

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

TRABAJO DE GRADUACIÓN

TEMA:

“IDENTIFICAR FACTORES DETERMINANTES PARA LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL EN LA UNIDAD COMUNITARIA BÁSICA LAS PALMERAS, MUNICIPIO DE TACUBA EN EL PERIODO DE ABRIL A AGOSTO DEL AÑO 2016”

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADO POR:
GONZÁLEZ LINARES, MARIANA JUDITH
RODRÍGUEZ RECINOS, CARLOS ADÁN
VÁSQUEZ VÁSQUEZ, NELY JAZMÍN

DOCENTE DIRECTOR:
DR. JUAN HÉCTOR JUBIS

OCTUBRE DE 2016

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES CENTRALES

LICDO. JOSE LUIS ARGUETA ANTILLÓN
RECTOR INTERINO

MSc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
VICE-RECTOR ACADEMICO INTERINO

ING.CARLOS ARMANDO VILLALTA
VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA
SECRETARIA GENERAL INTERINA

Mdh. CLAUDIA MARIA MELGAR DE ZAMBRANA
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDA. NORA BEATRIZ MELENDEZ
FISCAL GENERAL INTERINA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES

ING. JORGE WILLIAM ORTIZ SANCHEZ
DECANO INTERINO

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA
VICE-DECANO INTERINO

LICDO. DAVID ALFONSO MATA ALDANA
SECRETARIO INTERINO DE LA FACULTAD

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AGRADECIMIENTOS.

Doy gracias a Dios, por permitirme la vida, guiarme y guardarme hasta este momento, tan importante en mi carrera, porque a pesar de las dificultades me ha bendecido de infinitas formas.

A mi padre **Sigfredo Humberto Vásquez**, quien es el ente formador más importante desde el inicio de mi vida, quien ha sido padre y madre, quien me ha apoyado incondicionalmente desde el principio de mi carrera y en todas las decisiones de mi vida, por el amor incondicional que he recibido de su parte, porque en cada momento de duda tenía las palabras y las acciones correctas para impulsarme de nuevo en este camino, quien me inculco a través de sus enseñanzas: la bondad, la responsabilidad, la solidaridad y el amor al prójimo y por ser la persona de quien espero ser reflejo en mi vida.

A mi madre **Rina del Carmen Vásquez**, a quien le debo la vida, y aunque ya no está conmigo, los valores y las enseñanzas que me brindo en mi infancia aun me acompañan y me alientan a seguir adelante.

A mi esposo **Rene Mauricio Torres Barrientos**, a quien tuve la bendición de conocer en los primeros años de mi formación académica y que hasta el día de hoy me ha brindado siempre amor, amistad, comprensión y apoyo, de todas las formas e incondicionalmente, quien siempre me ha brindado fortaleza, me ha impulsado hacia la perseverancia, constancia y responsabilidad, y se ha convertido en el pilar fundamental de mi vida.

A mi hermano **Sigfredo Ernesto Vásquez**, quien ha sido mi mejor amigo, por siempre estar a mi lado, por mostrarme su amor y apoyo, por acompañarme en este camino, a mi abuela **Gloria Hortensia Vásquez** y a mi tía **María Isabel Turcios**, quienes me han brindado su amor, apoyo y cariño, y con sus acciones me han dado aliento para seguir adelante.

A mis **compañeros de tesis**, más amigos que compañeros siempre, gracias por haber trabajado con perseverancia, ya que juntos logramos completar esta meta.

A nuestro **Asesor Dr. Juan Héctor Jubis**, gracias por su paciencia, su capacidad de docencia que guio nuestro trabajo con precisión, su calidad, amistad y humildad.

A nuestra **Asesora Estadística Licda. Elizabeth Pineda Rivas** Por los conocimientos, paciencia y tiempo que brindo en nuestro trabajo.

Nely Jazmín Vásquez de Torres.

AGRADECIMIENTOS.

Doy gracias a Dios, por darme salud, por permitirme llegar a este momento de mi vida, por darme la sabiduría y perseverancia para alcanzar esta meta y culminar mi carrera.

A mis padres **Jorge Antonio González y Berta Luz Linares**, por apoyarme incondicionalmente a lo largo de mi vida y a lo largo de la carrera, por enseñarme a ser responsable, por darme todo lo que he necesitado, inculcarme el amor a Dios y a mis prójimos, porque sin ellos esta meta no habría sido posible.

A mis hermanos **Mónica del Carmen González y Jorge Alberto González**, porque siempre han estado a mi lado y me han apoyado en lo que he necesitado, me han dado aliento en los momentos que me he sentido sin ánimos.

Al resto de mi familia, porque siempre han estado al pendiente de mi, me han apoyado con palabras de aliento y han contribuido en lo que han podido.

A mi amor **Rafael Ernesto Cazún**, que ha estado conmigo a lo largo de la carrera apoyándome, dándome ánimos y dándome todo su amor, comprensión y paciencia durante todos estos años.

A mis amigos, que son parte de mi familia, porque han estado ahí en todo momento, apoyándome y compartiendo a mi lado todos estos años.

A mis **compañeros de tesis**, quienes se han convertido en personas muy especiales en mi corazón, y junto con ellos hemos alcanzado nuestra meta.

A nuestro asesor **Dr. Juan Héctor Jubis**, por habernos dado todas las herramientas para poder llevar a cabo nuestro trabajo de graduación y lograr alcanzar nuestra meta, ya que nos guio hasta el final.

A nuestra Asesora Estadística **Licda. Elizabeth Pineda Rivas**, por habernos proporcionado los conocimientos que necesitábamos para la realización de nuestro trabajo de graduación.

Mariana Judith González Linares.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS

Por acompañarme y permitir recorrer todo este camino y alcanzar una de mis metas propuestas.

A MIS PADRES

Quiero agradecer a mi padre por los ejemplos de perseverancia constancia que me ha infundado siempre y por el valor mostrado para salir adelante siempre.

A mi madre que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada, por su amor y apoyo incondicional a lo largo de mi carrera.

Carlos Adán Rodríguez Recinos.

INDICE.

PORTADA.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1

1.1 ANTECEDENTES.....	1
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	9
1.4 OBJETIVOS.....	11
1.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	12
1.6 RESULTADOS ESPERADOS.....	13

CAPITULO 2

2.1 MARCO TEÓRICO.....	14
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	16
PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	20
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	21
2.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	33
2.3 CLASIFICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	37

CAPITULO 3

3.1 HIPÓTESIS.....	52
--------------------	----

CAPITULO 4

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	53
4.2 TIPO DE ESTUDIO.....	53
4.3 DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO.....	53
4.4 DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA.....	53
4.5 ÁREA DE ESTUDIO.....	54
4.6 GRUPO SELECCIONADO.....	54
4.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	54
4.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	55

CAPITULO 5

5.1 PROCEDIMIENTO.....	56
5.2 CONTROL DE INFORMACIÓN.....	57

CAPITULO 6

ANÁLISIS DE DATOS.....	58
6.1 HIPÓTESIS 1.....	59
6.2 HIPÓTESIS 2.....	63

6.3 HIPÓTESIS 3.....	66
6.4 HIPÓTESIS 4.....	70
6.5 HIPÓTESIS 5.....	73
6.6 ANALISIS.....	76
CONCLUSIONES.....	78
RECOMENDACIONES.....	80
ANEXOS.....	82
GLOSARIO.....	91
BIBLIOGRAFÍA.....	93
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	94

INTRODUCCIÓN

La familia es la unidad básica de la sociedad, el enfoque del Modelo basado en su atención incluye la planificación familiar, ya que permite a hombres y mujeres la posibilidad de elegir libremente y con responsabilidad, el número y el espaciamiento de sus hijos/as y a optar por una familia menos numerosa, logrando beneficios en los aspectos económicos, emocionales y físicos de las familias.

Un componente esencial de la atención integral a la familia es el acceso a los servicios de Salud Reproductiva de calidad, cuya definición se enmarca en “el estado completo de bienestar físico, mental y social de la población salvadoreña incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; y de procrear con la libertad de hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia”, y no sólo la ausencia de enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Se cree que embarazo no deseado es la concepción no deseada por la pareja que la forma, conscientemente en el momento del acto sexual, pero que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno, o que se da en una persona que ya no quiere reproducirse.

A pesar de los grandes avances de las últimas décadas sobre planificación familiar, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ni ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos lados o las opciones son limitadas. El miedo a la desaprobación social o la oposición de la pareja plantea barreras formidables. El temor a efectos colaterales e inquietudes relacionadas con la salud frenan a muchas personas, otro aspecto importante es que un porcentaje bastante elevado de nuestra población no conoce las opciones anticonceptivas y su utilización.

Millones más están utilizando la planificación familiar para evitar el embarazo pero fracasan por una serie de razones. Puede que no hayan recibido instrucciones claras acerca de cómo utilizar el método de manera apropiada, que no hayan conseguido el método más adecuado a sus necesidades, que no estuvieran suficientemente preparadas para los efectos colaterales o que en los sitios de abastecimiento exista escasez de suministros.

Además la tarea de planificación familiar nunca se acaba, en los próximos 5 años cerca de 60 millones de niñas y varones alcanzaran la madurez sexual, es obligación de nosotros como trabajadores de salud tanto como del estado de proveer una adecuada información acerca de ellos y realizar investigación apropiada de las principales causas por las cuales las mujeres en edad fértil utilizan métodos de planificación Familiar.

Es importante brindar información completa sobre los métodos de planificación familiar, tanto los beneficios como los efectos secundarios, además de describir cada uno de los métodos de planificación temporales y permanentes para que las usuarias puedan elegir cual utilizar.

Se busca identificar los factores definitivos en la utilización de los métodos de planificación familiar.

1.1 ANTECEDENTES

En mujeres con edad reproductiva con actividad sexual que no usan anticoncepción la tasa de embarazo alcanzan el 90% al año. ¹

La obstetricia de Williams 23 edición asevera “que la anticoncepción suele conllevar menos riesgo que el embarazo.”²

La historia de la anticoncepción se remonta a miles de años atrás, pues la necesidad de practicarla ha existido toda la vida, en un principio probablemente para evitar embarazos fuera de una pareja y conforme ha seguido evolucionando la medicina empezó a usarse como indicación en cuanto al estado de salud materno, en mujeres con antecedentes de enfermedades de alto riesgo.

