración con la sociedad, estas ONGs buscan cambiar percepciones, dismantlar estereotipos y abogar por un cambio cultural que promueva la igualdad y la seguridad para las mujeres en Ecuador.

Equidad de Género en la Práctica

En Ecuador, la equidad de género ha tenido cambios notorios en los últimos años al igual que en otros países, a pesar del creciente involucramiento de las mujeres en el mercado laboral, persisten desigualdades salariales y segregación ocupacional de género. Frecuentemente, las mujeres ocupan empleos menos remunerados y enfrentan limitaciones para acceder a roles de liderazgo y toma de decisiones en el ámbito laboral (Quiróz, 2023). La violencia contra las mujeres y niñas sigue siendo un problema constante, pese a los avances legislativos (Asamblea Nacional, 2018) y programas de prevención.

La violencia doméstica, el acoso sexual y otras formas de violencia de género continúan afectando a muchas mujeres en el país (Ramírez, Alarcón y Ortega, 2020). Aunque se ha mejorado el acceso de las mujeres y niñas a la educación y atención médica, persisten desafíos en cuanto a equidad y calidad. Las mujeres rurales, indígenas y de bajos recursos enfrentan obstáculos más grandes en estos aspectos por las múltiples desigualdades debido a su género, origen étnico y otras características. Sus voces y perspectivas tienden a ser marginadas en los procesos de toma de decisiones (Quiróz, 2023).

La equidad de género en la práctica se refiere a la implementación efectiva de políticas, acciones y medidas concretas para lograr la igualdad de oportunidades, derechos y reconocimiento para todas las personas, independientemente de su género. Este enfoque busca superar las disparidades históricas y culturales que han resultado en desigualdades de género, y se centra en garantizar que hombres y mujeres tengan acceso equitativo a recursos, participación en decisiones y beneficios en todos los aspectos de la vida.

En el ámbito laboral, la equidad de género en la práctica implica eliminar la discriminación salarial, promover oportunidades de liderazgo para mujeres, y crear entornos de trabajo que sean inclusivos y respetuosos de la diversidad de género. Esto se traduce en la implementación de políticas y prácticas que combatan los sesgos de género y promuevan la igualdad de condiciones en el acceso a oportunidades profesionales y de desarrollo.

En el ámbito educativo, la equidad de género se refleja en la eliminación de estereotipos de género en los planes de estudio, la promoción de la participación equitativa de mujeres y hombres en todas las disciplinas y la adopción de medidas para prevenir y abordar el acoso sexual y la discriminación de género en las instituciones educativas.

En la esfera familiar y comunitaria, la equidad de género sugiere desafiar los roles tradicionales de género y fomentar la distribución equitativa de

responsabilidades domésticas y de cuidado. Esto se traduce en promover una participación activa y equitativa de hombres y mujeres en la toma de decisiones familiares, así como en el reconocimiento y valoración de todas las contribuciones, independientemente del género.

La equidad de género en la práctica requiere un compromiso continuo de los individuos, organizaciones y gobiernos para implementar y respaldar políticas y prácticas que aborden las desigualdades de género en todas las esferas de la sociedad. Además, implica la sensibilización y educación continua para cambiar las percepciones y actitudes arraigadas que perpetúan la discriminación de género. Al centrarse en la equidad de género en la práctica, se trabaja hacia la construcción de sociedades más justas y equitativas donde todas las personas tengan la oportunidad de desarrollar su máximo potencial, sin verse limitadas por su género.

Supongamos, que se establece un proyecto comunitario que promueve la creación de asociaciones lideradas por mujeres para la producción de maíz y tejidos. En este proyecto, se valora y fomenta el conocimiento ancestral de las mujeres en estas actividades, brindándoles un espacio para compartir sus habilidades y liderar iniciativas económicas.

Sin embargo, un desafío podría surgir en la necesidad de superar estereotipos de género arraigados que podrían limitar la participación de las mujeres en roles de liderazgo en estas asociaciones. Aunque las mujeres tengan un profundo conocimiento en estas áreas, podrían enfrentar resistencia cultural en la toma de decisiones o la gestión de proyectos. Superar estos desafíos requeriría una combinación de empoderamiento, educación y sensibilización en la comunidad para cambiar percepciones sobre los roles de género y reconocer plenamente la contribución valiosa de las mujeres en estas actividades tradicionales.

Referencias Bibliográficas

Alonso Muñiz, Gina. *Transitar el laberinto: trayectorias de cuidado entre mujeres que deciden abortar en el Ecuador*. Tesis doctoral. Universidad de Antioquia, Colombia. 2023

Asamblea Nacional (2018) Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. Quito, Ecuador. Disponible en https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf

- Baeza, M. (2000). *Los caminos invisibles de la realidad social. Ensayo de sociología profunda sobre los imaginarios sociales*. Santiago de Chile, Chile: Ediciones Sociedad Hoy.
- Baeza, M. (2004) *Ocho argumentos básicos para la construcción de una teoría fenomenológica de los imaginarios sociales*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.gceis.cl/>.
- Caballero Osorio, Elena (2021) *La construcción de la identidad personal, sexual y de género: el desempeño de los roles de género durante el juego en la infancia. Investigación en el ámbito de la educación y/o formación*. Universidad de Sevilla.
- Cegarra, José. (2012). *Fundamentos Teórico Epistemológicos de los Imaginarios Sociales*. Cinta de Moebio, (43), 01-13. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2012000100001>
- CIDH Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2008) Derechos Humanos, *Orientación Sexual e Identidad de Género* AG/RES. 2435 (XXXVIII-O/08) Disponible en https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/AG-RES_2435_XXXVIII-O-08.pdf
- Chodorow. Nancy J. (2011). *Individualizing Gender and Sexuality: Theory and Practice* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203816066>
- Dador Tozzini, M. J. (2007). *La salud sexual y reproductiva y la igualdad de género en el marco de los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos*. Lima, Perú: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2008/01/lasalud-sexual-y-rep.pdf>
- Falconí Abad, María (2022). *El estigma de la prostituta: un análisis de género al proceso de constitución de sujetos sociales femeninos estigmatizados*. Género y Derechos Humanos Facultad de Humanidades, Universidad Autónoma del Estado de México, México. Millcayac, vol. IX, núm. 16, p. 174. Universidad Nacional de Cuyo.
- Fernández Olguín, Daniela (2023). *Construcción de la Identidad de Género en Adolescentes Chilenas*. Revista de Psicología - Universidad Viña del Mar. 2012, Vol. 2, N° 1, 46-66

- Gallegos Argüello, M. D. C. (2012). *La identidad de género: masculino versus femenino*. In Libro de Actas del I Congreso Internacional de Comunicación y Género. (pp. 705-718). Sevilla: Facultad de Comunicación. Universidad de Sevilla.
- García-Leiva, Patricia (2005) *Identidad de género: Modelos explicativos Escriitos de Psicología* - Psychological Writings, núm. 7, septiembre, pp. 71-81 Universidad de Málaga Málaga, España
- Goofman, Irving. 1986. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu
- Lagarde, M. (2005). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas (4ta ed.). Universidad Nacional Autónoma de México.
- ONU Mujeres (2022) Día Internacional de la Mujer 2024 – *Invertir en las mujeres, acelerar el progreso*. <https://www.unwomen.org/es/noticias/anuncio/2023/12/dia-internacional-de-la-mujer-2024-invertir-en-las-mujeres-acelerar-el-progreso>
- Pinto, J. (1995) *Los imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social*. Salamanca: Fe y Secularidad.
- Quiróz Vines, M. E., Navarrete Cusme, G. E., Loor Lino, L. E., y Tóala Barahona, F. F. (2023). *Equidad de género en Ecuador: Impacto de la intervención Social y Políticas Públicas*. Revista Venezolana De Gerencia, 28 (Edición Especial 10), 892-904. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.28.e10.2>
- Ramírez, J. C., Alarcón, R. A., & Ortega, S. A. (2020). *Violencia de género en Latinoamérica: Estrategias para su prevención y erradicación*. Revista De Ciencias Sociales, 26(4), 260-275. <https://doi.org/10.31876/rcs.v26i4.34662>
- Rich, A. (2019). *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Traficantes de sueños
- Saldívar Garduño, Alicia, Díaz Loving, Rolando, Reyes Ruiz, Norma Elena, Armenta Hurtarte, Carolina, López Rosales, Fuensanta, Moreno López, Mayra, Romero Palencia, Angélica, Hernández Sánchez, Julita Elemí, & Domínguez Guedea, Miriam. (2015). *Roles de Género y Diversidad: Validación de una Escala en Varios Contextos Culturales*. Acta de investigación psicológica, 5(3), 2124-2147. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30005-9](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30005-9)

UNESCO, 2022. *Combatir los prejuicios y estereotipos de género en la educación y mediante esta*. Disponible en <https://www.unesco.org/es/articulos/combatar-los-prejuicios-y-estereotipos-de-genero-en-la-educacion-y-mediante-esta>

Historias de Éxito y Buenas Prácticas

Solange Karina Quijije Segovia

Lorena María Loor Alvarado

Historias de éxito y buenas prácticas de la salud sexual y reproductiva: estudios de caso

En el vasto y complejo tejido de la salud sexual y reproductiva, se entrelazan historias de triunfo y resiliencia en comunidades rurales alrededor del mundo. Este compendio, “Historias de Éxito y Buenas Prácticas”, se erige como un faro de luz sobre aquellas iniciativas, programas y esfuerzos que han trascendido las barreras geográficas y culturales para potenciar la salud y el bienestar en entornos rurales. A través de una amalgama de casos de estudio y ejemplos tangibles, este libro se sumerge en relatos conmovedores de cambio, innovación y empoderamiento que han moldeado positivamente la salud sexual y reproductiva, revelando la esencia misma de la transformación comunitaria. Desde estrategias holísticas hasta intervenciones específicas, estas páginas capturan el espíritu dinámico y la creatividad desatada para abordar desafíos arraigados, iluminando el camino hacia un futuro más saludable y equitativo para todas y todos. (López y Analuisa, 2021)

A través de la meticulosa recopilación de casos de estudio y ejemplos tangibles, este volumen se sumerge en un viaje revelador hacia las profundidades de la transformación comunitaria. Desde iniciativas holísticas hasta intervenciones específicas, cada página respira vida a través de relatos conmovedores de cambio. Estos relatos van más allá de las meras cifras y estadísticas, presentando narrativas humanas que encapsulan la esencia misma de la lucha, el progreso y la esperanza.

Cada ejemplo destacado en este libro representa un faro de luz en un paisaje desafiante, donde estrategias ingeniosas, colaboraciones fructíferas y la participación activa de las comunidades han forjado senderos hacia una salud sexual y reproductiva más sólida y equitativa. Desde programas educativos innovadores hasta esfuerzos de acceso a servicios médicos, estas páginas destilan el espíritu dinámico y la creatividad desatada que impulsan cambios significativos en las comunidades rurales, redefiniendo paradigmas y alentando la construcción de un futuro más saludable para todos (Yon Leau, 2013).

En la amalgama de relatos que conforman este compendio, se revela el poder de la colaboración, la innovación y el compromiso colectivo. Cada his-

toria es un testimonio elocuente de cómo la unión de voluntades, la sabiduría local y la acción concertada han tejido un tapiz de cambio. Desde iniciativas que han desafiado tabúes arraigados hasta programas que han brindado herramientas concretas para la toma de decisiones informadas, estas páginas resplandecen con ejemplos de cómo la creatividad y la adaptabilidad han sido motores fundamentales para mejorar la salud sexual y reproductiva en entornos rurales. Estas historias no solo inspiran, sino que también señalan un camino esperanzador hacia un futuro donde la equidad y el bienestar sean una realidad accesible para cada comunidad, independientemente de su ubicación geográfica o circunstancias (Lucas, 2022).

Abordar el desarrollo extenso de este tema es sumergirse en un universo de complejidades, desafíos y soluciones innovadoras que convergen para mejorar la salud sexual y reproductiva en entornos rurales. En estas áreas, las barreras son múltiples: acceso limitado a servicios de atención médica, escasez de recursos, desinformación arraigada en tradiciones culturales y, en ocasiones, la falta de reconocimiento de los derechos reproductivos (López M., 2023).

El núcleo de estas historias de éxito y buenas prácticas se fortalece en la comprensión profunda de las dinámicas locales, la colaboración estrecha con las comunidades y la implementación de estrategias que respeten y se adapten a las realidades culturales y sociales de cada lugar. La clave no solo reside en proporcionar información y servicios, sino también en involucrar a las comunidades en la toma de decisiones, capacitándolas para ser agentes de cambio en sus propios entornos (López y Analuisa, 2021).

Programas: Salud sexual y reproductiva con énfasis en la ruralidad

Las narrativas que emergen de estos contextos rurales ilustran una diversidad de enfoques innovadores. Desde programas de educación integral que incorporan temas de salud sexual y reproductiva en el currículo escolar hasta iniciativas que capacitan a líderes locales para ser defensores y educadores dentro de sus propias comunidades, estas prácticas exitosas están arraigadas en la inclusión, la participación y el respeto por la diversidad cultural (Lucas, 2022).