Aunque es una preocupación presente fue solo hasta hace 200 años que se difundieron los procedimientos contraceptivos con los que se contaba, y solo hace aproximadamente medio siglo que se indujo a los científicos a pensar en avances debido a la sobrepoblación que empezaba a producir presión en el momento.

Se tienen evidencias fehacientes de uso de métodos contraceptivos miles de años previos a nuestra era como por ejemplo un papiro egipcio del año 1850 a.C. en el que señala como anticonceptivo una sustancia pegajosa como la miel, con la que se cubría la vagina y el cuello de la matriz.

En el siglo V antes de Cristo, en Grecia, se les atribuían propiedades anticonceptivas al aceite de cedro y las pastas de plomo.

Avicena médico y filósofo árabe relata métodos conocidos en el presente como: el coito interrumpido, los pesarios, los diafragmas¹, y hasta sugiere sin

¹ Obstetrician de Williams. 23 ed pagina 673

precisar las fechas en que se debe abstener de tener relaciones sexuales año 980 a 1027.²

Ya en el siglo XVII a XVIII se difunden en Europa los condones y los pesarios, condones en aquellos momentos creados de intestino de cordero o de membranas de pez.

Actualmente en El Salvador, según Countrymeters,³ la población actual se aproxima a 6,383,350, de los cuales 3, 028, 953 son hombres correspondiendo al 47.5% y 3, 354 397 son mujeres correspondientes al 52,5% de la población, habitante, en la encuesta nacional de salud familiar (FESAL) del 2008 es la novena y la de mayor trascendencia de la serie de encuestas que desde el año de 1973 ha venido realizando la ADS (Asociación Demográfica Salvadoreña) para estudiar las diferencias y las tendencias de la fecundidad y el uso de métodos anticonceptivos en El Salvador.

La tasa global de fecundidad de las mujeres de 15 a 49 años de edad descendió alrededor de 60% en los últimos 30 años, pasando de 6.3 hijos por mujer en el período 1973-1978 a 2.5 hijos por mujer en el período 2003-2008⁴, la tasa global de fecundidad se ha llegado a ubicar en el segundo lugar entre las más bajas de la región de Centra América, después de Costa Rica.

En El Salvador existen diferencias por área de residencia, nivel educativo o de bienestar de las mujeres. De mantenerse invariable los niveles actuales de fecundidad, las mujeres del área rural tendrían en promedio un hijo más que las mujeres del área urbana, y las mujeres sin educación formal o del nivel de bienestar más bajo tendrían en promedio 3.7 hijos, lo que resultaría ser más que el doble de lo estimado para las mujeres con 10 o más años de escolaridad o del nivel de bienestar más alto.

2 3 countrymeters.com4 FESAL

En la encuesta FESAL-2008 se recolectó información sobre diversos factores determinantes de los niveles y tendencias de la fecundidad de un país o región siendo entre otros; la nupcialidad, la exposición al riesgo de embarazo, la actividad sexual reciente, el intervalo entre los nacimientos, la amenorrea, y la abstinencia sexual postparto.

Los resultados indican que el 54.3% de las mujeres de 15 a 49 años viven en unión conyugal, prevaleciendo entre ellas la unión consensual 29.3%; Con respecto a la exposición al riesgo de embarazo, se encontró que la edad mediana a la primera relación sexual es a los 18.4 años y la edad mediana a la primera unión es a los 19.9 años, no cambiaron desde FESAL 2002-03, pero la edad mediana al primer nacimiento de 20.8 subió 0.3 años casi 4 meses en el último quinquenio, lo que representa un aumento de 1.5 años en los últimos 25 años.

Atendiendo a los resultados de la encuesta, el 61.4% de los nacimientos en los últimos 5 años fue planeado, el 19.7% fue deseado, pero no planeado y el 18.9% no deseado, si las mujeres salvadoreñas pudieran evitar los hijos no deseados, la tasa global de fecundidad se reduciría de 2.5 a 2 hijos por mujer y llegaría al nivel de reemplazo.

En El Salvador, el 99% de las mujeres de 15 a 44 años de edad ha oído hablar al menos de un método anticonceptivo, conocimiento que resulta alto aún entre las mujeres solteras 98.2%. Individualmente, los métodos anticonceptivos conocidos por más del 90% son los siguientes: El condón masculino, los inyectables, los orales y la esterilización femenina. Entre los métodos anticonceptivos conocidos en un rango del 35 al 60% están el dispositivo intrauterino, el método del ritmo, la esterilización masculina, el parche anticonceptivo, los métodos vaginales (óvulos, espumas, cremas) y el condón femenino.

Los métodos conocidos por menos del 35% de las mujeres son los siguientes:

- El retiro,

- el método de lactancia y amenorrea,
- la anticoncepción de emergencia,
- el Norplant y
- el método de Billings.

En el país, los dos métodos de mayor prevalencia son la esterilización femenina con 32.1% y los inyectables con 22.4%, muy por abajo aparece el condón masculino, los orales, el ritmo, Billings y el retiro con el 5.5, 4.6, 3.7 y 2.6%, respectivamente.

Los otros métodos como el Dispositivo intrauterino, el método de lactancia y amenorrea, Norplant y la vasectomía, individualmente no alcanzan ni el 1%.

Aun cuando la esterilización femenina es el método de mayor prevalencia en el país, las mujeres que optan por la esterilización como su primer método de planificación familiar, esperan tener en promedio 3.2 hijos vivos, 26.3 años de edad y 7.6 años después de su primera unión conyugal.

Para el año 2015 se tiene como usuarias activas de métodos de planificación temporal registradas en el primer nivel de atención en El Salvador.⁵³

Atención Preventiva Planificación Familiar (Método Temporal) Usaria(o) Activa(o) Período del 01/01/2015 al 31/12/2015 REGIÓN DE SALUD OCCIDENTAL De 10 a 55 años Todo el País Urbano y Rural Sexo Femenino MINSAL+FOSALUD								
Departamento	Inyectable	Oral	Barrera	Dispositivo Intrauterino	Natural	Intradermico	Otro	Total
Ahuachapan	7,921	2,128	65	272	0	2	31	10,419
Santa Ana	7,715	2,323	169	769	8	5	215	11,204
Sonsonate	9,461	1,231	134	590	5	0	66	11,487
Chalatenango	10	5	0	0	0	0	0	15
La Libertad	25	10	0	0	0	0	1	36
Cuscatlan	1	0	0	0	0	0	0	1
La Paz	1	0	0	0	0	0	0	1
Cabañas	2	0	0	0	0	0	0	2
San Vicente	1	1	0	0	0	0	0	2
Morazan	1	0	0	0	0	0	0	1
Guatemala	73	37	1	5	0	1	4	121
Total	25,211	5,735	369	1,636	13	8	317	33,289

El 27.5% de las mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad no estaba usando un método anticonceptivo en los 30 días previos a la entrevista, proporción constituida por el 18.5% que usó, pero no estaba usando, y el 9% que nunca uso un método. El porcentaje de mujeres que nunca usó un método anticonceptivo varía de un 5% en los departamentos de San Salvador y La Libertad entre el 17% y 20% en los departamentos de Cabañas, Morazán y La Unión.

Entre las mujeres que usaron, pero que no usa actualmente, las dos razones expuestas con mayor frecuencia para dejar de usar fueron el deseo de embarazo 35% o que tuvieron efectos colaterales 28.9% .

Prácticamente dos de cada tres mujeres que no usan actualmente mencionaron una razón para no usar que está relacionada con el embarazo, la fecundidad, o la actividad sexual. El 29.6% menciona una razón sociocultural, el segundo grupo de razones sobresale el temor a los efectos colaterales con 10.5%, que es el triple del porcentaje que reporta que no usa actualmente porque los experimentó.

Del total de mujeres casadas o unidas de 15 a 44 años de edad que no usa actualmente, el 57.2% desea usar un método anticonceptivo en el presente o en el futuro y de ellas, el 94.4% conoce donde obtenerlos. El deseo de usar desciende del 64.5% en el área urbana al 51.8% en el área rural.

En un estudio realizado en El Congo en el año 2003, acerca de las principales causas que influyen en el rechazo de los métodos de Planificación familiar en mujeres de 20 a 49 años, las conclusiones que se obtuvieron fueron: que la religión no es una causa determinante para que las mujeres rechacen planificar con métodos hormonales, la ausencia de escolaridad determina 1.9 veces más el rechazo a los métodos hormonales que las mujeres que planifican con ello.

La influencia que ejercen los compañeros de vida en desacuerdo al uso de métodos anticonceptivos hormonales en las mujeres que no planifican es de 2.8 veces más para rechazarlos que en las mujeres que planifican. El factor que determina el rechazo de los métodos hormonales es la influencia que ejerce sobre la mujer la opinión del compañero de vida en desacuerdo a sus usos.

En otro estudio realizado en la Unidad de Salud Sitio del Niño en el año 2002, acerca de los factores limitantes en el uso de Métodos de Planificación Familiar en mujeres de 15 a 39 años, las conclusiones que se obtuvieron fueron:

El principal factor que influye en la utilización de los métodos anticonceptivos fueron los Mitos o Creencias, otro de los factores fue la falta de información acerca de métodos de Planificación familiar.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aproximadamente 15 millones de mujeres dan a luz en un año de las cuales la quinta parte corresponde a madres que tiene alrededor de 20 años, de los cuales del 20 a 60% no han sido planeados o son no deseados, estos datos dependen del país de Latinoamérica del que nos refiramos.

En El Salvador los embarazos no deseados son un problema de gran magnitud tanto como por sus complicaciones sociales y económicas como el alto porcentaje de mujeres menores de 20 años que anualmente se convierten en madres.

Además del riesgo o problemas médicos a los que se exponen las mujeres durante un embarazo encontramos factores como: recibir menos educación; en el caso de la deserción escolar en el embarazo adolescente, como segundo factor tener más dificultad para conseguir un empleo, si no se tiene mayor nivel educativo es muy difícil competir por un trabajo, y sin una manera de subsistir se incrementan las complicaciones sociales, afectando la nutrición, la higiene, la salud, otro factor es la pobreza: la que incide en lo anterior y además tiene un gran impacto en la sociedad siendo causante en su mayoría de los actos de delincuencia y violencia, por lo que se convierte en un círculo vicioso

En el país hay muchas creencias, mitos e influencias religiosas acerca de los métodos de planificación familiar, entre los que podemos mencionar: que son abortivos, que causan daño al organismo de la madre o al feto, que es pecado utilizarlos, que las mujeres deben tener todos los hijos que Dios les dé, entre otros. Es por esta razón que las mujeres no desean utilizar métodos de planificación familiar o por la cual sus parejas les prohíben que los usen.

Debido a este incremento en la población, pobreza, delincuencia y todos los factores mencionados anteriormente es importante identificar cuáles son los factores que influyen en la utilización de métodos de planificación familiar, para así poder tomarlos en cuenta para tomar medidas que vayan encaminadas a que más mujeres en edad fértil utilicen métodos de planificación familiar.

Por otra parte se ha evidenciado que no existe una educación, concientización, ni promoción para la utilización de los diferentes métodos de planificación familiar, quedando en vacío la parte educacional. Con los antecedentes mencionados y la realidad observada en el transcurso del presente año en la población de nuestras unidades de salud, se decidió trabajar en dicha problemática para describir las causas y así brindar soluciones a largo plazo para lograr resultados oportunos y beneficiosos para la población.

¿Cuáles son factores determinantes para la utilización de métodos de planificación familiar en mujeres de edad fértil en la unidad comunitaria básica las palmeras, municipio de Tacuba en el periodo de abril a agosto del año 2016?

1.3 JUSTIFICACION.

Aproximadamente, a nivel mundial, en 5 años cerca de 60 millones de niñas y varones alcanzaran la madurez sexual, he aquí la necesidad de proveer información en salud enfocada en el control de la natalidad como pauta para influir en la disminución o el control de la población mundial.

El alcance de la investigación es con el objetivo de identificar los diferentes factores que influyen en la utilización de métodos de planificación familiar, la importancia radica en las consecuencias que se tienen con la sobrepoblación, entre las cuales se hace mención en primer lugar: la salud pública, afectada por la edad y la distribución poblacional de los servicios de salubridad, que en una población con natalidad elevada se enfocan a la niñez y a la salud materna.

Los problemas de tratamiento médico en la niñez son notablemente mayores, exigiendo una proporción médica mayor que la población que se encuentra entre los 15 y 45 años. Con respecto a la salud materna si la natalidad es elevada las mujeres de dicha población tienen varios embarazos a una edad temprana. Embarazos ocurridos en cualquier extremos de la fecundidad se relacionan a riesgos mayores para la madre o el niño, en cuanto a intervalos intergenésico, según estudios si este periodo se lleva hasta aproximadamente 3 años la morbimortalidad se reduce notablemente, si este es corto infiera en la nutrición infantil reduciendo el periodo de amamantarían del primer niño lo que se relaciona a su vez con desnutrición, siendo este un problema de salud de propagación mundial, decisivo en la determinación del estado de salud de cada uno de los miembros de la familia afectando su crecimiento y desarrollo y resistencia a infecciones.

Ahora bien el hacinamiento y la aglomeración tienen gran efecto en la salud ya que aumentan la prevalencia y apareamiento de las enfermedades infecciosas, permitiendo su propagación.

Factores importantes que acompaña a la urbanización son la mala vivienda y deficiencia o ausencia total de educación, que conllevan a la destrucción de la familia, y grupos cercanos al individuo que proporcionan protección y apoyo emocional, teniendo como consecuencia delincuencia juvenil, delitos sexuales, farmacodependencia, alcoholismo y otras aberraciones de carácter social.

Desde el punto de vista económico, el crecimiento demográfico trae consigo la demanda de trabajo y el consumo las cuales al no ser realizadas originan un desequilibrio, con el crecimiento poblacional rápido se tienen que invertir enormes cantidades de dinero solo para sostener un nivel fijo de servicios e instalaciones por persona dando paso a la pobreza.

La Salud tiene un valor incalculable, sin ello no sería posible el bienestar, la comodidad, el progreso, la transformación y la entrega dentro de una familia y en especial de una mujer deseosa de tener una vida sexual plena sin prejuicios, sin temores, y poder decidir si tener un hijo o no.

Es vital e importante que tanto hombres y mujeres, participen en esta iniciativa en conjunto con el personal sanitario. El estudio se vuelve importante para el desarrollo de los conocimientos propios e investigaciones en medicina sobre los factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar ya que es de sumo interés conocer en el campo las creencias, prácticas y actitudes respecto al uso de métodos de planificación familiar.

Con este estudio quisimos identificar los factores que intervienen en que las mujeres decidan utilizar métodos de planificación familiar.

1.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar factores determinantes para la utilización de métodos de planificación familiar en mujeres de edad fértil en la unidad comunitaria básica las palmeras, municipio de Tacuba en el periodo de abril a agosto del año 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el conocimiento y la preferencia de las mujeres en edad fértil en cuanto a métodos de planificación temporal y permanente.

- Identificar la incidencia de factores culturales, sociales y económicos para la utilización de métodos de planificación familiar.

- Determinar la influencia de promoción de la salud en la utilización de métodos de planificación familiar en mujeres de edad fértil.

1.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

- Se prevé proporcionar previa explicación de la investigación, individualmente la participación a todos aquellos sujetos seleccionados.
- Además respetar la opinión y decisión de las diferentes personas que se decidan involucrar a consideración individual si participan o no en el estudio.
- Se pretende asegurar el respeto de la confidencialidad de la identidad y de la información recibida.
- Además de no realizar ningún tipo de coacción para que los participantes colaboren con la investigación.

1.6 RESULTADOS ESPERADOS.

- Identificar cuáles son los factores determinantes para utilización de métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil.
- Describir el estado actual de los conocimientos teóricos de los anticonceptivos temporales que poseen las mujeres pertenecientes a el municipio de Tacuba, las palmeras.
- Identificar el porcentaje de mujeres fértiles en riesgo que se niegan a la utilización de un método de planificación familiar temporal (MPF), y que por ello constituyen personas en riesgo, además de identificar cuál de los métodos de planificación ofertados por la atención en salud en primer nivel tendrían estas mujeres preferencia a utilizar.
- Describir el impacto que tiene la utilización de métodos de planificación familiar el factor cultural y religioso y si presentan relación con factor educacional y socioeconómico.
- Crear un documento que sirva de referencia científica para futuras investigadores relacionados al conocimiento de los anticonceptivos hormonales en las mujeres en edad fértil.

2.1 MARCO TEÓRICO

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción que puede derivarse de las relaciones sexuales. Este control o planificación puede tener como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias sociales, económicas y personales en las que se desea tenerlos.

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.⁴

La planificación Familiar reduce las tasas de mortalidad materna e infantil al permitirles a las mujeres planificar y espaciar sus embarazos, además de evitar embarazos no deseados en la edad fértil o reproductiva de la pareja.

La edad fértil de la mujer según los lineamientos técnicos de atención en planificación familiar del Ministerio de Salud de El Salvador se describe como las mujeres que cursan edades entre 10 a 45 años entendiéndose etapa durante la cual poseen la capacidad biológica de la reproducción.⁵

Los embarazos debidamente espaciados aumentan la supervivencia infantil ya que así las madres pueden invertir más recursos y tiempo en sus hijos, los embarazos con espacio entre los mismos también permiten a las madres recuperar su salud y evitar complicaciones, durante su próximo embarazo, la

⁴ OMS planificación familiar, nota descriptiva 351 mayo del 2015.

⁵ Guía técnica de planificación familiar, Ministerio de Salud El Salvador, 2008.

Planificación Familiar también es efectiva como estrategia de reducción de la pobreza al romper el nexo entre una alta fecundidad y una pobreza extrema.

La tasa global de fecundidad de las mujeres de 15 a 49 años de edad descendió alrededor de 60% en los últimos 30 años, pasando de 6.3 hijos por mujer en el período 1973-1978 a 2.5 hijos por mujer en el período 2003-2008; la tasa global de fecundidad se ha llegado a ubicar en el segundo lugar entre las más bajas de la región de Centra América, después de Costa Rica.⁶

En El Salvador existen diferencias por área de residencia, nivel educativo o de bienestar de las mujeres. De mantenerse invariable los niveles actuales de fecundidad, las mujeres del área rural tendrían en promedio un hijo más que las mujeres del área urbana, y las mujeres sin educación formal o del nivel de bienestar más bajo tendrían en promedio 3.7 hijos, lo que resultaría ser más que el doble de lo estimado para las mujeres con 10 o más años de escolaridad

O del nivel de bienestar más alto

Para el año 2015 se tiene como usuarias activas de métodos de planificación temporal registradas en el primer nivel de atención en El Salvador.⁷

⁶ Encuesta FESAL 2008.

⁷ SIMMOV, usuarias activas de métodos temporales de planificación familiar del 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015.

Atención Preventiva Planificación Familiar (Método Temporal) Usuaría(o) Activa(o) Período del 01/01/2015 al 31/12/2015 REGIÓN DE SALUD OCCIDENTAL De 10 a 55 años Todo el País Urbano y Rural Sexo Femenino MINSAL+FOSALUD								
Departamento	Inyectable	Oral	Barrera	Dispositivo Intrauterino	Natural	Intradermico	Otro	Total
Ahuachapan	7,921	2,128	65	272	0	2	31	10,419
Santa Ana	7,715	2,323	169	769	8	5	215	11,204
Sonsonate	9,461	1,231	134	590	5	0	66	11,487
Chalatenango	10	5	0	0	0	0	0	15
La Libertad	25	10	0	0	0	0	1	36
Cuscatlan	1	0	0	0	0	0	0	1
La Paz	1	0	0	0	0	0	0	1
Cabañas	2	0	0	0	0	0	0	2
San Vicente	1	1	0	0	0	0	0	2
Morazan	1	0	0	0	0	0	0	1
Guatemala	73	37	1	5	0	1	4	121
Total	25,211	5,735	369	1,636	13	8	317	33,289

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

La Salud Sexual y Reproductiva está definida como el estado completo de bienestar físico, mental y social de la población, en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos con la visión de la Salud Sexual y Reproductiva, más allá de la reproducción, incorporando el marco ético de los Derechos Humanos y las desigualdades de género, integralidad que sobrepasa los aspectos reproductivos y la visión patriarcal exclusiva de una sexualidad heterosexual y reproductiva.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos están inmersos dentro de los Derechos Humanos, se basan en el reconocimiento de la autonomía y libertad de las personas a tomar decisiones voluntarias, libres e informadas, respecto a la sexualidad y la reproducción, a fin de garantizar el desarrollo

libre, sano, seguro y satisfactorio de la vida sexual y reproductiva, sin discriminación, riesgo, coacción y violencia.⁸

La promoción y consolidación de una sexualidad sana inicia desde la infancia, trasciende en la adolescencia, madura en la adultez y permanece en la vejez. El proceso reproductivo está íntimamente relacionado a la construcción de la sexualidad e incide en el momento de iniciar las relaciones coitales, la voluntad o no de embarazarse y la forma en que acceden o no a una maternidad segura. Todo el proceso está vinculado directamente a las determinantes sociales.