Además, se destaca la importancia de la atención integral de la salud, que va más allá de la mera provisión de servicios médicos. Iniciativas que abordan no solo la salud física, sino también la salud mental, emocional y social, se han revelado como fundamentales para una transformación sostenible

en comunidades rurales. La promoción de la equidad de género, el acceso a métodos anticonceptivos seguros y la eliminación de estigmas en torno a la salud sexual y reproductiva son elementos esenciales en este proceso (Herrera et al., 2022).

Es importante reconocer que cada historia de éxito es única, adaptándose a las necesidades específicas de cada comunidad. La escucha activa, la co-creación de soluciones y la sostenibilidad a largo plazo son elementos recurrentes en estas experiencias que han logrado marcar un impacto duradero.

Dentro de las comunidades rurales, los desafíos son multifacéticos. La limitación en el acceso a servicios de salud reproductiva con calidad y la escasa información sobre métodos anticonceptivos seguros y efectivos son solo algunos obstáculos que enfrentan. A menudo, estas comunidades se enfrentan a estigmas arraigados en tradiciones culturales que dificultan la discusión abierta sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva (Yon Leau, Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes: políticas, 2013).

En este contexto, las estrategias exitosas se han destacado por su enfoque holístico, abordando no solo la dimensión médica, sino también la social, cultural y educativa. Programas que han integrado la educación sexual en el currículo escolar han sido fundamentales para brindar información temprana y precisa a los jóvenes, empoderándolos para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

Asimismo, la capacitación de líderes comunitarios y la promoción de agentes de cambio locales han desempeñado un papel crucial. Cuando las comunidades se convierten en impulsores de su propio cambio, se generan transformaciones más profundas y sostenibles. Talleres, grupos de discusión y campañas de concientización han permitido desafiar percepciones erróneas y tabúes, fomentando diálogos abiertos y respetuosos sobre estos temas cruciales (Herrera et al., 2022).

La equidad de género también ha sido un componente central en muchas de estas historias. Los programas exitosos han buscado desafiar y cambiar las normas culturales que perpetúan la desigualdad, promoviendo relaciones saludables y empoderando a las mujeres y niñas para tomar decisiones autónomas sobre su salud reproductiva (Díaz B. , 2020).

No obstante, la clave del éxito radica en la adaptabilidad y la colaboración constante. Las soluciones no son estáticas; deben evolucionar para abordar las necesidades cambiantes de las comunidades rurales. La colaboración

entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, líderes locales y expertos en salud ha sido esencial para crear programas efectivos y sostenibles a largo plazo.

Educación en salud sexual y reproductiva en las comunidades rurales

En este viaje a través de las historias de éxito y buenas prácticas, se revela una verdad fundamental: el progreso en la salud sexual y reproductiva en comunidades rurales se construye sobre la base de la inclusión, la educación y el respeto a las voces locales. Cada logro, cada iniciativa, representa un paso hacia un futuro donde todos, sin importar su ubicación geográfica, tengan acceso a una salud sexual y reproductiva plena y digna (Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Telecomunicaciones y la Sociedad de la Información, 2013).

Este campo de la salud sexual y reproductiva en comunidades rurales es un lienzo complejo y diverso, donde múltiples facetas se entrelazan para formar un panorama más completo. Una de las facetas cruciales es el acceso limitado a servicios de atención médica de calidad. Las distancias geográficas y la falta de infraestructura médica adecuada a menudo dificultan que las comunidades rurales accedan a servicios esenciales de salud reproductiva, incluyendo chequeos médicos regulares, consultas sobre planificación familiar y acceso a métodos anticonceptivos (Calvillo y Rodríguez, 2014).

En respuesta a esta realidad, los programas exitosos han adoptado enfoques innovadores, como las clínicas móviles y las teleconsultas, llevando servicios de salud a zonas remotas. Estas iniciativas han probado ser eficaces para superar las barreras geográficas y mejorar la accesibilidad a la atención médica, permitiendo a las personas en áreas rurales recibir el cuidado que necesitan sin tener que viajar largas distancias (Lucas, 2022).

La educación y la información son piedras angulares en la promoción de la salud sexual y reproductiva. La falta de información precisa y la presencia de mitos y tabúes pueden obstaculizar la toma de decisiones informadas. En este sentido, los programas exitosos han implementado estrategias educativas que se adaptan a las particularidades culturales de cada comunidad. Desde campañas de sensibilización hasta talleres interactivos, se han enfocado en proporcionar información precisa sobre la anatomía, la reproducción, la planificación familiar y el cuidado prenatal, promoviendo así una comprensión clara y precisa de la salud reproductiva (Lucas, 2022).

Además, la autonomía y el empoderamiento son esenciales. En muchas comunidades rurales, las decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva suelen estar influenciadas por normas sociales y culturales arraigadas, limitando la capacidad de elección, especialmente para mujeres y niñas. Los programas exitosos han trabajado para fortalecer la autonomía y la capacidad de toma de decisiones informadas, brindando herramientas para que las personas, en especial las mujeres, puedan ejercer su derecho a decidir sobre su propio cuerpo y futuro reproductivo (Movilla, 2022).

El aspecto económico también juega un papel determinante. Muchas veces, los costos asociados con la atención médica reproductiva pueden ser prohibitivos para las comunidades rurales con recursos limitados. En respuesta, se han implementado programas que proporcionan servicios asequibles o gratuitos, eliminando así una barrera significativa para acceder a la atención médica necesaria (Calvillo y Rodríguez, 2014).

En conjunto, estas diferentes facetas representan piezas fundamentales en el rompecabezas de las estrategias exitosas para mejorar la salud sexual y reproductiva en comunidades rurales. La combinación de acceso a servicios médicos de calidad, educación integral, empoderamiento individual y enfoques económicos inclusivos constituyen los cimientos de un cambio significativo en estos entornos (Movilla, 2022).

Redes estratégicas con enfoque en la salud sexual y reproductiva

Exploremos otros ángulos en la mejora de la salud sexual y reproductiva en entornos rurales. Uno de los enfoques centrales es la integración de la tecnología y la innovación. En un mundo cada vez más digital, el uso estratégico de la tecnología ha demostrado ser una herramienta poderosa para superar obstáculos en áreas rurales. Aplicaciones móviles, plataformas en línea y mensajes de texto han sido empleados para proporcionar información sobre salud reproductiva, recordatorios de citas médicas e incluso consultas virtuales con profesionales de la salud, brindando un acceso más rápido y conveniente a servicios esenciales (Bonet, 2020).

La formación de redes y alianzas estratégicas también ha sido clave. La colaboración entre organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias ha permitido maximizar los recursos y el alcance. Las asociaciones con instituciones locales, líderes comunitarios y profesionales de la salud han impulsado programas más sólidos y sostenibles, con un impacto más significativo en la mejora de la salud reproductiva en estas áreas (Rojas y Gi, 2021).

Además, la consideración de la perspectiva cultural es fundamental. Los enfoques de “una talla para todos” son ineficaces en contextos culturales diversos. Por lo tanto, las intervenciones exitosas han sido aquellas que han abrazado y respetado las tradiciones locales, incorporando prácticas culturales y creando programas sensibles a las diferencias culturales. El diálogo intercultural y la colaboración con líderes comunitarios han sido esenciales para desarrollar programas que se adapten y sean aceptados dentro de esos contextos específicos.

La inclusión de la juventud es otro aspecto crucial. Las generaciones jóvenes son agentes de cambio fundamentales en la transformación de las percepciones y prácticas en torno a la salud sexual y reproductiva. Programas que han involucrado activamente a jóvenes como educadores entre pares, líderes en la comunidad y defensores de la salud han tenido un impacto significativo al fomentar discusiones abiertas y honestas sobre estos temas entre sus compañeros y sus comunidades (Bonet, 2020).

La sostenibilidad a largo plazo también es un factor fundamental en cualquier programa exitoso. Más allá de las intervenciones iniciales, los programas efectivos han establecido estructuras y estrategias que perduran incluso después de que la implementación inicial haya concluido. El empoderamiento de las comunidades locales para tomar el control y la continuidad de los programas son claves para garantizar que los avances logrados perduren en el tiempo (Rojas y Gil, 2021).

En resumen, estos enfoques multidimensionales subrayan la complejidad inherente a la mejora de la salud sexual y reproductiva en entornos rurales. La combinación estratégica de tecnología, colaboración, sensibilidad cultural, involucramiento juvenil y sostenibilidad es crucial para lograr cambios duraderos y significativos en estas comunidades.

En la búsqueda de otros enfoques que han demostrado ser efectivos en la mejora de la salud sexual y reproductiva en áreas rurales, son la economía y el acceso a recursos financieros, estos juegan un papel importante en la capacidad de las comunidades para acceder a servicios de salud reproductiva. Por ello, se han implementado programas que van más allá de la atención médica directa, abordando temas económicos que impactan en la salud reproductiva. Microcréditos para emprendimientos liderados por mujeres, programas de empoderamiento económico y capacitación en habilidades comerciales han sido parte de estrategias integrales que no solo mejoran la autonomía financiera de las personas, sino que también impactan positivamente en su salud y

capacidad para tomar decisiones informadas sobre su bienestar reproductivo (Leite et al., 2022).

Importancia de la participación del hombre en los programas de salud sexual y reproductiva

La participación masculina no puede ser subestimada. Si bien gran parte de los programas se han centrado históricamente en mujeres y niñas, involucrar a hombres y niños en conversaciones sobre salud sexual y reproductiva es crucial. Los programas exitosos han buscado desafiar estereotipos de género y promover relaciones de género equitativas, reconociendo el papel clave que juegan los hombres como aliados y defensores de la salud reproductiva en sus comunidades (De la Cruz Ramirez et al., 2020).

Otro enfoque que ha cobrado relevancia es la atención centrada en los derechos humanos. Reconocer y garantizar los derechos reproductivos como parte integral de los derechos humanos ha sido fundamental en programas que promueven el acceso igualitario a servicios de salud reproductiva de calidad. Esto implica no solo el acceso a la atención médica, sino también el derecho a la información, la autonomía y la toma de decisiones libres de discriminación y coerción.

El monitoreo y la evaluación constante son cruciales para el éxito continuo de los programas. La recopilación de datos, el seguimiento del impacto de las intervenciones y la adaptación según los resultados son prácticas fundamentales para asegurar que los programas evolucionen y respondan a las necesidades cambiantes de las comunidades rurales (Verdiales, 2020).

Estos enfoques multidimensionales no solo representan estrategias aisladas, sino que son piezas interconectadas de un rompecabezas integral para mejorar la salud sexual y reproductiva en entornos rurales. La combinación estratégica de aspectos económicos, participación masculina, enfoques basados en derechos humanos y evaluación continua son claves para lograr un cambio significativo y duradero en estas comunidades.

Salud sexual y reproductiva: Crisis humanitaria

Por otro lado, un aspecto crítico que merece atención es la crisis humanitaria y los entornos de emergencia. En situaciones de crisis, ya sea por conflictos, desastres naturales o desplazamientos masivos de población, la salud sexual y reproductiva se vuelve aún más vulnerable. En estos contextos, se han implementado programas específicos que buscan asegurar el acceso continuo a servicios de salud reproductiva, incluso en condiciones extremada-

mente desafiantes. Estos programas incluyen la distribución de kits de salud reproductiva, capacitación para trabajadores humanitarios y la implementación de medidas específicas para proteger a mujeres y niñas contra la violencia sexual y de género (Jacinto y Ruiz, 2022).

Además, se ha hecho hincapié en la importancia de abordar la diversidad y las necesidades específicas de grupos marginados o vulnerables dentro de las comunidades rurales. Esto implica tener en cuenta las realidades únicas de las personas con discapacidad, minorías étnicas, migrantes y refugiados, adaptando los programas para garantizar que todos tengan acceso equitativo a servicios de salud reproductiva y a información relevante, respetando sus derechos y dignidad (Hernández y Vera, 2023).

Un aspecto crítico y a menudo subestimado es la influencia de las políticas y el marco legal en la salud sexual y reproductiva en áreas rurales. Las leyes y políticas gubernamentales pueden tanto facilitar como obstaculizar el acceso a servicios de salud reproductiva. Por lo tanto, se han desarrollado esfuerzos para abogar por políticas inclusivas que reconozcan y protejan los derechos reproductivos, así como para fortalecer la implementación y cumplimiento de dichas políticas en áreas rurales.

Además, se han intensificado los esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud en estas zonas. Esto incluye la capacitación de profesionales de la salud locales, la mejora de infraestructuras médicas, la disponibilidad de suministros médicos y la descentralización de servicios de salud reproductiva para garantizar que las comunidades rurales tengan acceso continuo a atención de calidad (Jacinto y Ruiz, 2022).

Estos enfoques más recientes reflejan la evolución y expansión de estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva en áreas rurales. Desde situaciones de emergencia hasta el fortalecimiento de políticas y sistemas de salud, estos programas están diseñados para abordar desafíos específicos y complejos, asegurando que todas las personas, sin importar su ubicación, tengan acceso a servicios esenciales para una vida sexual y reproductiva saludable y digna (Hernández Y., 2021).