Así se tiene una evolución del estado de salud sexual y reproductiva dependiendo la edad desde la niñez hasta la edad adulta, en la adolescencia el cual es un período de cambios bio-psico-sociales importantes. El apareamiento de las características sexuales secundarias en ambos sexos, unido al surgimiento de procesos de formación de identidad, así como los compromisos sociales que van desde la posibilidad de embarazarse y de asumir roles que no son acordes al desarrollo psicosocial, la vuelven una etapa especialmente vulnerable.

La primera relación sexual premarital es del 21.8% en las mujeres menores de 15 años de edad y asciende al 68.9% en las de 15 a 19 años.⁹

El porcentaje de adolescentes con experiencia de embarazo asciende significativamente del 8.4% entre las mujeres que tienen 15 años de edad al 43.3% entre quienes tienen 19 años.¹⁰

⁸ MINSAL, Diario oficial tomo 396, política de Salud Sexual y Reproductiva, agosto 2012.

⁹ Encuesta FESAL 2008

¹⁰ Encuesta FESAL 2008

El 18% del grupo de mujeres de 15 a 19 años tiene al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a).¹¹

En relación a la pareja, los datos indican que el 13.5% de las mujeres de 15 a 19 años tuvieron la primera relación sexual con hombres 10 o más años de edad, mayores que ellas.¹²

Esto facilita la violencia de pareja por género y de edad, lo que hace avanzar hacia el ejercicio responsable de la sexualidad en la población adolescente sea una prioridad en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva.

En el año 2011 el Ministerio de Salud reporta 84,752 inscripciones prenatales, de las cuales el 31.4% son mujeres adolescentes. La inscripción de métodos de planificación familiar fue de 36%, la atención institucional de partos en adolescentes correspondió al 29.1%. Además correspondió a este grupo poblacional el 11% de muertes maternas. Así mismo para el año 2011, el Ministerio de Salud reportó como primera causa de muerte en mujeres adolescentes de 15 a 19 años la muerte auto infligida por efectos tóxicos de sustancias de procedencia no medicinal, muchos de estos casos relacionados con embarazos no deseados o conflictos derivados de un ejercicio inadecuado de la Salud Sexual y Reproductiva.¹³

En la Mujer Adulta En la edad adulta el enfoque de derechos en cuanto a Salud Sexual y Reproductiva, de hombres y mujeres, tiene como finalidad mejorar la calidad de vida en los niveles individuales y relacionales (pareja, hijos e hijas, familia, comunidad) a través del conocimiento y control de las determinantes de la SSR, así como la prestación de servicios integrales e integrados de calidad que permitan tomar acciones responsables

¹¹ Encuesta FESAL 2008

¹² Encuesta FESAL 2008

¹³ Encuesta FESAL 2008

encaminadas a la Salud Sexual y Reproductiva, todo ello en el contexto del impulso de la Reforma de Salud.¹⁴

La Maternidad Segura está sustentada en la calidad del control prenatal para obtener resultados favorables en el momento del parto, ya que éste permite una valoración del riesgo reproductivo y mucho más si se inicia el proceso de la reproducción con una atención preconcepcional.

De las primeras 6 causas de morbilidad cinco de ellas están relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Las muertes maternas en su mayoría son por causas directas del embarazo, ocasionadas principalmente por enfermedades hipertensivas del embarazo y hemorragias post parto, la mayoría de ellas prevenibles.

En relación al Objetivo de Desarrollo del milenio 5: "Mejorar la Salud Materna", meta 5A, reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes, se ha logrado llegar a esta meta en los años 2010 y 2011 con una razón de mortalidad materna de 51.8 y 50.8 por 100,000 nacidos vivos respectivamente.

Por todos los datos anteriormente mencionados podemos observar la importancia que tiene la Salud Sexual y Reproductiva en la vida diaria de las personas, la sexualidad constituye un aspecto inherente a las personas durante todo el transcurso de su vida. Es fuente de placer, de bienestar enriquecedor en lo personal, con honda repercusión en lo emocional, familiar y social.

Por todo ello, el derecho al disfrute de la sexualidad, es un derecho humano inalienable, como el derecho a la vida, a la libertad, a la equidad y a la justicia social, a la salud, a la educación y al trabajo.

¹⁴ MINSAL, Diario oficial tomo 396, política de Salud Sexual y Reproductiva, agosto 2012

El concepto de la Salud Sexual y Reproductiva va más allá de la reproducción y la sexualidad, incorpora el marco ético de los derechos humanos y las desigualdades de género.

Una parte importante de la política de Salud Sexual y Reproductiva es la promoción a la salud que se hace de este tema, apostándole a la educación y a la prevención en salud de las personas.

PROMOCIÓN DE LA SALUD,

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población.

La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 es que la promoción de la salud "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud.

Se logra por medio de la información, comunicación y educación a la población.

La promoción en salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, esta trasciende el campo de responsabilidad del Sector Salud, enfatizando el mejoramiento de la vida en salud de la familia.

Constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y con vistas a crear un futuro más saludable y mejor en cada aspecto de su vida,” combina la elección personal con la responsabilidad social”.¹⁵

En cuanto a esto tenemos que la promoción en salud tiene como uno de sus principales objetivos la salud familiar promoviendo estilos de vida saludable, esto se traduce en la salud física, mental, social, y sexual de cada uno de los miembros de la familia, que esta se extienda en forma consensuada, que el aumento en miembros familiares no comprometa la salud familiar en cada uno de sus miembros.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Se definen como el conjunto de prestaciones ofrecidos por profesionales sanitarios especializados que incluyen actividades y prácticas educativas, preventivas, médicas y sociales que permiten a los individuos incluidos menores, determinar libremente el número y espaciamiento de los hijos, seleccionar el método más adecuado a sus circunstancias.¹⁶

En El Salvador las dos fuentes más frecuentes para la obtención de métodos anticonceptivos son el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Salvadoreño Seguro Social que brindan servicios de anticoncepción al 57 y 18% de las usuarias.¹⁷

Todas las personas tienen el derecho de decidir cuándo y cuántos hijos tener, en Planificación Familiar es la decisión hecha por la usuaria/o con la información sobre la gama de métodos y de acuerdo a sus necesidades.

¹⁵ Lineamientos de promoción de la salud, MINSAL, 2008, página 9

¹⁶ OMS, planificación familiar, nota descriptiva 351, mayo 2015

¹⁷ Encuesta FESAL, 2008.

Lo anterior implica que la usuaria tenga información completa sobre el método elegido; su mecanismo de acción, uso correcto, beneficios, efectos secundarios, complicaciones posibles, signos de alarma, contraindicaciones y efectividad.

La elección libre e informada estimula el uso continuado de anticonceptivos, las personas tienden a usar por más tiempo un método de Planificación Familiar si lo han elegido ellas mismas.

La elección libre e informada es un aspecto clave de la Planificación Familiar de buena calidad.¹⁸

La elección libre e informada brinda beneficios a la usuaria y su pareja:

- 1- Que conozca mejor el método que van utilizar.
- 2- Contribuye a que las personas tengan más control sobre su propia vida.
- 3- Las incentiva a asumir más responsabilidad por su salud.
- 4- Estimula el uso continuo de anticonceptivos.
- 5- Disminuye el abandono del método.

Consecuencias de no asegurar una elección libre e informada:

- 1- Uso inadecuado de un método.
- 2- Temor e insatisfacción a causa de los efectos secundarios.
- 3- Discontinuidad del uso del método.
- 4- Posibles riesgos de salud, al no reconocerse signos de alarma.
- 5- Usuarios insatisfechos.

¹⁸ Guías técnicas de planificación familiar, MINSAL 2008 pág. 83.

6- Baja utilización de los servicios.

Objetivos globales de la Planificación Familiar

- Evitar embarazos no deseados.
- Regular los intervalos entre embarazos.
- Relaciones sexuales satisfactorias.
- Regular el tiempo en que ocurren los nacimientos en relación con las edades de los padres.
- Evitar el embarazo cuando agravaría una enfermedad peligrosa presente.

Actualmente el concepto de planificación familiar ha tomado gran relevancia, pues cada vez más se intenta tener un mayor control en la demografía dentro de un país determinado, esfuerzo orientado a superar el círculo de la pobreza y elevar los estándares de vida y educación de la población. Por esto, los programas de planificación familiar han ido tomando más fuerza, y asimismo volviéndose más completos y sofisticados. Básicamente estos programas consisten en otorgarles a las parejas un conjunto de actividades y procedimientos que contengan información, educación y anticoncepción para que éstos sean capaces de definir correctamente su planificación.

Los programas de planificación familiar, o control de la natalidad, además de traer beneficios en una pareja comprometida, trae consigo grandes aspectos positivos para la sociedad. En primer lugar incentivan que las mujeres den a luz durante los mejores años de salud, y además se reducen los abortos con métodos anticonceptivos o naturales por causa de embarazos no deseados.

En segundo lugar se prevén de prácticas sexuales no adecuadas que podrían ser la causa de enfermedades como el SIDA. También el crecimiento de la población se vuelve más lento y controlable, lo que

implicaría menos gastos de recursos para el medio ambiente. Consecuente con esto, un país, cuyo crecimiento demográfico es más pausado, puede aspirar de una manera más eficiente al desarrollo.

Salud Reproductiva:

“El estado completo de bienestar físico, mental y social de la población salvadoreña incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear con la libertad de hacerlo o no, cuando y con qué frecuencia”.¹⁹

Actualmente es muy importante que tanto los hombres y las mujeres posean los conocimientos necesarios sobre Salud Reproductiva, que por medio de los conocimientos se dan cuenta de su importancia, con el propósito de brindar una mejor vida a los hijos y así mismo, como todo ser humano la salud es un derecho que todas las personas tienen sin importar la religión, credo, raza, idioma.

Es un componente fundamental de la salud de las mujeres y de los varones durante toda su existencia. Toda evolución biológica, maduración psicológica y desarrollo social de las personas está asociada íntimamente al grado de bienestar sexual y al grado de satisfacción sobre la capacidad reproductiva de uno mismo.

Aun así, el momento más relevante para el reconocimiento de la sexualidad, para el aprendizaje del cuerpo y, con mucha frecuencia, para la toma de decisiones sobre las potencialidades reproductivas, es el tiempo de la adolescencia. La adolescencia es una etapa que está marcada por cambios

¹⁹ Guías técnicas de planificación familiar, MINSAL, 2008, pág. 13

biológicos, psicológicos y sociales, acompañados por notorios sentimientos de atracción sexual y profundas meditaciones sobre la capacidad de decidir.

Derechos Reproductivos:

Se fundamentan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre estos, el tener acceso a elegir métodos seguros, eficaces, asegurables y aceptables de planificación familiar, que para el control de su fecundidad, acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan al embarazo y parto transcurrir en condiciones de seguridad y ofrezcan a las parejas las mayores posibilidades de tener un hijo sano, alcanzar el nivel más elevado de salud reproductiva y adoptar decisiones a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción, ni violencia.²⁰

Todas las personas tienen el derecho a poder espaciar sus embarazos y de decidir cuántos hijos desean tener, y cuando consulte un servicio de salud sean atendidas con amabilidad, respeto y se le brinden una atención de calidad, eficaz y humana.

Las parejas, son libres de poder elegir cualquier método de planificación familiar, siempre y cuando no afecte su salud y bienestar físico.

Familia:

Es vista como un sistema social que transmite cultura a sus miembros, con responsabilidad de satisfacer las necesidades físicas y de seguridad, enseñar habilidades sociales para el desarrollo y crecimiento personal de cada uno de sus miembros, donde existen límites emocionales, se promueve

²⁰ Guía técnica de atención en planificación familiar, MINSAL, 2008, pág. 4 a 5.

un propósito para la vida y significado y sentido de intimidad con la espiritualidad.

Es vista ante la sociedad como la base fundamental, que es el eje principal, donde sus miembros tienen sus propias metas objetivos propuestos para el desarrollo intelectual y social. Ante la misma todos sus integrantes tienen responsabilidades y derechos, a través de los cuales tienen la autoridad de disponer cuántos hijos deberán tener y la utilización de los métodos anticonceptivos para los espaciamientos de sus embarazos.

Métodos Anticonceptivos:

El enfoque de género influye en las decisiones relativas al tamaño de la familia, las relaciones de tipo sexual y la prevención de las infecciones de transmisión sexual; muestra de ello es que en algunas culturas la actividad sexual en mujeres jóvenes es inaceptable mientras que en los hombres es aceptado como un signo de hombría, por tal motivo es la población masculina la que debería tener una mayor información sobre salud sexual y reproductiva.

El bajo nivel escolar es una seria limitante para la aceptación de los métodos de Planificación Familiar, ya que al no lograr captar el mensaje los potenciales usuarios recurren a fuentes de información inapropiados, como son amigos o familiares, con un nivel educativo similar, el analfabetismo y la baja escolaridad tanto de la mujer como del cónyuge, influyen directamente en el no uso de métodos de Planificación Familiar.

La procedencia de las mujeres juega un papel importante, el uso de anticonceptivos varía de acuerdo al lugar de residencia, un mayor porcentaje de mujeres urbanas, usan más anticonceptivos en comparación con las mujeres del área rural, lo que tal vez podría reflejar una mayor accesibilidad de los mismos en la ciudad.

En América latina, la religión de manera global no aparenta ejercer gran influencia sobre la utilización de los métodos anticonceptivos, sin embargo en algunas personas esto sí es causa para que no hagan uso de estos, por ejemplo la religión católica el único método que acepta es el ritmo, al igual que en otras religiones donde se menciona que planificar es pecado.

Factores:

Se define “Como cada uno de los elementos que forman un producto, o sea elementos que intervienen en el proceso de la producción de un bien”.²¹

Elemento, condicionante que contribuye a lograr un resultado.

Es todo lo relacionado aquello que de uno u otra forma interviene en el apareamiento o afecta el desarrollo de una situación potencializándolo de manera para situarlo negativa, lo que pueden ser internos o externos, voluntarios o involuntarios.

Factor Religioso:

Creencias:

En las comunidades prevalecen no solo la religión católica sino también la cristiana también llamada evangélica, y a parte también existen las creencias propias de la región, los mitos.

Hay líderes de iglesias que sostienen que las familias deben tener el número de hijos que quieran, como dice la sagrada biblia “Fructificar y

²¹ Diccionario enciclopédico OCEANO UNO COLOR. Pág 668

multiplicaos”,²² por lo que sus feligrés tienen cierto respeto y optan por métodos naturales como la lactancia materna.

Se ha visto en algunas comunidades donde existe influencia del poder religioso de aceptar o no un método anticonceptivo, como también las creencias ancestrales.

Factor Sociocultural:

Los aspectos culturales y sociales, dan una relación de mujeres y hombres muy privado, los niños, con poco o ninguna a orientación desde el punto de vista educación sexual la restricción puede existir aun en las escuelas o iglesias, lo que afecta el conocimiento en Salud Reproductiva, Planificación Familiar, educación Sexual.

Factores Económicos:

Son aquellos en donde el nivel de vida, los roles familiares y las ocupaciones son importantes marcos determinantes de la salud.

Puede probarse la utilidad, para sopesar el costo si el individuo o la pareja pueden afrontar un embarazo no deseado.

El desempleo es muy marcado en nuestro medio, la falta de preparación de las

Personas, esto desencadena una serie de situaciones donde la familia no tiene

Accesibilidad de este recurso, la pobreza lleva consigo problemas de salud, Educación y vivienda.

²² La Santa Biblia, Antigua versión de Casio doro de Reina (1569), revisión 1960, Génesis 1.28

Factor Educativo.

El nivel de escolaridad se vuelve también un factor importante. El no saber leer dificulta en gran medida conocer las ventajas, contraindicaciones de los métodos anticonceptivos, en fin contribuye a que la educación en planificación familiar sea más difícil en los usuarios

Mitos y Creencias acerca de los Métodos Anticonceptivos:

Es importante señalar que los mitos no solo son el resultado de la cultura popular, también son creados o reforzados intencionalmente con el fin de sustentar determinadas posturas u opiniones.²³

Estas distorsiones están dirigidas a:

- a) Evitar el uso continuo de los métodos anticonceptivos.²⁴ Esto se expresa en indicaciones médicas no justificadas, como por ejemplo el establecimiento de periodos de “descanso”, lo cual se indica especialmente en el caso de métodos que contienen hormonas, sin tomar en cuenta que muchas de estas hormonas compatibilizan muy bien con el cuerpo humano, que las puede degradar rápidamente y tiene una alta capacidad para procesarlas y eliminarlas, de allí que su uso continuo sea altamente seguro.
- b) Limitar su uso a personas adultas, promoviendo que no sean accesibles a las adolescentes, a pesar de las necesidades que tiene esta población de contar con métodos anticonceptivos seguros. En algunos grupos de interés existe preocupación por el inicio sexual temprano de las y los adolescentes y muchas veces por falta de información, o por garantizar que las relaciones sexuales sean

²³ PROMSEX, unfpa.org, page. 11.

²⁴ PROMSEX, unfpa.org Pág. 11.

realmente voluntarias, generan un temor infundado respecto de los métodos anticonceptivos durante la adolescencia, aduciendo efectos inexistentes. Sin embargo, no consideran los graves riesgos de una relación sexual no protegida, de un embarazo precoz y de un parto a edad temprana

- c) No usar ningún método, especialmente los denominados modernos. Desde su aparición, los métodos anticonceptivos han sido blanco de ataques infundados y se ha negado su acceso a miles de mujeres. Inicialmente los métodos anticonceptivos fueron culpabilizados de afectar la moral de las mujeres, de romper con los mandatos familiares de tener hijos, de promover las relaciones sexuales, entre otros aspectos. Y cuando los métodos anticonceptivos fueron apropiados por personas que querían más bien planear su futuro, brindar mejores oportunidades a sus hijos, cuidar su propia salud y asumir con responsabilidad su vida sexual, las restricciones se fueron orientando que los Estados no provean servicios básicos y elementales como el acceso a la planificación familiar. Pero como hay leyes que así lo mandan, entonces la estrategia fue restringir al máximo el acceso a los métodos anticonceptivos en los servicios públicos y generar así una barrera entre las personas que no pueden pagar dichos insumos y quienes pueden adquirirlos de manera particular. Como resultado de ello, las mujeres que pueden ir a un servicio privado o a una clínica podrán hallar una amplia gama de métodos anticonceptivos, mientras que las mujeres pobres dependerán solo de unos cuantos métodos que puedan recibir en los establecimientos públicos de salud, hecho que limita su capacidad y derecho de elegir.
- d) Atribuir a los anticonceptivos efectos adversos inexistentes o no comprobados. Este es el mecanismo que más se viene utilizando actualmente y que da origen a nuevos mitos, muchos de los cuales han sido descartados, pero a partir de su constante difusión y de presentarlos como “evidencias científicas” terminan por imponerse. El

caso típico es el de la anticoncepción oral de emergencia y del DIU, que son acusados de evitar la implantación del huevo fecundado. En este caso son dos las concepciones que se promueven: la primera consiste en señalar un efecto que no ha sido demostrado por ninguna evidencia científica, tal como afirman distintos informes; la segunda es hacer creer que el huevo fecundado ya es un feto, y aún peor, que ya es una persona. La ciencia no discute desde qué momento se es persona, la ciencia solo ha señalado el proceso de desarrollo de un ser humano y que dicho proceso suele ser alterado por la propia naturaleza y no todo lo que empieza a desarrollarse, aunque complete su proceso, será necesariamente un ser humano. Por ejemplo, una complicación algo frecuente durante el embarazo es que no desarrolle el embrión, pero sí la placenta, o puede suceder que desarrolle el embrión, pero sin tener ninguna capacidad de sobrevivir y probablemente se pierda sin que la mujer que lo porta se dé cuenta.