El abordaje integral y multifacético para mejorar la salud sexual y reproductiva en comunidades rurales ha sido fundamental para el diseño de estrategias efectivas. Desde la integración de servicios médicos hasta la promoción de la educación y el empoderamiento comunitario, cada enfoque ha contribuido significativamente a la transformación positiva de estas áreas.

La diversidad de enfoques resalta la complejidad y la interconexión de los desafíos que enfrentan estas comunidades. La combinación de estrategias ha demostrado ser esencial para superar obstáculos geográficos, culturales, económicos y sociales. Desde la implementación de programas tecnológicos hasta la atención centrada en los derechos humanos y la participación comunitaria, cada enfoque ha desempeñado un papel vital en el avance hacia una salud sexual y reproductiva más equitativa y accesible para todos, independientemente de su ubicación geográfica (Hernández Y., 2021).

La adaptabilidad y la sostenibilidad a largo plazo son pilares fundamentales para asegurar el éxito continuo de estos programas. Las estrategias deben evolucionar en respuesta a las necesidades cambiantes de las comunidades y deben mantenerse con el tiempo para garantizar que los avances logrados perduren y se expandan.

La colaboración entre diversas partes interesadas, incluyendo gobiernos, organizaciones no gubernamentales, líderes comunitarios y profesionales de la salud, ha sido esencial para el desarrollo e implementación exitosa de programas integrales. Otro aspecto fundamental es la importancia de la inversión a largo plazo en programas de salud sexual y reproductiva en áreas rurales. Los resultados positivos no son instantáneos; requieren compromisos continuos y recursos sostenibles para mantener y expandir los logros alcanzados. La inversión en infraestructura, capacitación de personal, educación continua y acceso a recursos médicos es esencial para asegurar que estas mejoras sean duraderas y alcancen un mayor impacto (Jacinto y Ruiz, 2022).

Asimismo, la necesidad de escuchar y dar voz a las comunidades es un aspecto vital. Los programas más efectivos han sido aquellos que han involucrado a las comunidades desde el inicio, tomando en cuenta sus necesidades, tradiciones, y formas de entender y abordar la salud sexual y reproductiva. El diálogo abierto y el respeto por la diversidad cultural y las perspectivas locales son esenciales para el diseño de programas que sean aceptados, relevantes y efectivos en estas áreas (Calvillo y Rodríguez, 2014).

Además, la sensibilización y el combate contra la estigmatización han demostrado ser pilares fundamentales para el éxito de estos programas. Muchas comunidades rurales enfrentan estigmas arraigados en torno a temas de salud sexual y reproductiva. La educación y la promoción han sido herramientas cruciales para desafiar estos estigmas, fomentando la aceptación, la comprensión y el acceso igualitario a servicios de salud para todos (Verdiales, 2020).

La adaptabilidad y la innovación constante son necesarias para enfrentar desafíos emergentes y futuros. El mundo está en constante evolución, y los programas exitosos deben ser flexibles y capaces de adaptarse a cambios en la dinámica social, tecnológica y económica. La búsqueda de soluciones innovadoras y la disposición para ajustar estrategias en función de nuevas necesidades son factores clave para mantener la relevancia y efectividad de estos programas a lo largo del tiempo.

Estos elementos adicionales enriquecen las conclusiones, destacando la importancia de la inversión sostenida, la participación comunitaria, la lucha contra el estigma y la necesidad de adaptarse y evolucionar en un entorno cambiante para garantizar el éxito continuo en la mejora de la salud sexual y reproductiva en comunidades rurales. En el cierre de este capítulo, se ha explorado diversas facetas, estrategias innovadoras y enfoques integrales que han impactado positivamente la salud sexual y reproductiva en comunidades rurales. Sin embargo, estas páginas apenas han rozado la superficie de un vasto universo de experiencias, aprendizajes y descubrimientos (López y Analuisa, 2021).

Aun con todo lo compartido, existen múltiples historias por descubrir, estrategias por explorar y desafíos por superar en el camino hacia una salud sexual y reproductiva más equitativa y accesible para todos. Las comunidades rurales son centros de vitalidad, resiliencia y creatividad, y cada día se tejen nuevas narrativas de cambio y transformación.

Este capítulo es solo el comienzo, una invitación a sumergirse más profundamente en un mundo de posibilidades y soluciones innovadoras. Hay mucho más por descubrir, más lecciones por aprender y más caminos por recorrer en la búsqueda de un futuro donde la salud sexual y reproductiva sea un derecho tangible para cada individuo, independientemente de su ubicación geográfica.

Dentro de estas páginas, se ha explorado un mosaico de enfoques: desde la integración de tecnología hasta la capacitación comunitaria, desde la promoción de derechos hasta la innovación en servicios médicos. Cada estrategia desvela un fragmento de la rica y variada red que conforma el cambio en la salud sexual y reproductiva en áreas rurales.

A pesar de esto, queda mucho por desvelar. Hay relatos sin contar, estrategias por descubrir y retos por superar en el camino hacia una salud más equitativa y accesible para todos. Las comunidades rurales albergan un reservorio de resiliencia, sabiduría y creatividad, y en cada rincón se urden nuevas narrativas de progreso y esperanza.

Así que, ¿qué otras historias permanecen ocultas, esperando ser reveladas? ¿Qué estrategias aguardan ser exploradas con más detalle? La jornada continua y entre las páginas por venir, se despliega un panorama más extenso y detallado. La invitación es a adentrarse en este viaje apasionante hacia una salud sexual y reproductiva plena y equitativa en los rincones más remotos y resilientes de nuestro mundo.

Referencias Bibliográficas

- Yon Leau, C. (2013). *Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes: políticas*. Lima-Perú: Nuevas Trenzas.
- Bonet, J. (2020). Análisis de las estrategias discursivas empleadas en la construcción de discurso antifeminista en redes sociales. *Revista Psicoperspectivas*, 19(3), 52-63.
- Calvillo, C., y Rodríguez, A. (2014). Educación sexual para estudiantes indígenas de una comunidad rural en Guatemala. *Revista Novedades en Población*, 10(20), 21-30.
- De la Cruz Ramirez, M., Flores, F., y Olaza, A. (2020). Factores asociados a la no participación de los varones en el servicio de planificación familiar, hospital nuestra señora de las Mercedes, Carhuaz, 2018. *Repositorio Universidad Santiago*, 1-104.
- Díaz, B. (2020). Salud sexual y reproductiva rural, una aproximación integral del individuo, desde la comunidad de Chiquiza-Boyacá, para su entendimiento desde la salud pública. *Universidad del Bosque*, 1-99.
- Hernández, A., y Vera, B. (2023). La Atención Primaria de Salud: un reconocimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres indígenas de Huitzotlaco. *Ciencia Huasteca Boletín Científico de la Escuela Superior de Huejutla*, 11(21), 17-27.
- Hernández, Y. (2021). Participación para la salud: una mirada a la salud de las mujeres. *Revista Salud y Bienestar social. [ISSN: 2448-7767]*, 5(2), 61-68.
- Herrera, I., Fernández, V., Sánchez, L., y Rodríguez, M. (2022). Enfermería en la salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes: un desafío desde la ruralidad. *Investigación en Enfermería*, 1(10), 24.
- Jacinto, R., y Ruiz, L. (2022). Efectividad de los programas de educación sexual y reproductiva en los adolescentes. *Revista Horizonte sanitario*, 21(1), 129-135.

- Leite, P., Torrez, F., Pereira, L., y Et,Al. (2022). Construcción y validación de pódcast para la educación en salud sexual y reproductiva de adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, 1-11.
- López, G., y Analuisa, E. (2021). Políticas Públicas Asociadas a la Educación Sexual y Reproductiva y el Aporte de Enfermería. *Enfermería Investigada*, 6(5), 1-11. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/download/1458/1256/3541>
- López, M. (2023). Estudio descriptivo sobre la mediación intercultural en los servicios públicos de salud sexual y reproductiva con pacientes de origen chino: análisis de propuestas de mejora y aplicaciones en el territorio valenciano. *FITISPos International Journal*, 10(1), 99-111.
- Lucas, U. (2022). Revisión bibliográfica sobre las temáticas en el estudio de las masculinidades y la salud sexual en adolescentes. *Revista Pilquen. Sección Ciencias Sociales*, 25(3), 23-46.
- Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Telecomunicaciones y la Sociedad de la Información. (2013). *Proyecto: Expansión del Programa de Telemedicina a Nivel Nacional*. Quito - Ecuador: MSP.
- Movilla, N. (2022). Educación integral de la sexualidad: Un desafío curricular inaplazable para las instituciones educativas. *REVISTA ARBITRADA DEL CIEG - CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS GERENCIALES (BARQUISIMETO - VENEZUELA)*(53), 310-321.
- Rojas , I., y Gil , R. (2021). Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países latinoamericanos. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 40(7), 711-721.
- Verdiales, D. (2020). La importancia de la mujer en el desarrollo. Análisis de los Objetivos de Desarrollo Sostenible con perspectiva de género. *Fe-meris: Revista Multidisciplinar de Estudios de Género*, 5(3), 97-113.

Recomendaciones y políticas

Katherine Monserrate Villacreses Merino

Alba Sara Almendariz Parrales

Silvia Gabriela Cáceres Palma

La salud sexual y reproductiva forma parte de uno de los derechos universales de las adolescentes y mujeres con capacidad de gestar, su cobertura total debe abarcar los aspectos biopsicosociales dentro del contexto donde se desarrolla este grupo poblacional. Es así, que el estado ecuatoriano en su art. 32 de la Constitución de la Republica establece garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de manera gratuita e integral, bajo los principios de equidad con enfoque intercultural e individualizado, desde una atención digna con calidad y eficiencia (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021).

Sin embargo, diversos son los factores que interfieren e imposibilita que la población femenina tenga acceso a la cobertura total de estos servicios de salud, con evidencia mayormente en poblaciones pertenecientes a las zonas rurales (Lascano Cardenas, 2019), donde el contexto social, cultural, religioso, la falta de escolaridad o mínima educación recibida por instituciones educativas y sanitarias, impide el conocimiento y goce pleno a una salud sexual, reproductiva responsable y segura. Teniendo como resultado alto índices de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y muertes materno-neonatales.

El equipo multidisciplinario de salud constituye el eje fundamental en la promoción y educación para la salud de esta población vulnerable (Silva Romero, 2019). A partir de ello, se pretende guiar al profesional sanitario en la aplicación y fortalecimiento de las políticas, recomendaciones, y programas ya establecidos por instituciones de salud pública, para contribuir de manera significativa al empoderamiento de los derechos sexuales-reproductivos que garantice el bienestar y autonomía de las mujeres con capacidad de gestar, ajustándolas a la realidad de las comunidades rurales.

Cabe recalcar que, el éxito de estas intervenciones se ve reflejado al seguir un proceso sistematizado, que permita lograr identificar factores puntuales desde los aspectos de equidad, género y determinantes sociales, con una recopilación inicial de datos estructurales y socioculturales de la población rural (Wan-ju Wu y otros, 2022), donde la comunicación y escucha activa es la base que permitirá establecer las fortalezas y debilidades en la utilización

de estrategias de los servicios de salud sexual y reproductiva de un área determinada.

La educación para la salud, conforma una de las estrategias iniciales en el abordaje de la promoción de una vida sexual y reproductiva plena, este modelo de enseñanza-aprendizaje contribuye a brindar información, motivar y asesorar, con la finalidad de modificar actitudes, conocimientos y comportamientos direccionados a la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y proceso reproductivo (Cajinas Pérez, 2020). Además del bienestar físico, psicológico y social, priorizando el abordaje de necesidades de mayor relevancia y vulnerabilidad educativa, complementándose con otras estrategias e intervenciones.

Entre las que destacan, difusión de información mediante recursos creativos con la utilización de emisoras radiales, trípticos, folletos, infografía, carteles, gigantografías y dentro del contexto del avance tecnológico el uso de las TICS e IA mediante publicidad o videos educativos por redes sociales, junto con la realización de actividades lúdicas digitales relacionadas a la salud sexual y reproductiva (Herrera Zuleta y otros, 2022), no solo para reforzar los conocimientos adquiridos, sino también lograr el desarrollo de las capacidades de análisis cognitivo.

Dichas intervenciones pedagógicas, poseen mayor impacto cuando se realizan a manera multidisciplinaria con instituciones educativas, líderes rurales, el individuo, la familia y comunidad en general (Hernandez Sarmiento y otros, 2020). Las facilitaciones de los conocimientos deberán partir desde una promoción de salud grupal sin perder la visión individualizada de las necesidades de cada ciclo de vida fértil, basado en el análisis de situaciones de salud sexual y reproductiva reales, con ayudas audiovisuales para mayor entendimiento, bajo un ambiente confortable durante su intervención que permita la adherencia de los conocimientos impartidos.