- e) Promover la maternidad como una necesidad biológica y sanitaria de las mujeres. Algunos todavía siguen viendo como único destino de la mujer tener hijos, y al estigma social que significa para muchas no tenerlos, se añaden conceptos erróneos referidos a que las mujeres necesitan tener hijos para completar su desarrollo e incluso garantizar su salud. Este argumento ha sido interpretado con algunos factores de riesgo que en realidad están en discusión –como por ejemplo el cáncer de mamas– y que son muy poco útiles si se evalúan de manera individual. Actualmente se viene demostrando la existencia de otros factores mucho más potentes y explicativos de enfermedades que antes se asumían como consecuencia de no tener hijos y cada vez, hay mayor asociación de que no es la falta de hijos lo que afecta la salud de la mujer, sino, al contrario, el tener familia numerosa, o la sanción social de ser infértil en una sociedad en donde la discriminación y falta de oportunidades para las mujeres son evidente.

Entre algunos ejemplos de mitos podemos mencionar:

-“El uso de la píldora da lugar a infertilidad”

-“El uso de la píldora da cáncer”

-“Tomar la píldora puede dar lugar a malformaciones del niño”

-“Los inyectables causan esterilidad permanente”

-“Los inyectables dañan al bebé en caso de salir embarazada”

.”Si una mujer queda embarazada, el Diu se entierra en el cuerpo del niño.”

-“Los preservativos son solo para utilizarlos con prostitutas o en relaciones casuales (aventuras).

-“La esterilización debilita a la mujer”.

-“La vasectomía significa castración”

-La vasectomía ocasiona debilidad e impotencia”

2.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

MÉTODO: “procedimiento para alcanzar un determinado fin”²⁵

ANTICONCEPTIVO:

- “Que impide el embarazo”
- Dícese del método seguido para impedir la fecundación del ovulo por el espermatozoide y de los elementos empleados en dicho método.²⁶

Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales. Por lo general implica acciones, dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad. También se le llama contracepción o anticoncepción, en el sentido de ser formas de control de la natalidad.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Para juzgar la calidad de un procedimiento anticonceptivo deben tomarse en cuenta características universalmente establecidas:

EFICACIA: los factores de los que depende que ocurra el embarazo incluyen fecundidad de ambos miembros de la pareja, momento del coito en relación

Con el momento de la ovulación, método anticonceptivo, eficacia intrínseca del método anticonceptivo y utilización real de dicho método, es imposible valorar la eficacia de un método anticonceptivo de manera aislada sin tomar en cuenta los demás factores.

²⁵ OCEANO UNO COLOR, diccionario enciclopédico, Pág 1057

²⁶ OCEANO UNO COLOR, diccionario enciclopédico, Pág. 101.

La eficacia se puede apreciar mediante una sencilla fórmula que proporciona el llamado “Índice de Pearl”, que es como sigue: números de embarazos no deseados por 1200 entre el número de ciclos en que se empleó el procedimiento en una población usuaria; el resultado representa el equivalente de embarazos por 100 mujeres en un año. Se ha establecido que un índice mayor de 2 indica una eficacia pobre y relativamente poco confiable.

Índice de Pearl para diversos anticonceptivos:

Hormonales simultáneos 0.2

Progestágenos solo inyectados 3.0

Hormonales simultáneos trifásicos 1.0

Dispositivos intrauterinos 5.0

Método de Barrera 13-15

Métodos Naturales 30-35

Esterilización quirúrgica 0.04

SEGURIDAD: Es el atributo que describe la capacidad de un método para alterar positiva o negativamente el estado de salud del usuario o de amenazar su vida, la mayor parte de los métodos ofrece beneficios no anticonceptivos para la salud además de la anticoncepción. Por ejemplo los anticonceptivos orales reducen el riesgo de cáncer ovárico y endometrial y de embarazo ectópico.

ACEPTABILIDAD: Además de objeciones que pueda tener la pareja, también debe considerarse si el método es molesto o desagradable, aunque no llegue a ser peligroso. En parte depende de la técnica de aplicación, de si se interrumpen o no los preparativos para el acto sexual, de que se conserve o no la eupareunia y de la cultura, ideología y conceptos religiosos de la pareja que va a emplearlos.

ACCESIBILIDAD: Un buen método debe estar fácilmente disponible en el momento y por el tiempo que se le requiera, para asegurar la continuidad de su uso.

FACILIDAD DE EMPLEO: No es utilizable un procedimiento cuya complejidad de ejecución, a veces por encima del nivel cultural de la pareja, pudiera repercutir en falta de uso oportuno o abandono a corto plazo.

COSTO: Debe ser el mínimo posible, por razones obvias.

Beneficios de la planificación familiar y de la anticoncepción

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

Reducción de la mortalidad infantil

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo.²⁷ Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

Prevención de la infección por el VIH y el SIDA

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

Poder de decisión y una mejor educación

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

²⁷ OMS planificación familiar, nota descriptiva 351, mayo 2015

Disminución del embarazo de adolescentes

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pre término o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

Menor crecimiento de la población

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

2.3 CLASIFICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

MÉTODOS TEMPORALES:

a. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS:

Corresponden al método de anticoncepción hormonal más utilizado y se cuenta con una variedad inmensa de ellos en el comercio. (fig.1)

Mecanismo de acción: su efecto más importante es prevenir la ovulación al suprimir los factores hipotalámicos liberadores de gonadotropinas, esto a su vez, impide la secreción hipofisaria de hormona estimulante del folículo (FSH) y hormona luteinizante (LH). Los progestágenos evitan la ovulación al inhibir la LH y también aumentan la densidad del moco cervical, lo cual dificulta el paso de los espermatozoides. Asimismo hacen que el endotelio sea poco favorable para la implantación. Los estrógenos previenen la ovulación al eliminar la liberación de FSH; asimismo estabilizan el

endometrio, lo cual previene las hemorragias interrecurrentes (sangrado intermenstrual).

El efecto neto es la supresión efectiva de la ovulación, la inhibición del desplazamiento de los espermatozoides a través del moco cervical y la creación de un endometrio poco favorable para la implantación por lo tanto, aportan una protección casi absoluta de la concepción siempre y cuando se tomen diariamente durante tres de cada cuatro semanas.²⁸

Posología: el contenido diario de estrógenos varia de 20 a 50 ug de etinilestradiol, pero la mayor parte contienen 35 ug o menos, la cantidad de progestágeno varia de dos formas, puede permanecer constante a lo largo del ciclo (monofásico), en otras, las dosis de progestágeno y en algunas la del estrógeno varia durante el ciclo (bifásico y trifásico).

Administración: se toman a diario con un tiempo especificación de 21 a 81 días y después se omiten durante un periodo preciso de 4 a 7 días, llamado: intervalo sin píldora, durante el cual se espera la hemorragia por privación.

Uso de las píldoras: la situación ideal es que la mujer empiece a tomar las píldoras el primer día del ciclo menstrual, en cuyo caso no es necesario utilizar otro método de respaldo. Sin embargo con el método más tradicional de una semana después del periodo, se requiere un método complementario durante una semana para prevenir el embarazo. Para lograr una mejor eficacia las píldoras deberían tomarse a la misma hora cada día. En caso de olvidar una dosis, es probable que el efecto anticonceptivo no disminuya con los monofásicos con dosis más altas de estrógenos y progestágenos. En caso de olvidar varias dosis, o cuando se utilizan píldoras con dosis menores, el medicamento puede suspenderse y se debe aplicar algún método de barrera hasta que ocurra la menstruación.

²⁸ WILLIAMS obstetricia, 23 Ed. Pág 674

Interacciones farmacológicas: disminuyen la eficacia de: analgésicos, anticoagulantes, antidepresivos, tranquilizantes, antiinflamatorios, broncodilatadores, antihipertensivos, y algunos antimicrobianos, entre los medicamentos que reducen la eficacia de los anticonceptivos hormonales combinados tenemos los antituberculosos, antimicóticos anticonvulsivos y sedantes y antimicrobianos.

Efectos beneficiosos: aumento de la densidad ósea, disminución del a perdida sanguínea menstrual y la anemias, menor riesgo de embrazo ectópico, mejoría de la dismenorrea por endometriosis, menores manifestaciones premenstruales, menor riesgo de cáncer endometrial y ovárico, disminución de enfermedades mamarias benignas diversas, inhibición del avance del hirsutismo, prevención de la aterogenesis, disminución de la incidencia y la gravedad de la salpingitis aguda, menor actividad de la artritis reumatoide.²⁹

Contraindicaciones: tromboflebitis, antecedente de tromboflebitis, trastornos vasculares cerebrales o coronarios, vasculopatías cardiacas trombo genas, arritmias cardiacas trombogenas, diabetes con lesiones vasculares, hipertensión grave, carcinoma mamario conocido o sospechoso, carcinoma endometrial o sospecha de otra neoplasia dependiente de estrógeno, diagnostico o sospecha de embarazo, intervención quirúrgica mayor con inmovilización prolongada.

b. PARCHE ANTICONCEPTIVO TRANSDERMICO.

Este método es de aplicación semanal en lugar de una dosis diaria, el parche ofrece una alternativa efectiva como método anticonceptivo hormonal. Las candidatas deben pesar menos de 90 kg, y no presentar factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y tromboembolia, sus otros efectos metabólicos y fisiológicos son muy similares a los de los

²⁹ WILLIAMS obstetrician, 23 ed. Pág. 677

anticonceptivos orales hormonales, aunque la experiencia acumulada con el parche es bastante pequeña en comparación con los anticonceptivos orales. (figura.2.)

c. ANILLO ANTICONCEPTIVO VAGINAL.

Es un anillo hormonal intravaginal flexible constituido por acetato de etinilvinilo que mide 54 mm de diámetro y 4 mm de grosor. Su centro contiene etinilestradiol y el progestágeno enonogestrel. Estos e liberan una velocidad de 15 a 120 ug al día, respectivamente y se absorben a través del epitelio vaginal. (figura 3). A pesar de que el resultado es una concentración hormonal sistémica inferior a la que se obtiene con los anticonceptivos orales, y el parche la ovulación se inhibe completamente. Previo a su distribución se mantienen en refrigeración y una vez que se distribuyen su vida media es de 4 meses.