La familia es un protagonista y aliado fundamental en la promoción para la salud, constituye la fuente principal de información, que interfiere directamente en la formación sociocultural sobre salud sexual - reproductiva en adolescentes y mujeres con capacidad de gestar (Arenas Villamizar y otros, 2019). Por tanto, el personal sanitario deberá realizar la orientación inicial dirigida hacia ambos progenitores o tutores legales y demás personas que integren el círculo familiar, para desarrollar conocimientos, habilidades que les permita el abordaje completo, oportuno y asertivo dentro del hogar, e influir de manera positiva en comportamiento, actitudes, percepción, auto eficiencia desde la sexualidad.

Las instituciones educativas conforman la segunda unidad social donde el adolescente se desarrolla y obtiene información básica sobre sexualidad. Para fortalecer la calidad y el acceso a esta información se deberá trabajar de manera conjunta, mediante capacitaciones a los docentes enfocados a las normativas, leyes, estrategias de la salud sexual y reproductiva (Cabrera Fajardo, 2021). La cual podrá ser replicada a modo de sesiones educativas, consejería, ferias de promoción de los derechos sexuales y reproductivos, encuentros juveniles, seminarios o talleres de capacitación donde el adolescente, la familia y la comunidad colectiva podrán ser los actores sociales principales.

Por otra parte, la intervención en la comunidad se realiza en base a disolver aquellas adherencias de actitudes culturales en la formación de familias numerosas desde temprana edad e influencia del conviviente a la no planificación familiar (Lopez Pinta, 2022). Esto en ocasiones constituye un determinante social que imposibilita a la mujer al acceso gratuito y oportuno de los métodos anticonceptivos. Ante lo cual, el rol del profesional de salud corresponde a la orientación de la capacidad de decidir sobre su cuerpo, cuando iniciar o interrumpir la planificación familiar, que método anticonceptivo utilizar y detectar posibles violencias de género. Con respeto y aceptación desde la empatía a los ideales y cultura de cada comunidad.

Además, en este contexto otras de las poblaciones que debe incluir la promoción de salud sexual y reproductiva corresponde a la comunidad LGBTQI+, pues dentro de ellos también se integran mujeres con capacidad de gestar, pero lamentablemente esta población se encuentra vulnerada y aisladas por las determinantes socioculturales que imposibilitan el acceso oportuno a estos servicios (Estay y otros, 2020). Por tanto; es responsabilidad del profesional de salud realizar en la comunidad la promoción del buen trato, erradicación de violencia de género, brindar una atención inclusiva sin discriminación, con acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud sexual garantizados que promueva las prácticas sexuales seguras.

Donde la Atención Primaria de Salud, al ser la puerta de acceso a los demás servicios de atención, se le atribuye la responsabilidad en la promoción de la salud sexual- reproductiva que incluya (OMS, 2023): El parto humanizado, acceso a métodos anticonceptivos gratuitos y seguros, con medidas de prevención de embarazos no deseados, enfermedades relacionadas a la transmisión sexual, violencia de género, complicaciones obstétricas y morbilidad materno-neonatal.

A su vez, fomentar desde el contexto comunitario la interculturalidad, solidaridad, empatía, no discriminación, respeto y equidad de género, adaptándose a las realidades biopsicosociales de la población que asegure una atención veraz y oportuna en todos los ciclos de vida de la mujer en edad fértil. Es así, que se considera que los programas que garantizan una atención integral de calidad para mejorar la salud sexual - reproductiva en adolescentes y mujeres con capacidad de gestar, adaptándolas al contexto rural se basan en:

Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes en América Latina

Establece estrategias puntuales a partir del estudio de la revisión documental correspondiente al contexto de la mujer rural en América Latina (Yon Leau, 2013), que destaca el enfoque integral en la atención de la población femenina, para que pueda ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, mediante el proceso de capacitaciones impartidas desde la promoción de la salud que combine la auto-reflexión y el descubrimiento personal, con dimensiones particulares en:

- Necesidad de mejorar la prestación de los servicios de atención primaria en salud, con enfoque en diversidad cultural y conocimientos adquiridos mediante procesos educativos de los derechos femeninos en la población rural joven.
- Realizar una práctica asistencial armonizada en cada una de las intervenciones y programas intersectoriales, dirigidos al empoderamiento de la población con capacidad de gestar.
- Monitorizar y evaluar cada uno de los programas e intervenciones realizados, mediante indicadores que permitan la identificación de avances a corto, mediano y largo plazo, para garantizar el éxito o fracaso de las mismas.
- Desarrollar investigaciones sobre las problemáticas de las poblaciones rurales, a fin de identificar las brechas que influyen negativamente en la población y a partir de ellas implementar nuevas estrategias y programas a favor de la salud sexual- reproductiva en el ámbito rural.
- Fortalecer el protagonismo en la participación de promoción de la salud sexual a mujeres rurales de cada localidad, junto con el desarrollo de nuevas estrategias y políticas públicas.
- Adecuar programas de educación sexual y reproductiva a la población que no tiene los medios socioeconómicos para asistir a una es-

cuela o centro sanitario, centrándose en una educación para la salud personalizada desde el hogar (Yon Leau, 2013).

Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva (MSP)

Como parte de la estrategia multisectorial el Ministerio de Salud pública implemento un manual con lineamientos que permiten guiar al profesional sanitario a una atención centrada en la salud sexual y reproductiva de la mujer con capacidad de gestar, que permita guiar el acceso adecuado a la información desde un enfoque de prevención y promoción de la salud, para promover la toma de decisiones libre y voluntaria partiendo desde los derechos, género, e interculturalidad (Ministerio de Salud Pública, 2017). Para lo cual el personal a cargo de la realización de la asesoría deberá conocer:

- Los diferentes aspectos relacionados a la sexualidad, salud sexual y reproductiva, incluyendo la violencia basada en género, que permita la intervención de manera oportuna en los casos de riesgos.
- Leyes fundamentales enfocadas a la salud sexual y reproductiva, para fomentar el pleno goce de los deberes y derechos a la población en edad fértil.
- Conocer las necesidades de la educación sobre la salud sexual y reproductiva que la población en estudio posee, considerando características socioculturales y grupos etarios. Sobre todo, al enfatizar que la educación en zonas rurales en cuanto al tema es mínima.
- Creencias culturales propias de cada región, e ideologías falsas, que pueden interferir como barreras o nudos críticos a la hora de prestar el acceso a los servicios de salud. Manteniendo una postura empática y de respeto, en la inclusión y no discriminación.
- Aceptación voluntaria de la población a los servicios de salud sexual y reproductiva, donde no se podrá obligar por ningún motivo el acceso a servicios de salud, de los cuales no se tenga interés, solo se realizará consejería que puntualice su importancia y beneficio.
- Conocer las razones socioemocionales a la no adherencia, abandono o desuso de métodos anticonceptivos. Se considera la identificación de la violencia de género o la influencia del contexto familiar y cultural ante estas posturas.
- Fomentar prácticas de autocuidado sobre la salud sexual y reproductiva, que incluya higiene, cuidado y prevención de ITS.

- Asegurar el ejercicio pleno de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, con la toma de decisiones libres, autónomas, responsables y voluntarias sobre su cuerpo, capacidad de fecundar, inicio o final de la planificación familiar.
- Fomentar las prácticas sexuales seguras, responsables y satisfactorias con la prestación de métodos anticonceptivos.
- Influenciar el cambio de patrones socioculturales adquiridos a lo largo de la vida que limitan el abordaje oportuno de los derechos sexuales.
- Realizar acciones de inclusión a la población LGBTI, que respete las expectativas y necesidades sexuales de cada persona, bajo un perfil empático y ético (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Cuando la adolescente o mujer en capacidad de gestar no logre satisfacer las necesidades de la Salud Sexual y Reproductiva, el personal sanitario deberá implementar estrategias de prevención que permita el ejercicio al derecho inalienable, de contrarrestar posibles complicaciones o riesgos en la salud, por lo tanto, se establece:

- Reducción y prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), mediante el acceso a métodos anticonceptivos que se ajuste a las necesidades y preferencias de cada mujer.
- Embarazos no deseados, mediante consejería y educación oportuna desde el inicio de la adolescencia, que determine posibles violencias de géneros dentro del hogar.
- Complicaciones de la salud sexual y reproductiva en consecuencia a una ITS no tratada, con la realización de campañas médicas preventivas, y detección temprana de enfermedades, con acceso gratuito al tratamiento, y seguimiento en todo el proceso de recuperación.
- Disminución de complicaciones obstétricas-neonatales o daños en la salud provocados por abortos en condiciones inseguras y de riesgos, bajo la asesoría de salud mental en adolescentes o mujeres embarazadas producto de violencia sexual.
- Disminución de violencia de género, desencadenado por violencia sexual, con campañas educativas de identificación a las señales de violencia intrafamiliar o comunitaria, a fin de que la población logre denunciar y buscar ayuda oportuna (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (MSP)

Promueve la inclusión, validación y respeto de los derechos en relación a la salud sexual y reproductiva de las personas en edad fértil, que establece lineamientos específicos que deberán cumplirse en la atención primaria de salud para proteger la salud, seguridad y el bienestar de las usuarias (Ministerio de Salud Pública, 2017), con el uso de herramientas didácticas y complementarias, seguimiento, monitoreo y evaluación para determinar el cumplimiento de los objetivos. Esto va relacionado con:

- Brindar atención de calidad adecuada, oportuna y sin discriminación a personas con orientación de sexo diverso.
- Fomentar la participación y corresponsabilidad ciudadana para el cumplimiento y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos.
- Asegurar la atención integral de Salud Sexual y Reproductiva.
- Prevenir, detectar y atender de manera integral a personas víctimas de violencia de género, y aquellas con infecciones de transmisión sexual incluida el VIH.
- Garantizar el acceso a prestaciones integrales para la prevención, detección precoz y tratamiento oportuno de cáncer por origen sexual o reproductivo.
- Fortalecer la asesoría en anticoncepción y planificación familiar.
- Asegurar a los/las adolescentes un servicio de atención integral, amigable y de calidad.
- Garantizar la maternidad segura con medidas de promoción, prevención y atención integral desde la concepción hasta el puerperio, e identificar los riesgos que permita disminuir las emergencias obstétricas y neonatales
- Evaluar los avances y limitaciones del proceso de enseñanza-aprendizaje, para ajustarse a correcciones necesarias en su abordaje (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Vinculación de programas y servicios de salud sexual y reproductiva, género y de prevención de VIH e ITS (OPS)

Programa dirigido a la optimización de la atención de salud, con perspectiva de género que disminuya el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual desde edades tempranas, con enfoque multidisciplinar que parte del

trabajo conjunto con las instituciones educativas y actividades propias dentro de la atención primaria en salud como:

- Realizar capacitaciones sobre sexualidad y métodos anticonceptivos que permitan brindar información adecuada a diferentes grupos poblacionales en capacidad de gestar.
- Desarrollar habilidades y capacidad de interrelación con las usuarias, mediante el uso de información en términos adecuados.
- Coordinar actividades con instituciones educativas que vayan mucho más allá de las charlas y panfletos, donde la innovación y creatividad sobresalten sin dejar de lado el tema principal.
- Acompañamiento en procesos de aprendizajes orientado a padres y tutores para facilitar los procesos de educación sexual en el hogar.
- Brindar servicios de planificación familiar, en base a la cobertura total de métodos anticonceptivos y exámenes de diagnósticos para detectar la presencia de ITS.
- Realizar acciones comunitarias en espacios públicos, donde se promueva la protección de actividades sexuales con métodos anticonceptivos de barrera.
- Orientación y educación sobre pruebas voluntarias en detección del VIH/ Sífilis en mujeres gestantes y no gestantes.
- Prevención de transmisión de infecciones vertical materno-infantil en caso de resultados positivos para VIH/ Sífilis, durante el embarazo, parto y lactancia materna (OPS, 2017).