El anillo se coloca dentro de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación y se extrae después de tres semanas de uso, con el propicio de que haya una semana para la aparición de la hemorragia por supresión. Se obtendrá anticoncepción aun si el anillo se deja en su lugar por una cuarta semana. Para los anillos que permanecen en su sitio durante más de cuatro semanas, sin embargo debería descartarse un embarazo, colocar un nuevo anillo y utilizar un método alternativo por siete días.

d. PROGESTAGENOS INYECTABLES.

Entre ellos podemos mencionar el acetato de medroxiprogesterona (DMPA) de depósito intramuscular, 150 mg cada tres meses, enantato de noretisterona 200 mg cada dos meses, son anticonceptivos pro gestacionales inyectables que se han utilizado con eficacia en todo el mundo durante años. (figura 4).

La DMPA se inyecta en el musculo deltoides o el glúteo mayor, sin masaje, para asegurar que el fármaco se libere lentamente. De manera alternativa se dispone de una versión subcutánea, la cual se inyecta en el tejido subcutáneo de la cara anterior del muslo o el abdomen cada tres meses. Esta preparación subcutánea contiene 104 mg de DMPA que se absorbe más lentamente que la presentación intramuscular así incluso con 33% menos fármaco activo por dosis, mantiene concentraciones séricas suficientes para suprimir la ovulación durante tres meses.³⁰

Mecanismo de acción: son múltiples e incluyen la inhibición de la ovulación, aumento de la viscosidad del moco cervicouterino y creación de un endometrio desfavorable para la implantación del ovocito. La inyección inicial debería aplicarse en los primeros cinco días de la menstruación las concentraciones séricas terapéuticas de MPA son suficientes para ejercer un efecto anticonceptivo constante se observan en 24 horas por lo que no se requiere un método anticonceptivo de respaldo si se inicia en los cinco primeros días de la menstruación.

Beneficios: ofrecen la conveniencia de un esquema de dosificación trimestral. Su eficacia anticonceptiva es similar o mejor a la de los anticonceptivos orales y tampoco afectan la lactancia, asimismo es menos probable que exista anemia ferro priva en quienes los usan durante mucho tiempo debido a la amenorrea, la cual aparece después de 5 años en 80% de las mujeres.

Desventajas: la desventaja principal de los progestágenos de liberación lenta es la hemorragia menstrual irregular y la anovulación prolongada una vez que son suspendidos, con lo que se retrasa la fertilidad. En general se atribuye un aumento de peso a largo plazo y disminución de la densidad mineral ósea.

³⁰ WILLIAMS, obstetricia, 23 ed. Pág. 682.

e. **IMPLANTES DE PROGESTAGENOS.**

Se encuentran de dos tipos:

Implantes de levonorgestrel: es un sistema de seis bastoncillos de silástico que se implantan por vía subdérmica. No obstante su eficacia, seguridad y satisfacción de la paciente con este excelente anticonceptivo, su utilización se redujo de manera importante. (figura 5).

Implante de etonogestrel: aprobado por FDA en el 2006,³¹ se cuenta con un sistema conformado por un implante subdérmica de un solo cilindro con 68 mg de progestágeno y una cubierta de copolímero de acetato de etilvinílico, se coloca en la cara medial del brazo a 6 a 8 cm de distancia en relación con el codo en el surco del bíceps, en los primeros cinco días de la menstruación. Se puede utilizar con anticoncepción durante tres años y después sustituirse en el mismo sitio o en el brazo contralateral.

Su mecanismo de acción, es suprimiendo la ovulación, como acción anticonceptiva principal, si bien se agregan a su eficacia el engrosamiento del moco cervicouterino y la atrofia del endometrio. El retorno de la ovulación luego del retiro del implante es rápido. Se trata de un método altamente eficaz. No produce aumento de peso, no afecta la densidad ósea.

f. **DISPOSITIVO INTRAUTERINO.**

Se menciona que es el anticonceptivo reversible más utilizado en todo el mundo.³²

Tipos

Los DUI que son inertes desde el punto de vista químico, constan de un material no absorbible, casi siempre polietileno, y están impregnados con

³¹ WILLIAMS obstetrician, 23 ed. Pagina 683.

³² NOVAK ginecología, 15 ed. Pág. 234.

sulfato de bario para ser radiopacos. Aquellos con actividad química tienen una liberación continua de cobre o algún progestágeno.

Hay un segundo dispositivo el DIU T 380^a se trata de polietileno y sulfato de bario que forman un marco en forma de T rodeado de cobre, de manera específica, el tallo está aún vuelto con 314 mm de alambre de cobre y cada rama tiene brazaletes de cobre de 33 mm lo que suma un total de 380 mm de cobre.

El DIU constituye métodos anticonceptivos reversibles eficaces, que no tienen que sustituirse durante 5 a 10 años según la marca comercial utilizada, en la actualidad ya se sabe que las acciones principales de ellos DIU son de tipo anticonceptivo, no abortivo.

Eficacia: son anticonceptivos eficaces y su capacidad para evitar el embarazo es similar en forma global a la de la esterilización tubaría, tiene una tasa de fracasos de usuaria típica de 0.1% después de un año de uso y una tasa acumulativa de embarazo < 0.5% a los cinco años.³³

Acción anticonceptiva: no se han definido de manera precisa estos mecanismos y son motivo de controversia constante en alguna ocasión se creó que la interferencia con la implantación exitosa del ovocito fecundado era su principal fuente de acción, pero hoy se considera menos importante que su prevención de fecundación. Dentro del útero se produce una intensa reacción inflamatoria endometrial por los productos que tienen cobre, se expresan componentes celulares hormonales de esta inflamación en el tejido endometrial y en el líquido que llena la cavidad uterina y la salpinge, lo cual lleva a una menor viabilidad de los espermatozoides y los ovocitos. En el poco probable caso de que ocurra la fecundación las mismas acciones inflamatorias se dirigen contra el blastocito y el endometrio se transforma en

³³ WILLIAMS, obstetrician 23 ed. Pagina 685.

un sitio hostil para la implantación, el cobre además disminuye la movilidad y la viabilidad espermática.

Útiles en muchas mujeres con contraindicación para anticonceptivos orales, son ampliamente reversibles de anticoncepción, no altera la fecundidad no hay mayor riesgo de neoplasias del aparato genital o las glándulas mamarias y ambos DIU se vinculan con menor riesgo de cáncer endometrial.

Efectos adversos: entre ellos podemos mencionar: hemorragia uterina anómala, dismenorrea, expulsión que es más frecuente durante el primer mes, en el curso de este mes se aconseja utilizar algún método de barrera, sobre todo si ya se han expulsado DIU antes, y perforación uterina que puede ocurrir durante la inserción del DIU. Que suelen aparecer son el uso prolongado y la mayor edad de la usuaria. Otro de importante mención es la infección la cual aumenta en su riesgo solo durante los primeros 20 días que sigue a su inserción, la profilaxis con antimicrobianos confiere poco beneficio y no se recomienda para la inserción, este riesgo no aumenta con el uso a largo plazo. (figura 6).

Contraindicaciones: embarazo o sospecha de embarazo, anomalías del útero que originan distorsión de la cavidad uterina, enfermedad inflamatoria pelviana aguda, endometritis posparto o aborto infectado en los últimos 3 meses, cáncer uterino o cervical conocido o sospechoso, hemorragia genital de causa desconocida, cervicitis o vaginitis aguda sin tratamiento, promiscuidad en la pareja, situaciones que aumentan la predisposición a padecer infecciones como leucemia, SIDA y farmacodependencia, actinomicosis genital, presencia de un DIU que no se ha extraído. Además es de mencionar enfermedad de Wilson y alergia o hipersensibilidad al cobre.

g. METODOS DE BARRERA.

Preservativo masculino:

Es un anticonceptivo bastante eficaz y su tasa de falla en pareja motivadas es de 3 a 4 por 100 parejas al año; o contacto, por lo general y en especial durante los primeros años esta tasa es mucho mayor.³⁴ (figura 7).

Se aconseja seguir los siguientes pasos:

1. Se debe utilizar en cada coito.
2. Indispensable colocarlo antes que el pene tenga contacto con la vagina.
3. Se debe retirar mientras el pene todavía se encuentra erecto.
4. Se sostiene la base del preservativo mientras se retira.
5. Se debe utilizar espermicida intravaginal o un preservativo lubricado con espermicida.

Si se utiliza de forma apropiada previene además de una gran variedad de infecciones de transmisión sexual entre las que podemos mencionar: VIH, gonorrea, sífilis, herpes, clamidiasis y tricomoniasis hay menor riesgo de vaginitis bacteriana, previene y reduce los cambios cervicales premaligno al bloquear la transmisión del Virus del Papiloma Humano.

Preservativo femenino:

El único preservativo femenino existente en el comercio es una cubierta de poliuretano con un anillo flexible, el anillo abierto permanece fuera de la vagina y el cerrado se ajusta bajo la sínfisis como si fuera un diagrama.

³⁴ WILLIAMS obstetrician, 23 ed. Pagina 687.

No debe utilizarse junto con el masculino ya que su inserción simultánea puede causar fricción y llevar a su desplazamiento desgarrando y desalojando. Después de su uso debe rotarse el anillo externo del preservativo femenino para sellarlo y asegura que no se escape el semen, constituye un producto aceptable para el 60% de mujeres y el 80% de hombres, sin embargo la tasa de embarazos es mayor que con el preservativo masculino, protege contra el virus del VIH, citomegalovirus y virus de la Hepatitis B.³⁵ (figura 8).

Espermicidas:

La presentación de estos anticonceptivos es muy variada y consta de jales, supositorios, películas y espuma en aerosol. Son útiles más que todo cuando se necesita protección temporal, por ejemplo, durante la primera semana después de haber comenzado con anticonceptivos orales o durante la lactancia, la mayoría se adquiere sin receta médica, funciona como barreras físicas a la penetración de espermatozoide si por su acción espermicida química, se deben depositar en el fondo de la vagina en contacto con el cuello uterino previo al coito, su eficacia máxima dura menos de 1 hora, en caso de repetir el coito, se debe introducir una nueva dosis, es importante evitar duchas vaginales por los menos durante 6 horas después del coito.