Estrategias educomunicacionales para prevención del embarazo en niñas y adolescentes (Educación sexual para prevenir)

Direccionada a la educación para la salud en adolescentes, el cual busca integrar conocimientos innovadores de manera lúdica y amigable en modalidad virtual/ telemática o presencial (Ministerio de Salud Pública, 2022), alejándose de lo rutinario que a su vez permite un mayor entendimiento de los temas de salud sexual-reproductiva, captando la atención de la población joven con empoderamiento del tema y mayor adherencia a la información recibida. Estas actividades incluyen:

Juegos de memoria, con el uso de figuras giratorias perteneciente a la Caja de Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva, dentro del cual se

invitará a los adolescentes a ir descubriendo cada ficha con una parte del cuerpo, el educador realizara la descripción sobre la función e importancia de los mismos, con la identificación de aquellas partes que se deben proteger y no tocar. Las preguntas a realizarse para reforzar el aprendizaje corresponden a: ¿Cómo se llama esa parte del cuerpo?, ¿Cuáles son sus funciones?, ¿Cómo podemos cuidarla?, ¿Esta parte se considera social o íntima?, ¿Resulta fácil o difícil nombrarla? ¿Por qué? Para completar la actividad se compartirá un link de la página web sexualidad sin misterios para interactuar con actividades virtuales acorde a la temática tratada (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Juegos de puntería con tableros para insertar pelotas, o botella para ensartar argollas, donde se proporcionará 9 mensajes ocultos, direccionados a la Salud integral, violencia sexual, naturalización de las uniones tempranas y embarazo en adolescentes, métodos anticonceptivos, violencia de género, y proyecto de vida. Cada participante deberá reflexionar sobre el mensaje obtenido al azar. Posterior se dará refuerzo de las temáticas a manera de consejería partiendo de la acotación de los adolescentes, de esta forma se resuelven dudas o brinda nuevas informaciones sobre varios aspectos de la vida (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Rompecabezas con la temática del preservativo masculino y demás métodos de planificación familiar. En esta actividad se orientará a los adolescentes sobre la utilización de métodos anticonceptivos, su función e importancia. Acotando que la actividad promueve una salud sexual reproductiva segura, para prevenir embarazos futuros no deseados e infecciones de transmisión sexual, y no con la finalidad de promover o adoptar conductas sexuales precoces. Como estudio independiente se facilitará el link de la web sexualidad sin misterio, con refuerzo en el tema del uso de preservativo masculino y femenino (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Conocimiento sobre las formas del contagio VIH, mediante el uso de tarjetas lúdicas educativas se identificará y explicara cuales son las situaciones de riesgo alto, medio, bajo y no riesgo de transmisión de VIH, según las ilustraciones escogidas al azar. Finalmente se deberá realizar un resumen de los puntos más relevantes, e invitar a la realización de la actividad virtual direccionada al Semáforo de riesgo de VIH, empoderando al adolescente a desarrollar sus capacidades de aprendizajes cognitivas (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Circulo y ruleta de las creencias sociales sobre salud sexual, mediante el uso de dados de acuerdo al puntaje obtenido se sacará una tarjeta en la que incluye una creencia, el adolescente deberá leer en voz alta y reflexionar si es

verdadero o falso, emitir el comentario del ¿Por qué? En caso de una respuesta errónea el personal de salud aclarará la reflexión, y así sucesivamente se integrarán cada uno de los presentes durante la sesión, esta misma modalidad se podrá utilizar en otras temáticas como, por ejemplo, mitos sobre la violencia o estereotipos de género. La finalidad es cortar lazos culturales sobre creencias erróneas, para mejorar el futuro y goce pleno de una sexualidad sin tabús y sin misterios (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Normas y Protocolos de Planificación Familiar (MSP)

El Acuerdo Ministerial del Ecuador establece, que todo personal de salud, debe estar presto a proveer información, asesoría y entrega de métodos anticonceptivos sin exclusión alguna, con obligación de proveer de manera gratuita y oportuna, incluida la anticoncepción oral de emergencias. Ante el cual no se requerirá autorización a terceros, ni mucho menos divulgar información de carácter personal (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021).

Los componentes que deben aplicarse para brindar una atención de planificación familiar se encuentran direccionados a: Captación del usuario/a que requiere del servicio de salud individualizado. Atención integral con acompañamiento en asesoría y toma de decisiones que promueve la autonomía. El goce pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Mismos que deberán establecerse bajo un marco de confianza, confidencialidad, libertad y respeto (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010).

La planificación familiar constituye un factor predisponente en el control de la natalidad de las zonas geográficas rurales, es a partir de ella que surge el crecimiento personal, educativo y socioeconómico de un territorio, su aplicación abarca a toda la población sin embargo se evidencia mayor concurrencia en el sexo femenino con capacidad de gestar (Miranda & López, 2019). Por tanto, es deber del profesional de salud adquirir conocimientos y empoderamiento en la promoción de los lineamientos establecidos por las autoridades sanitarias, enfocado a ciertas características como:

- Brindar información veraz, amplia y oportuna en planificación familiar con sustento en la evidencia científica, que permita a las usuarias realizar una elección acorde a sus intereses y necesidades.
- Destacar que, para la elección o inicio de la planificación familiar, no se requiere del consentimiento o aceptación de la pareja.
- A nivel asistencial supervisar que los dispensadores de preservativos dispongan la cantidad necesaria para cubrir las necesidades de la población.

- Asesoría preconcepcional, con la identificación de riesgos maternos existentes para contrarrestar los daños o futuras complicaciones durante la concepción.
- Adaptar información de forma personalizada, acorde a las características individuales de cada usuario (edad, cultura, religión, capacidades especiales, etc.), con lenguaje comprensible para garantizar su entendimiento, aceptación y continuidad del método anticonceptivo escogido.
- Si en la asesoría la mujer tiene indicación general de métodos anticonceptivos y decide de manera informada que la anticoncepción oral de emergencia es su mejor alternativa, respete, apoye la decisión, y eduque que el método no debe sustituir a los anticonceptivos regulares.
- Toda usuaria hospitalizada por aborto, parto o cesaría previo al alta de la unidad operativa, debe iniciar o haber escogido un método anticonceptivo.
- En personas con discapacidad la asesoría y el acceso a métodos anticonceptivos NO requiere consentimiento de padres, tutores o pareja. Preferiblemente elegir anticonceptivos de fácil uso y con menos efectos secundarios en esta población.
- En caso de que la usuaria no desee utilizar ningún método anticonceptivo hormonal, recomiende el uso del preservativo hasta que cambie de opinión. Cabe recalcar que no se deberá obligar o inducir el uso de algún anticonceptivo en particular sino se realiza de manera voluntaria (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010).

Parto Humanizado –Normativa ESAMYN (MSP)

El parto humanizado asegura el respeto de los derechos sexuales- reproductivos al incluir las creencias culturales, religiosas y la opción de incluir prácticas tradicionales durante su labor, que se desarrolla en ambientes confortables, conocidos, seguros ajustándose a la práctica médica humanitaria para evitar secuelas, complicaciones y muertes materno-neonatales (Macías y otros, 2018). Es así que dentro de la Normativa se incluyen 4 componentes que emiten directrices y parámetros que deben cumplirse para una atención integral, respetuosa, y segura:

Componente general, corresponde al primer paso de una atención humanizada e intercultural que sistemáticamente aporte conocimientos a los

usuarios y demás profesionales de salud sobre el marco normativo de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN) con actividades de:

- Difusión de la normativa en los centros de salud y comunidad en general para educar sobre los derechos a un parto culturalmente humanizado.
- Elaborar materiales educomunicacionales exhibidos dentro de las instituciones de salud con acceso visual a todos los usuarios, promocionando el parto respetuoso a las diversidades culturales.
- Capacitación a los profesionales de salud sobre la atención materno neonatal que permita el desarrollo de capacidades, habilidades y destrezas en la atención obstétrica-neonatal bajo aspectos humanizados e intercultural.
- Brindar asesoría sobre la detección de emergencias obstétricas y los códigos a utilizarse (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021).

Componente prenatal, corresponde al conjunto de actividad y procedimientos que el equipo multidisciplinario de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y de la salud materno-neonatal, incluyendo la promoción, prevención, rehabilitación con enfoques interculturales de género y generacional (Ministerio de Salud Pública, 2016), por lo tanto, se deberá:

- Contar con espacios físicos adecuados y equipamientos necesarios para brindar sesiones de control y educación prenatal.
- Captar y controlar el estado de salud de madres embarazadas y asegurar el tratamiento de mujeres en riesgos.
- Realizar cronogramas y registros de asistencia a los controles prenatales, a fin de llevar seguimiento mes a mes de la gestante y detectar el desarrollo oportuno de complicaciones.
- Elaboración de un plan de parto, que incluya la disposición de un vehículo cercano al hogar que pueda trasladar a la gestante en caso de complicaciones a los servicios de salud.
- Educar sobre los signos de alarma y factores de riesgo que comprometan la salud durante el embarazo.

- Realizar asesoría sobre lactancia materna exclusiva, y beneficios en su aplicación.
- Garantizar la asesoría, tamizaje y tratamiento de VIH, sífilis, Hepatitis B y Chagas durante el embarazo.
- Articularse con agentes de la medicina ancestral y alternativa para el cuidado de la gestante antes, durante y después del parto (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021).

Componente parto y posparto, abarca los accionares técnicos, ambientales, humanizados e interculturales realizados en la recepción de la mujer en trabajo de parto (Aveiga y otros, 2022), donde el primer contacto entre el personal de salud y la paciente constituye un momento clave para determinar la aceptación, confianza y colaboración en las diferentes etapas del parto durante su permanencia en la institución o dentro del hogar, enfocado en:

- Adaptar espacios físicos relacionados a la realidad y necesidades culturales de la localidad, se deberá evitar el uso del color blanco o muy claro en sus paredes, debido a que en ciertas culturas el color blanco representa la muerte.
- Se recomienda recibir a la paciente de manera cordial, empática y respetuosa, con el uso de palabras cálidas fáciles de comprender.
- Permitir el acompañamiento por una persona de elección de la gestante que brinde apoyo emocional antes, durante y después del parto vaginal o cesaria.
- Garantizar un ambiente acogedor, tranquilo libre de distracciones y sonidos fuerte, con respeto a las prácticas culturales, comunidades rurales o indígenas.
- Asegurarse de que la medicación, instrumental e insumos médicos estén listo y preparados para ser utilizados en su momento.
- Permitir el uso de vestimentas cómodas o culturales que brinden seguridad, privacidad y respete su dignidad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).
- Asistir a la madre para que se movilice y adquiera posiciones a su elección que permita mayor comodidad y la reducción del dolor causado por las contracciones y la fase de alumbramiento, siempre y cuando no este clínicamente contraindicado.

- Proporcionar métodos no farmacológicos para alivio del dolor, explicando el objetivo de los procedimientos que se realizarán.
- Permita que la paciente ingiera bebidas medicinales según la costumbre de la comunidad, solo si su efecto es conocido y no perjudicial para la salud materno-neonatal. En caso de no conocer su efecto dialogar con la partera/o para buscar otras alternativas.
- Evitar realizar procedimientos invasivos a no ser que estén clínicamente indicados, al igual que cesarías innecesarias.
- Garantizar la aplicación de prácticas integradas a la atención del parto: como pinzamiento oportuno, apego inmediato y lactancia materna en la primera hora de vida.
- Realizar procedimientos médicos al recién nacido si fuese necesario en presencia de la madre.
- Identificar posibles riesgos o complicaciones materno-neonatales que amenacen la vida de la madre y el niño.
- Permitir a la madre tener contacto con bebés que requieran de internación luego del parto para salvaguardar la salud neonatal, con derecho a recibir información sobre la evolución y recuperación.
- Al alta hospitalaria, asesorar, garantizar la planificación familiar, educar sobre signos de alarma en la madre y el niño, y conceder el primer control médico postparto (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021).

Componente lactancia materna, esencial desde los primeros minutos de vida del neonato, y exclusiva hasta los seis meses, pues corresponde un alimento ideal e insustituible al contener nutrientes y anticuerpos necesarios para proteger al niño de enfermedades propias de la infancia (Cevallos y otros, 2020), además contribuye al desarrollo sostenible por ser una forma de alimentación económica y ecológica. Donde el personal de salud deberá realizar acciones direccionadas a:

- Brindar apoyo e información a las puérperas para iniciar y mantener la lactancia materna, que incluya los beneficios para la salud del neonato y técnica adecuada del agarre.
- No ofrecer ningún alimento líquido ajeno a la leche materna en niños recién nacidos, evitar el uso de biberones y chupones.

- Fomentar el alojamiento conjunto las 24 horas al día, a excepción de condiciones clínicas que comprometan la salud integral del recién nacido.
- Fomentar la lactancia materna a libre demanda, sin horarios ni duración de las tomas.
- Incluir a las madres en grupos de apoyo sobre lactancia, donde compartirá experiencias y aprendizajes con otras mujeres en la misma situación.
- No prescribir, ni promover el uso de sucedáneo de la leche materna.

Atención en Salud a la Población LGBTI (MSP)

El Ministerio de Salud Pública mediante esta estrategia, pretende disminuir las barreras sociales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de la población LGBTI, para así mejorar el acceso, la disponibilidad, aceptabilidad y la atención sin exclusión de los servicios de salud, con acceso permanente y oportuno en acciones de promoción y prevención sanitaria en este grupo poblacional (Ministerio de Salud Pública, 2016). Por tanto, es indispensable que todo el personal multidisciplinario en la aplicación de los derechos a la igualdad y equidad realice las siguientes acciones:

- Ser inclusivo en el registro de información en salud que se brinda, incluyendo términos de genero neutro.
- Evitar bromas o insinuaciones maliciosas acerca de la comunidad LGBTI al que pertenece, recuerde ser empático, y respetuoso al trato.
- Brindar seguridad y crear un ambiente de confort amigable, para que la persona se sienta con confianza y mayor comodidad, de esta manera se podrá obtener información necesaria en cuanto a su salud.
- Facilite el acceso a material impreso o digitales con fines educativos en salud sexual y reproductiva, que incluya el uso de métodos anticonceptivos para una sexualidad segura.
- Abarcar el tema de las prácticas sexuales para determinar los riesgos de salud en el que puede encontrarse y facilitar opciones de métodos anticonceptivos.
- Brindar atención inmediata, en la identificación y acceso al tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

- Fomentar la realización de pruebas diagnósticas como medidas preventivas de ITS, VIH, Sífilis, Hepatitis A, B y C.
- Identificar condiciones de violencia de género o discriminación social, mediante la interacción comunicativa con la realización del tamizaje y brindar asesoría sobre el tema.
- Fomentar a toda paciente de sexo femenino a realizarse exámenes regulares de mamografía y Papanicolaou que permita una detección temprana y oportuna.
- Orientar sobre el embarazo no deseado y su prevención con el uso de anticonceptivos, enfatizando que se puede tener concepción si hay prácticas de penetración vaginal receptiva.
- Corregir pensamientos culturales por parte de los progenitores, mediante la educación sobre el reconocimiento de que la homosexualidad no es una enfermedad ni mucho menos necesita de un tratamiento.
- Identificar el tipo de relación socio-afectiva entre la persona LGBTI y sus progenitores para identificar posibles causas de comportamientos depresivos y suicidas.
- En el caso de presentar pareja del mismo sexo, incluir en las sesiones de educación para la salud sexual y reproductiva, cuando sea necesario o la persona lo desee.
- Ser consciente de que en ocasiones el adolescente, podría tener como única persona de confianza al profesional de salud, ante lo cual se debe mantener la confidencialidad de cada una de las informaciones obtenidas.
- Facilitar a los progenitores o tutores legales, el acceso a información oportuna y evitar la adquisición de falsas creencias o estereotipos en el contexto social (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Referencias Bibliograficas

Arenas Villamizar, V., Fernandez Delgado, M., Martínez Santana, M., & al., e. (2019). Teenagers mothers knowledge, attitude and practice of sexual and reproductive health in the border of Norte. *Archivos Venezolanos de Farmacología y*, 38(1). Retrieved 6 de Diciembre de 2023, from <https://www.redalyc.org/journal/559/55959379023/55959379023.pdf>

- Asamblea Nacional del Ecuador. (2021). *Constitución de la República del Ecuador*. Asamblea Nacional. Quito: Ministerio de Defensa Nacional del Ecuador. Retrieved 5 de Diciembre de 2023, from https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Aveiga, M., Chamarro, P., & Villarreal, C. (Enero de 2022). Role of the nurse in the intercultural delivery of pregnant women in San Luis de Otavalo Hospital. *Dilemas contemp. educ. política valores*, 9(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.3034>
- Cabrera Fajardo, D. P. (Octubre de 2021). Educacion Sexual Integral en la Escuela. *UNIMAR*, 40(1). <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.31948/Rev.unimar/unimar40-1-art7>
- Cajinas Pérez, L. N. (Enero-Junio de 2020). Importancia de la Educacion para la Salud en curriculo educativo. *Revista Electrónica de Conocimientos, Saberes y Prácticas*, 3(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.5377/recsp.v3i1.9799>
- Cevallos, F., Vasquez, G., Callay, S., & Falconi, G. (2020). *La lactancia es un derecho que garantiza crecimiento y desarrollo*. Boletín estadístico, Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional para la Igualdad Intergeracional, Quito. Retrieved 8 de Diciembre de 2023, from https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/02/boletin_lactancia_materna_20feb-1.pdf
- Estay, F., Valenzuela, A., & Cartes, R. (Agosto de 2020). Atención en salud de personas LGBT+: Perspectivas desde la comunidad local penquista. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 85(4), 351-357. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000400351>.
- Hernandez Sarmiento, J. M., Jaramillo Jaramillo, L. E., & al., e. (Abril de 2020). Health education as an important promotion and. *Archivos de Medicina*, 20(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>
- Herrera Zuleta, I., Fernandez Durán, V., Sanchez Cabrera, L. T., & Rodríguez Ruíz, M. (30 de Marzo de 2022). Enfermagem na saúde sexual e reprodutiva para jovens e adolescentes: um desao desde a ruralidade. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*, 24, 1-10. <https://doi.org/DOL:https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.essr>
- Lascano Cardenas, D. (Marzo de 2019). Sexual and reproductive health: A challenge for academics. *Revista Colombiana de Enfermería*, 18(1), 1-4.

<https://doi.org/https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2585>

- López Pinta, M. J. (Enero de 2022). Escolha do método anticoncepcional em uma população rural. *Revista Polo del Conocimiento*, 7(1). <https://doi.org/DOL: 10.23857/pc.v7i1.3475>
- Macías, M., Tacoaman, I., Giler, L., & al., e. (Septiembre de 2018). Parto humanizado como estrategia de salud pública en atención primaria de salud. *Revista Científica Mundo de la Investigacion y el Conocimiento*, 2(3), 730-745. <https://doi.org/http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/334>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)*. Manual de atención en salud, Dirección Nacional de Normatización-MSP, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Quito. Retrieved 8 de Diciembre de 2023, from https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/manual-lgbti-29-de-nov-2016_mod.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Guía Práctica Clínica del Control Prenatal*. Guía Práctica Clínica, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización, Quito. Retrieved 8 de Diciembre de 2023, from <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Manual de Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva*. Ministerio de Salud Pública, UNFPA, Dirección Nacional de Promoción de la Salud. Quito: UNFPA. Retrieved 7 de Diciembre de 2023, from <https://ecuador.unfpa.org/es/publications/manual-de-asesor%C3%ADa-en-salud-sexual-y-reproductiva-2017>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud. Quito: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Retrieved 7 de Diciembre de 2023, from <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Metodología para activación de la Ruta Esa Es 2022: "Activaciones en los establecimientos de salud, como una estrategia educacional para la prevención del embarazo en niñas y adolescentes"*. Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes. Quito: Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud

e Igualdad. Retrieved 7 de Diciembre de 2023, from https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/Lineamientos_EsaEs_2022-FL-signed-signed.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2010). *Normas y Protocolos de Planificación Familiar*. Subcomisión de Prestaciones del SNS. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Retrieved 8 de Diciembre de 2023, from <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/guias/guias/Norma%20y%20protocolo%20de%20planificaci%C3%B3n%20familiar.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño-ESAMyN*. Norma Técnica, Dirección Nacional de Promoción para la Salud, Dirección Nacional de Normatización, Quito. Retrieved 8 de Diciembre de 2023, from <https://www.hgdz.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/2021-DIC-16-ESAMYN.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). *Establecimiento de Salud de la Madre y el Niño (ESAMyN)*. Normativa, Ministerio de Salud Pública, Programas y Servicios. Retrieved 8 de Diciembre de 2023, from <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>

Miranda, V., & López, A. (Agosto de 2019). Mujer, la salud sexual y reproductiva. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 6(1), 3-5. Retrieved 8 de Diciembre de 2023, from <https://camjol.info/index.php/RCEUCS/article/view/8259>

OMS. (15 de noviembre de 2023). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved 7 de Diciembre de 2023, from Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

OPS. (2017). *Vinculación de programas y servicios de salud sexual y reproductiva, género y prevención de VIH e ITS*. Pan American Health Organization, Servicios Preventivos de Salud. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud . Retrieved 7 de Diciembre de 2023, from <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28358>

Silva Romero, F. M. (2019). *Mejorando el conocimiento en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes del Centro Poblado de San Miguel*. Escuela Profesional de Enfermería. Peru: Universidad Católica los Angeles de Chimbote. Retrieved 6 de Diciembre de 2023, from <http://repositorio.>

uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/13848/MEJORANDO_
REPRODUCTIVA_SILVA_ROMERO_FLOR_MARGARITA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Wan-ju Wu, D. C., Bhatta, A., & Bhawana Bogati, e. a. (13 de Junio de 2022). "Our mothers do not tell us": a qualitative study of adolescent girls" perspectives on sexual and reproductive health in rural Nepal. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2068211>
- Yon Leau, C. (2013). *Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes: políticas públicas y programas de desarrollo en américa latina*. Programa Nuevas Trenzas, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Lima: Nuevas Trenzas. Retrieved 7 de Diciembre de 2023, from https://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/iep/20170329024244/pdf_1432.pdf

Tendencias emergentes en salud sexual y reproductiva

Viviana Quiroz Villafuerte

Angelica Alcázar Marcillo

Tatiana Piguave Figueroa

En la actualidad, las tendencias emergentes en salud sexual y reproductiva han adquirido una importancia crucial en el panorama global de la atención médica. La evolución constante de la sociedad, combinada con avances científicos y tecnológicos, ha dado lugar a un enfoque más integral y progresista hacia la salud sexual y reproductiva. Estas tendencias no solo abordan aspectos biológicos, sino que también consideran factores socioeconómicos, culturales y de género, reconociendo la necesidad de enfoques inclusivos y respetuosos de la diversidad (PAHO, 2023).

La atención a la salud sexual y reproductiva no se limita solo a la prevención y tratamiento de enfermedades, sino que se expande hacia la promoción del bienestar general. En este contexto, la educación sexual ha experimentado una transformación significativa, abogando por programas más accesibles e inclusivos que empoderen a individuos de todas las edades con información precisa y comprensible. Además, la creciente aceptación de la diversidad de género ha influido en la expansión de servicios que atienden las necesidades específicas de cada individuo, promoviendo una atención más personalizada y respetuosa de los derechos humanos (Badillo-Viloria y otros, 2020).

A medida que nos adentramos en un futuro marcado por la interconexión global, la salud sexual y reproductiva emerge como un componente esencial de la agenda mundial de desarrollo. Los esfuerzos se centran en garantizar el acceso equitativo a servicios de calidad, promoviendo la igualdad de género y abordando desafíos emergentes, como la salud mental en el contexto de la sexualidad. En este sentido, las tendencias emergentes en salud sexual y reproductiva no solo reflejan una evolución en la forma en que abordamos estas cuestiones, sino que también destacan la necesidad de adaptarnos constantemente para responder a las cambiantes realidades y demandas de la sociedad.

Enfoque de la Salud Sexual y Reproductiva

Enfoque de derechos: se fundamenta en el reconocimiento de las personas como poseedoras de derechos fundamentales, los cuales son universales, inalienables, intransferibles, irrenunciables, interdependientes e indivisibles. Estos derechos generan obligaciones por parte del Estado, que tiene la

responsabilidad de garantizar y crear condiciones para que dichos derechos sean ejercidos. Esta perspectiva implica un cambio en la manera de abordar la ciudadanía, redefiniéndola como un sujeto participativo y clave en la concepción de políticas públicas. Estas políticas, a su vez, actúan como herramientas esenciales para construir dinámicas e interrelaciones entre diversos actores sociales, potenciando así el ejercicio y la exigibilidad de los derechos. La aplicación del enfoque de derechos humanos en el ámbito del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) contribuye a fortalecer la institucionalidad de los derechos como principio fundamental en la ejecución de los servicios de salud. Asimismo, fomentará una nueva comprensión de la salud pública como un área de interés social, donde la interacción entre la sociedad civil, sus organizaciones y el Estado, representada por el ente rector en salud, el Ministerio de Salud Pública, desempeña un papel esencial (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: Los derechos sexuales y reproductivos representan derechos humanos universales que se fundamentan en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todas las personas. Estos derechos están interconectados y coexisten en la vida, los cuerpos y las mentes de los seres humanos. En el contexto de este plan, los derechos sexuales y reproductivos se reflejan a través de acciones integrales de alta calidad en salud sexual y reproductiva (SSSR) dirigidas a todas las personas, sin ninguna forma de discriminación (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Enfoque de Igualdad: Implica la implementación de medidas dirigidas a abordar las disparidades e injusticias presentes en la sociedad, con el objetivo de reducir las brechas sociales y combatir cualquier forma de discriminación y violencia. En el contexto de este plan, la igualdad implica crear las condiciones y capacidades necesarias para que todas las personas, independientemente de sus diferencias y particularidades, tengan las mismas oportunidades y puedan ejercer sus derechos en todos los aspectos, especialmente en el ámbito de la salud. Por lo tanto, es esencial trabajar hacia una atención de salud inclusiva que tenga en cuenta las variaciones existentes en términos de ubicación geográfica, condiciones sociales y experiencias personales de los usuarios de los servicios de salud (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Enfoque de género: El enfoque de género está oficialmente reconocido en el marco constitucional que establece los derechos y obligaciones del país. Se define como el conjunto de mecanismos y herramientas que influyen en los planos y programas, así como en las leyes y acciones públicas, con el objetivo de eliminar las inequidades entre los géneros. Este enfoque propone la trans-

formación de las relaciones económicas, políticas, sociales y culturales entre hombres y mujeres, buscando lograr igualdad en el ejercicio de derechos, acceso a beneficios, recursos y oportunidades.

La integración del enfoque de género en la salud pública implica abordar la influencia de factores sociales, culturales y biológicos en todas las acciones relacionadas con la salud. Este enfoque busca mejorar la eficiencia, cobertura y equidad de los programas de salud sexual y reproductiva. Se alinea con la idea de proporcionar una atención de salud integral y de calidad que sea capaz de abordar las necesidades y derechos de las personas, considerando sus características individuales (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Enfoque de sexualidad integral: La perspectiva de sexualidad integral aboga por considerar la sexualidad no únicamente desde un punto de vista reproductivo, sino por reconocerla como una parte esencial del desarrollo completo de los individuos a lo largo de las diversas etapas de su vida. En este contexto, se destaca la importancia de la autonomía para tomar decisiones sobre la vida sexual sin verse afectada por la violencia y la discriminación (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Enfoque de inclusión social: Defiende el derecho de todas las personas a experimentar una vida libre de discriminación, instalando a la inclusión de aquellos históricamente marginados en todos los procesos relacionados con la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud. Requiere la capacidad de reconocer y señalar las situaciones de injusticia que contribuyen a la desigualdad en los grupos sociales, con el objetivo de prevenir cualquier forma de discriminación y respetar las diversas identidades. Las estrategias propuestas para este enfoque se integran como componentes de las políticas públicas, programas y servicios proporcionados por el Estado para asegurar derechos en diversos ámbitos como la salud, la educación, la protección social, la economía, entre otros (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Enfoque de interculturalidad: Proponer el reconocimiento de las relaciones que pueden establecerse entre diversas culturas. En este contexto, el enfoque intercultural aborda la desigualdad de las poblaciones según sus identidades culturales, diferenciando los aspectos globales y locales que se reflejan en las condiciones y determinantes de la salud, así como en el enfoque de la sexualidad. Su objetivo es promover mecanismos específicos que refuercen la atención integral en salud, teniendo en cuenta las diferencias culturales de manera respetuosa hacia sus prácticas e identidades.

Dentro del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), este enfoque nos posibilitará comprender la experiencia de la salud, la salud sexual y la salud reproductiva como un proceso que se desarrolla a partir de las cosmovisiones, imaginarios y prácticas culturales de las diversas personas. La interculturalidad en salud se presenta como el enfoque que facilita la conexión entre diferentes culturas sanitarias (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Avances Tecnológicos y su impacto

Desde los albores de la existencia, cualquier progreso dirigido a satisfacer necesidades y mejorar la calidad de vida se conceptualiza como tecnología. Este concepto está intrínsecamente ligado a la época y al contexto histórico. Por ejemplo, a finales del siglo XX, la obtención de información se volvió crucial para la sociedad con la aparición de dispositivos como el telégrafo, el teléfono, seguidos por la radio y la televisión, todos diseñados con el propósito de facilitar la comunicación de manera eficiente y continua.

Siguiendo este hilo, se gesta una nueva revolución: la de las tecnologías intelectuales basadas en información y comunicación (TIC). En este contexto, destaca la relevancia de internet, una tecno-estructura cultural de comunicación que posibilita la construcción de nuevos significados en las experiencias, conocimientos y prácticas de intercambio humano.

En consecuencia, el progreso tecnológico y la revolución de internet han dejado claro que la red se ha integrado completamente en nuestras vidas. En este contexto, surge el concepto de “Sociedad de la información”, destacando que la información se convierte en el elemento crucial que impulsa el proceso productivo y determina la evolución social en su totalidad. Este desarrollo expansivo y rápido de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) ha tenido un impacto significativo en diversos aspectos de la vida de las personas, como sus derechos, bienestar, privacidad, autonomía, seguridad e identidad (Olortegui, 2021).

Además, la tecnología ha transformado la interacción humana, alterando nuestra forma de relacionarnos con los demás y de aproximarnos a la sexualidad. Se introducen nuevas maneras de separar la sexualidad de la reproducción, que a lo largo de la historia han tenido interpretaciones variadas. Desde sus inicios, la mujer ha sido privada del derecho de conocer y reflexionar libremente, incluso en su propio ámbito interno, sobre la verdad de su propia sexualidad.

Esta situación puede atribuirse a que, a diferencia del hombre cuya identidad sexual se puede confirmar fácilmente mediante la observación de una

genitalidad externa concreta, en la mujer, la genitalidad está oculta e indivisible, aparentemente perdida en el interior de su cuerpo. Por lo tanto, ella solo puede tener conciencia de sus órganos sexuales mediante la abstracción del pensamiento y basándose en un conocimiento previo que le permite instituir e imaginar en su mente unos genitales que podrían representar más una ausencia que una presencia.

Asimismo, en la tradición occidental, desde la Antigüedad grecolatina o judeocristiana hasta el inicio de la modernidad, la mujer ha sido conceptualizada a partir del hombre. Este modelo masculino ha sido utilitario para médicos, filósofos, tribunales, profetas y apóstoles, contribuyendo a constituir a la mujer como un hombre imperfecto.

La inclusión de la perspectiva de género en el ámbito de la salud ha posibilitado la discusión de cuestiones relacionadas con la toma de decisiones respecto al cuerpo, la sexualidad, la reproducción y la no reproducción, tanto de mujeres como de otras personas con capacidad de gestar (Longo y otros, 2022).

Este enfoque ha permitido identificar dispositivos y prácticas históricas destinadas a disciplinar los cuerpos de mujeres y personas disidentes. Además, cuestiona los procesos socio-históricos que generan vulnerabilidad en estos grupos subalternados por el orden patriarcal.

A lo largo de este proceso, los movimientos feministas han desafiado los fundamentos del sistema de salud al poner en tela de juicio el modelo basado en la jerarquía del conocimiento, el biologicismo y una concepción binaria y heteronormativa de los cuerpos. Han analizado críticamente las políticas sanitarias impregnadas por el patriarcado, incluyendo los discursos científico-sanitarios, las prácticas clínicas, los diagnósticos y tratamientos, así como la sanitización y medicalización normalizada y sistemática. Estos aspectos, identificados por el feminismo como instrumentos políticos para el control de las mujeres y el mantenimiento del sistema sexo-género, han sido objeto de interrogación y resistencia.

En este contexto, el ámbito de los derechos sexuales, reproductivos y (no) reproductivos ha desempeñado un papel fundamental al exponer de manera significativa las consecuencias de la lógica androcéntrica en el cuerpo y la sexualidad de mujeres y personas disidentes. Asimismo, ha buscado problematizar y transformar dichas dinámicas (Sánchez, 2023).

Cambios Socioculturales y Normas de Género

El concepto de buenas prácticas busca recuperar experiencias consideradas beneficiosas, ya sea por sus resultados positivos en un contexto específico o por adherirse a principios y metodologías consideradas apropiadas según enfoques o parámetros consensuados. Estas prácticas, al servir como referencia valiosa para intervenciones similares, requieren un análisis minucioso de sus potencialidades y limitaciones a medio o largo plazo, con el objetivo de obtener una comprensión realista de su sostenibilidad, impacto e implicaciones para los actores involucrados, tanto de la sociedad civil como del Estado (Yon Leau, 2015).

La perspectiva interpretativa y fenomenológica de la antropología médica contribuye a una comprensión de la salud que cuestiona visiones centradas en la medicina y en la etnicidad. Examina las experiencias cotidianas de los individuos considerando su contexto histórico, social y cultural. Este enfoque facilita la aproximación a las diversas vivencias y marcos interpretativos de los adolescentes en relación con su sexualidad y salud sexual y reproductiva (SSR). Se exploran fuentes variadas de conocimiento sobre el cuerpo y la salud, así como las nociones de riesgo y prevención, jerarquías, formas de prestigio e identidad de género presentes en la construcción de significados sobre sus prácticas sexuales. (Yon Leau, 2015).

Por otro lado, la perspectiva crítica en antropología médica se enfoca en analizar las fuerzas estructurales que condicionan el bienestar de la población y las relaciones de poder asimétricas en la construcción del conocimiento sobre la salud. Desde este enfoque, se propone alejarse del énfasis en la conducta individual de riesgo y dirigir la atención hacia los contextos sociales, culturales y político económico que generan vulnerabilidad en individuos y grupos frente a los riesgos sexuales (Arias, 2021).

Estas contribuciones dialogan con el concepto de determinantes sociales de la salud en la salud pública, que consideran las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los factores estructurales que configuran estas condiciones. Esta perspectiva socio ecológica permite comprender las conductas sexuales de los adolescentes al considerar las distintas influencias en diversos niveles, como la estructura macrosocial, los factores intermediarios y la posición social del individuo.

Es crucial señalar que, en lugar de proponer un análisis de causa y efecto entre las estructuras sociales y la salud derechos y sexuales, se aboga por una lectura compleja de cómo interactúan los determinantes o condicionantes

de la salud. Así, se contempla la complejidad de las relaciones entre cultura y poder, así como la agencia de los individuos y diversos procesos sociales relacionados con las desigualdades, discriminación y violencia.

La salud sexual y reproductiva ha adquirido una relevancia significativa dentro del marco normativo global que aboga por la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Este respaldo proviene de organismos de tratados de la ONU, como el Consejo de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Económicos y Sociales, que tienen acceso a un conjunto de conocimientos especializados en constante crecimiento. Organizaciones no gubernamentales internacionales, como la IWHC, han contribuido al desarrollo de este conocimiento. Simultáneamente, aquellos que defienden una visión más inclusiva de la salud sexual y los derechos reproductivos, que va más allá de las limitaciones de los discursos anteriores relacionados con la heteronormatividad, han logrado hacer escuchar sus voces a nivel global (Mahon, 2021).

Este proceso ha enriquecido los conceptos de género y sexualidad. A pesar de estos avances, la salud sexual y reproductiva sigue siendo un tema sumamente controvertido dentro del marco global de igualdad de género. Este trabajo se ha enfocado en las luchas tal como han evolucionado y siguen evolucionando a nivel mundial. Sin embargo, es importante destacar que se están librando luchas críticas a nivel nacional y subnacional, y dentro de este último, en diversos espacios.

Educación Sexual y Conciencia

Al realizar un análisis crítico y propositivo tanto de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos como de las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se plantea un desafío significativo: promover políticas sectoriales e intersectoriales consensuadas que tengan un impacto positivo en los determinantes sociales en relación con una dimensión humana que abarca el ser, el sentir y el sentido humano (PAHO, 2023).

Es evidente que la salud sexual y reproductiva está intrínsecamente vinculada a la calidad de vida, implicando la capacidad de disfrutar de una sexualidad satisfactoria y segura, el derecho a procrear, y la libertad para decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos. Para lograr esto, es fundamental respetar los derechos sexuales, que abarcan la libertad para decidir sobre las relaciones sexuales, la expresión libre de la orientación sexual, el disfrute de una sexualidad segura y libre, el ejercicio de los derechos reproductivos, la libertad para elegir métodos anticonceptivos, el acceso a información rele-

vante sobre temas de sexualidad y reproducción humana, y el derecho a una atención oportuna, de calidad y resolutive, entre otros (Mahon, 2021).

Mejorar la salud sexual y reproductiva de las poblaciones es una meta que los gobiernos y organismos de salud han establecido, como se refleja en las políticas nacionales y distritales en Colombia. Sin embargo, para lograr este propósito, se requiere no solo la colaboración intersectorial, sino también voluntad política, continuidad en las iniciativas, coordinación dentro del sistema de salud y desarrollo de estrategias para evaluar y dar seguimiento a la implementación de acciones que buscan incidir positivamente. en la expresión de la salud sexual y reproductiva a lo largo del ciclo vital, en los ámbitos personal, familiar, social y comunitario (Longo et al., 2022).

Es esencial comprender que la sexualidad es inherente a la vida y se manifiesta en la cotidianidad, permeando diversos entornos como la educación, el trabajo, el ámbito social, la comunicación y lo público. Por lo tanto, abordar la salud sexual no solo requiere un marco legal, sino también una postura ética. Aunque el marco de protección de los derechos humanos ha contribuido al reconocimiento y protección de la salud sexual y reproductiva, este tema es principalmente una cuestión de justicia social. En última instancia, se concluye que el acceso a la salud está condicionado a garantizar los derechos humanos en los ámbitos de la reproducción, la sexualidad y la afectividad (Lezcano-Cárdenas, 2019).

La perspectiva de enfermería sobre la salud sexual y reproductiva reconoce la Atención Primaria de Salud (APS) como una estrategia crucial para destacar la importancia de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en las mujeres indígenas que residen en comunidades marginadas. Este tema se considera delicado para estas mujeres debido a la falta de conocimiento, ya sea por desinterés, barreras culturales y creencias arraigadas o por no ser debidamente abordado en la población, lo que resulta en una atención insuficiente para su salud sexual y reproductiva. Este desconocimiento conlleva una falta de conciencia sobre un tema de suma importancia (Lezcano-Cárdenas, 2019).

En línea con la declaración de Alma Ata, se desarrolló la Atención Primaria de Salud como una herramienta esencial dirigida a la población en general. Además, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respaldó la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura integral de la salud, garantizando que todas las personas y comunidades tengan acceso sin discriminación a servicios de salud integrales. oportunos y de calidad (Lezcano-Cárdenas, 2019).

Por otro lado, la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de El Cairo abordó temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos como base para la salud sexual y reproductiva. Estos derechos están vinculados con la libertad de las personas para decidir sobre su sexualidad y ejercerla libremente. Los seres humanos tienen el derecho a disfrutar de una vida sexual plena y libre, y esto se garantiza mediante los derechos sexuales y reproductivos. Es crucial establecer que las políticas, programas y prácticas en salud sexual y reproductiva deben fundamentarse en la igualdad de género y los derechos humanos, garantizando que todas las personas puedan ejercer sus derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva de manera libre de discriminación, coacción y violencia (Hernández & Vera, 2023).

Respecto a las percepciones sobre la salud sexual y reproductiva, las mujeres adultas son conscientes del cambio cultural en relación con la sexualidad y expresan sus inquietudes frente a la libertad sexual desvinculada de la responsabilidad. Considerando que la monogamia, la fidelidad o la abstinencia representan las mejores formas de protección contra las infecciones de transmisión sexual. No obstante, recae principalmente sobre la mujer el mayor peso de la responsabilidad. Aunque reconocen la utilidad del condón y las prácticas de higiene genital para prevenir las infecciones de transmisión sexual, perciben el diálogo intergeneracional como un mecanismo eficaz de prevención. (Hernández & Vera, 2023).

Se reconoce la eficacia del Papanicolaou como herramienta para el diagnóstico temprano de infecciones o cambios celulares uterinos (CCU), por lo que valoran positivamente el control médico. No obstante, las prácticas preventivas aún presentan debilidades, ya sea debido a descuido personal o falta de información. En última instancia, las mujeres reconocen la vacuna contra el virus del papiloma como un medio preventivo de cambios celulares uterinos (Ortíz y otros, 2016).

Desafíos y Oportunidades

El embarazo y la maternidad durante la adolescencia son considerados problemas de salud pública debido a las consecuencias negativas asociadas tanto para las madres como para sus hijos e hijas. La calidad de la atención de salud proporcionada a los adolescentes se presenta como un tema crucial. Los conocimientos y habilidades de los proveedores de servicios de salud no son adecuados, no se utilizan manuales o protocolos específicos para abordar esta población, y el personal de salud no se mantiene actualizado o reci-

be escasa capacitación en áreas fundamentales como planificación familiar o consejería.

Dada la existencia de vacíos en los conocimientos y habilidades de los proveedores de servicios de salud, así como la oportunidad de diseñar entornos de aprendizaje flexibles que se adapten a las necesidades de tiempo, es esencial abordar estas deficiencias. La salud reproductiva efectiva entre las mujeres jóvenes, como en cualquier otro lugar, está condicionada a la disponibilidad de servicios de salud que sean accesibles, económicamente considerables y de alta calidad. En cuanto a la infraestructura general de la salud pública, se requiere ofrecer una amplia gama de servicios de salud, todos bajo la responsabilidad regulatoria de la Secretaría de Salud (Badillo-Viloria y otros, 2020). La migración de mujeres jóvenes del campo a las ciudades, junto con el continuo crecimiento de estas áreas urbanas, ha resultado en un ligero aumento en la ya elevada proporción de mujeres adolescentes en América Latina (Badillo-Viloria y otros, 2020).

Los desafíos que se pueden evidenciar dentro de la Salud Sexual y Reproductiva, constan primeramente en desigualdades de género que persisten en muchas sociedades, afectando la toma de decisiones, a menudo enfrentan barreras para acceder a servicios de calidad y para ejercer sus derechos reproductivos. En muchas regiones, especialmente en áreas rurales o comunidades marginadas, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva puede ser limitado. Esto incluye la falta de acceso a métodos anticonceptivos, servicios de atención prenatal y asesoramiento sobre salud sexual (Badillo-Viloria y otros, 2020).

El estigma en torno a temas como el aborto, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la diversidad sexual puede dificultar que las mujeres busquen atención médica y servicios de salud sexual. Factores socioeconómicos, como la pobreza y la falta de educación, pueden limitar las opciones y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como afectar negativamente el bienestar de las mujeres (ONU Mujeres, 2018).

También se plantean oportunidades como el caso de la educación integral en sexualidad que puede empoderar a las mujeres proporcionándoles información precisa sobre su salud sexual y reproductiva, fomentando la toma de decisiones informadas y la prevención de enfermedades. El avance tecnológico y la telemedicina ofrecen oportunidades para superar barreras geográficas y mejorar el acceso a la atención médica, especialmente en áreas remotas (ONU Mujeres, 2018).

El fortalecimiento de la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con su salud y derechos reproductivos es fundamental para superar las desigualdades de género. Abordar la salud sexual y reproductiva de manera integral, considerando no solo la biología, sino también los aspectos psicológicos, sociales y culturales, puede mejorar la atención y satisfacción de las necesidades individuales (ONU Mujeres, 2018).

Adoptar un enfoque basado en los derechos humanos y la justicia social es esencial para garantizar que todas las mujeres tengan igualdad de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, independientemente de su origen, orientación sexual o identidad de género. Superar los desafíos y aprovechar estas oportunidades requiere esfuerzos coordinados a nivel global, nacional y local, con un enfoque inclusivo y respetuoso de los derechos humanos (ONU Mujeres, 2018).

Participación Activa de las Mujeres

La participación activa de las mujeres en la salud sexual y reproductiva es esencial para promover el respeto a sus derechos, garantizar una atención de calidad y abordar las diversas dimensiones de su bienestar. En efecto, esta ha permitido que le ejerzan un mayor control sobre sus propios cuerpos y tomen decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Contribuye al empoderamiento y la autonomía de las mujeres, fomentando su capacidad para determinar su futuro reproductivo y sexual (ONU Mujeres, 2018).

La participación activa de las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva contribuye a asegurar el pleno ejercicio de sus derechos. Esto incluye el derecho a la información, la toma de decisiones libres, la privacidad y el acceso a servicios de salud de calidad. Garantiza que las políticas, programas y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva reflejan la diversidad de experiencias y perspectivas de las mujeres. Considerar las necesidades específicas de diversos grupos de mujeres es crucial para abordar las inequidades y mejorar la equidad en la atención de la salud (ONU Mujeres, 2018).

La retroalimentación directa de las mujeres sobre su experiencia con los servicios de salud sexual y reproductiva es crucial para mejorar la calidad y accesibilidad de dichos servicios. La participación activa proporciona información valiosa para adaptar y fortalecer los sistemas de medicina. En la formulación de políticas de salud sexual y reproductiva contribuye a la creación de marcos legales y normativos más inclusivos y equitativos. Esto ayuda a garantizar que las políticas se ajusten a las necesidades y realidades de las mu-

jeros. La participación activa de las mujeres en la salud sexual y reproductiva no solo es un derecho fundamental, sino también una herramienta poderosa para mejorar la equidad, la calidad de la atención y la promoción de la salud en general (Romero, 2015)

Referencias Bibliográficas

- Arias, L. (2021). Poder, normas sociales y de género en la salud sexual y reproductiva en adolescentes tempranos. *Gac Med Bol*, 44(1), 50-56. <https://doi.org/10.47993/gmb.v44i1.227>
- Badillo-Viloria, M., Mendoza Sánchez, X., Barreto Vásquez, M., & Díaz-Pérez, A. (2020). Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enfermería Global*, 19(59). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412161>
- Hernández, A., & Vera, B. (2023). La Atención Primaria de Salud: un reconocimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres indígenas de Huixtlotlaco. *Ciencia Huasteca Boletín Científico de la Escuela Superior de Huejutla*, 11(21), 17-27. <https://doi.org/10.29057/esh.v11i21.8756>
- Lezcano-Cárdenas, D. (2019). La salud sexual y reproductiva: un reto para la academia. *Rev. Colomb. Enferm*, 18(1), 1-4. <https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2585>
- Longo, R., Lenta, M., Tortosa, P., & Zaldúa, G. (2022). Nuevos escenarios y desafíos de la salud sexual integral en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Universitas de Buenos Aires (UBA)*, 29(1), 417-424. https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/29/longo.pdf
- Mahon, R. (2021). Las normas globales sobre igualdad de género en disputa: el caso de la salud sexual y los derechos reproductivos. *Revista SAAP*, 15(2), 513-523. <https://doi.org/10.46468/rsaap.15.2.N1>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021*. Quito. <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

- Olortegui, G. (2021). *Gestión de la comunicación digital para la difusión del cuidado de la salud sexual y reproductiva en mujeres jóvenes que siguen la cuenta de “Yo Decido Cómo”*. Universidad San Ignacio de Loyola. Universidad San Ignacio de Loyola: <https://repositorio.usil.edu.pe/entities/publication/71d5f8e1-be31-496d-ae8a-0b4d818c64db>
- ONU Mujeres. (2018). Desafíos y Oportunidades en el Logro de la Igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y niñas rurales. *Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer*, 10-15. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/62/CSW-Conclusions-62-SP.PDF>
- Ortíz, J., Freire, M., Palacios, C., Vega, B., Jiménez, D., Campoverde, M., . . . Alvarado, L. (2016). Percepciones sobre la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres indígenas Kichwas y Shuaras. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas - Universidad de Cuenca*, 34(2), 21-31. <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/987/875>
- PAHO. (2023). *Salud y derechos sexuales en el curso de vida*. Organización Panamericana de la salud : <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
- Romero, M. (2015). Participación social y cuidado de la salud reproductiva en comunidades rurales. *Apunt. cienc. soc.*, 5(2), 1-6. <https://doi.org/10.18259/acs.2015045>
- Sánchez, F. (2023). Avances tecnológicos sobre sexualidad femenina. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 15(2), 1-20. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e353107>
- Yon Leau, C. (2015). Teorías de cambio y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes: una relectura. *Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico*, 42(76), 9-36. <http://www.scielo.org.pe/pdf/apuntes/v42n76/a01v42n76.pdf>

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Conclusión



SABEREC 5.0

El viaje a través de los capítulos de este libro ha revelado las múltiples facetas de la salud sexual y reproductiva (SSR) en las comunidades rurales de La América y La Unión del Cantón Jipijapa. Desde los fundamentos básicos de la SSR hasta las historias de éxito y recomendaciones para el futuro, hemos explorado las complejidades y los desafíos que enfrentan las adolescentes y mujeres en estas áreas.

En Capítulo I. Atención Primaria en SSR establece la base del entendimiento de la SSR, destacando su importancia fundamental. Identifica las barreras significativas que limitan el acceso a la atención médica, como la distancia a los centros de salud y la escasez de recursos. También se subraya la necesidad de una educación sexual integral, que empodere a las adolescentes con conocimientos y actitudes saludables hacia su propia sexualidad. Además, se exploran las opciones de planificación familiar y la importancia de decisiones informadas sobre anticoncepción, vitales para el bienestar de las mujeres en entornos rurales.

En el Capítulo II. Cuidados Integrales de las Mujeres en su SSR se profundiza en aspectos críticos como la planificación familiar, el embarazo adolescente, la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la violencia de género. La planificación familiar y la anticoncepción se discuten en detalle, enfatizando la necesidad de opciones accesibles y decisiones informadas. El embarazo en la adolescencia se aborda como un problema multifacético con profundas implicaciones para la salud y el desarrollo de las jóvenes. La prevención y el tratamiento de ITS, así como la violencia de género, se presentan como áreas cruciales de intervención para mejorar la SSR. La atención prenatal y el parto en zonas rurales se destacan como desafíos que requieren atención de calidad. Finalmente, se reconoce la importancia del apoyo psicológico y social, así como la alfabetización en SSR, para el bienestar integral de las mujeres.

Para culminar con Género y Bienestar abordados durante el Capítulo III. Se explora la sobrecarga de género y los imaginarios sociales que moldean la experiencia de las mujeres en las comunidades rurales. Se presentan historias de éxito y buenas prácticas, mostrando programas y estrategias que han logrado mejoras significativas en la SSR. Las recomendaciones y políticas propuestas proporcionan un camino claro hacia mejoras sostenibles, mientras que las perspectivas futuras ofrecen una visión de las tendencias emergentes y su impacto potencial.

Este libro no solo documenta la situación actual de la SSR en las zonas rurales de Manabí, sino que también ofrece un llamado a la acción. La intersección de factores socioeconómicos y culturales con la salud sexual y reproductiva requiere una atención integral y sostenida. Las estrategias de prevención, educación y apoyo deben ser adaptadas a las realidades locales, con un enfoque en la equidad y el acceso universal a la atención de salud.

El conocimiento adquirido a través de este estudio puede guiar la implementación de políticas y programas que promuevan un futuro donde la salud sexual y reproductiva florezca, incluso en los lugares más remotos. Este libro es una invitación a todos los actores involucrados a trabajar juntos, desde la empatía y la acción informada, para generar cambios positivos que perduren en las vidas de las mujeres y adolescentes rurales.

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



SABEREC 5.0

Publicado en Ecuador
Enero 2024

Edición realizada desde el mes de octubre del 2023 hasta
enero del año 2024, en los talleres Editoriales de SABEREC
publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.
Portada: Collage de figuras representadas y citadas en el libro.