Diafragma más espermicida:

El diafragma es una cúpula circular de látex de diámetro variable reforzada con un resorte de metal circunferencial cubierto de látex, es efectivo al combinarse con una jale o crema espermicida. Es espermicida se aplica en el domo siguiendo su borde, a continuación el diafragma se coloca en la vagina de manera que su concavidad oriente hacia el cuello uterino los fondos de saco vaginales y la pared vaginal anterior del resto de la vagina y el pene, de esta manera el espermicida situado en el centro se apoya con el cuello uterino. Si se coloca correctamente, un borde se aloja en la

³⁵ WILLIAMS obstetrician, 23 ed. Pág. 687.

profundizada del saco vaginal posterior y el otro por atrás de la superficie interna de la sínfisis en inmediatamente debajo de la uretra. (figura 9).

Se puede colocar varias horas antes del coito pero si transcurren más de 6 horas se debe colocar de nuevo espermicida. Y no debe extraerse al menos 6 horas posteriores al coito.

Esponja anticonceptiva:

Se retiró del mercado en 1995, volvió de nuevo en el año 2005³⁶ es un disco de poliuretano impregnado con nonoxinol – 9 tiene 2...5 mm de espesor y 5.5 mm de ancho. La esponja se humedece con agua corriente y se comprime ligeramente para crear ligera espuma, a continuación se coloca con suavidad directamente sobre el cuello, la esponja se puede insertar hasta 24 horas antes del coito y mientras está colocada provee anticoncepción independientemente de la frecuencia coital, debe mantenerse en su sitio post al coito por aproximadamente 6 horas. (figura 10).

h. METODOS BASADOS EN LA DETECCION DE LA FECUNDIDAD.

Esta modalidad de anticoncepción incluye todos los procedimientos de planificación familiar con los que se intenta identificar el periodo de fecundidad en cada ciclo y después modificar la conducta sexual. Cuando los métodos basados en la fecundidad implican abstinencia sexual durante el periodo de fecundidad, la técnica se denomina planificación familiar natural, cuando se involucra el uso ocasional de un método de barrera durante el periodo de fecundidad, se les denomina métodos combinados de detección de la fecundidad. En virtud de que el ovulo humano puede ser susceptible a la fecundación, únicamente durante 12 a 24 horas después de la ovulación, la abstinencia periódica resulta atractiva como método de control de la natalidad.

³⁶ NOVAK, ginecología, 15 ed. Pagina 243

Método de los días estándar: este método fue perfeccionado por *Institute for Reproductive Health, Georgetown University*, sus usuarias evitan el coito sin protección durante los días 8^a | 19 del ciclo en ciclos regulares de 28 a 32 días.³⁷

Método del ritmo según calendario: este método requiere contar el número de días en el ciclo menstrual más corto y el más largo durante un periodo de 6 a 12 meses. A partir del ciclo más corto, se restan 18 días para calcular el primer día de fecundidad, del ciclo más largo se restan 11 días para identificar el último día de fecundidad. Esto es problemático porque la ovulación es casi siempre en unos 14 días antes del comienzo del siguiente periodo menstrual. Puesto que no sucede necesariamente 14 días después de iniciado el último periodo menstrual el método del ritmo según calendario es poco confiable.

Método del ritmo según la temperatura: ese método se basa en la presencia de cambios leves en la temperatura, un incremento sostenido de 17.5 grados centígrados en la temperatura basal justo antes de la ovulación, tiene mayor probabilidad de éxito si se evita el coito durante cada ciclo menstrual hasta que pasa por completo la elevación de la temperatura por la ovulación. Para que este método sea más efectivo, la mujer debe abstenerse de tener relaciones sexuales desde el primer día de la menstruación hasta el tercer día después que se incremente su temperatura.

Método del ritmo según el moco cervical: (Billings), se basa en la resequeidad y la humedad vaginal, las cuales son consecuencias de los cambios que sufre la cantidad y calidad del moco cervical en los diversos periodos del ciclo menstrual. Es necesario que haya abstinencia desde que comienza la menstruación hasta cuatro días después de identificar el moco

³⁷ WILLIAMS obstetrician, 23 ed. Pag.692

fil ante aunque este método no es muy popular, si se utiliza con precisión la tasa de falla en el primer año es de aproximadamente 3%.³⁸

i. ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA.

Mujas mujeres solicitan un método anticonceptivo después de haber tenido una relación sexual deuda sin protección y en algunos casos, luego de haber sido víctima de una agresión sexual. En estos casos se cuenta con:

Combinaciones de estrógeno progestágeno método de Yuzpe, se administra un mínimo de 100 ug de etinilestradiol y 0.5 mg de levonorgestrel, la primera dosis debe de ingerirse en las primeras 72 horas siguientes, pero puede darse hasta 120 horas después.

j. LACTANCIA.

Es muy poco probable que la madre lactante ovule durante las primeras 10 semana después del parto. Sin embargo este método no es confiable como técnica de planificación familiar en las mujeres cuyos hijos se alimentan únicamente a base de lecha materna, el periodo de espera de la primera menstruación conlleva cierto riesgo de embarazo puesto que la ovulación casi siempre antecede a la menstruación.

2. METODOS PERMANENTES.

a. ESTERILIZACION FEMENINA.

Se ha convertido en una opción de uso generalizado de anticoncepción para millones de varones y mujeres no todo el mundo. Indicado en quienes lo solicitan y que claramente comprende su carácter permanente, y la dificultad y falta de buenos resultados frecuentes de la reversión.

La esterilización puede fallar por dos razones principales entre los cuales podemos mencionar, errores quirúrgicos que comprenden el corte del

³⁸ WILLIAMS obstetrician, 23 ed. Pág. 692

ligamento redondo o sus una sección parcial del oviducto. Otra puede ser la formación de una fistula como falla del método obliterante, la mujer este embarazada antes de la intervención quirúrgica.

Tipos:

- ✓ Esterilización tubaría puerperal: en la cual se puede tener acceso a las salpinges a nivel del ombligo, directamente por debajo de la pared abdominal.
- ✓ Esterilización tubaría no puerperal: entre ellas el método de Parkland, el método de Pomeroy, colocación de banda de silástico, esterilización transcervical, entre los que tenemos los dispositivos intratubarios como el microimplante y los métodos químicos intratubarios como el silicón líquido.

Entre las complicaciones a largo plazo se mencionan que pueden presentarse aproximadamente y más frecuentemente cerca de los 15 años posteriores a la cirugía: embarazo ectópico que es la más mencionada.

ESTERILIZACION MASCULINA.

Esta intervención quirúrgica se realiza a través del escroto o de manera alternativa mediante una punción en el mismo, para interrumpir la luz de los vasos deferentes y así bloquear el paso de los espermatozoides desde los testículos, es más segura que la esterilización tubaría, debido a que es menos cruenta y se lleva a cabo con anestesia local,

Una desventaja es que la infecundidad tras la vasectomía no es inmediata, la expulsión total del espermatozoide almacenado en el aparato reproductor más allá de los vasos deferentes seccionados tarda unos tres meses o 20 eyaculaciones.

La tasa de falla por la vasectomía durante el primer año es de 9.4 por 1000 procedimientos pero solo de 11.4 por 1000 a los dos o tres y cinco años.³⁹

La razón de falla puede ser el coito sin protección demasiado pronto después de la vasectomía, la oclusión incompleta de los vasos deferentes o la recanalización.

³⁹ WILLIAMS obstetrician, 23 ed. Pág. 702.

3.1 HIPÓTESIS.

- ❖ Si existe mayor conocimiento sobre los métodos de planificación familiar será mayor la utilización de estos.

- ❖ Dentro de los factores determinantes en la utilización de métodos de planificación familiar el más influyente es el cultural.

- ❖ Si existe un mayor nivel educativo en la mujer de edad fértil entonces habrá mayor utilización de métodos de planificación familiar.

- ❖ Si existe mayor promoción de los métodos de planificación familiar habrá mayor utilización de estos.

- ❖ Si existe mayor ingreso económico entonces existirá mayor utilización de métodos de planificación familiar.

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

4.2. Tipo de Estudio.

Estudio descriptivo el cual está dirigido a determinar cómo es, como está la situación de las variables o estudios en una población, la ausencia o presencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno, en quienes, donde y cuando se están presentando.

Además se refiere a este como un estudio analítico donde se analizaran variables medidas por medio de instrumentos aplicadas en la población elegida en son de afirmación o negación de hipótesis previamente planteadas.

4.3 Determinación del universo

Constituido por 2010 mujeres en edad fértil, pertenecientes a UCSF-B las palmeras, Tacuba en el periodo de Abril a Agosto de 2016.

4.4 Determinación de la muestra.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P (1-P)}{(N-1)(LE)^2 + Z^2 \cdot P (1-P)}$$
$$n = \frac{(2010) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(2009)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

n= 1930.4

5.98

n= 323

Muestra= 323 mujeres en edad fértil

4.5 Área de estudio.

Departamento de Ahuachapán, municipio de Tacuba, pertenecientes al área geográfica de responsabilidad de UCSF-B Las Palmeras en el periodo de abril a agosto de 2016.

4.6 Grupo seleccionado

Como estrategia de selección se realizó un muestreo no probabilístico del grupo de participantes en el estudio, que cumplan con los siguientes criterios:

- Criterios de Inclusión
- Criterios de exclusión

4.7 Criterios de inclusión

- Mujeres en edad fértil pertenecientes al área geográfica de responsabilidad UCSF-B Las palmeras en el periodo de abril a agosto de 2016.
- Mujeres en edad fértil que hayan iniciado su vida sexual, pertenecientes al área geográfica de responsabilidad UCSF-B Las palmeras en el periodo de abril a agosto de 2016.

- Mujeres en edad fértil que acudan a solicitar servicios en UCSFB Las palmeras aunque no sean del área de responsabilidad

4.8 Criterios de exclusión:

- Mujeres en edad fértil que no hayan iniciado su vida sexual pertenecientes al área geográfica de responsabilidad UCSF-B las Palmeras en el periodo de abril a agosto de 2016.
- Mujeres que no se encuentren en el periodo de edad fértil pertenecientes al área geográfica de responsabilidad UCSFB Las Palmeras.
- Mujeres que no consulten en UCSF- B Las Palmeras municipio de Tacuba en el periodo de abril a agosto de 2016.

4.9 Instrumentos de recolección de datos.

Se realizó una encuesta con el objetivo de obtener información la cual fundamentó la investigación, consta de 26 preguntas cerradas y de opción múltiple hacia las mujeres en edad fértil.

Además como se investigó la importancia de la promoción de métodos se incluyó una encuesta al personal de salud que consta de 12 preguntas cerradas, opción múltiple y abiertas.

5.1 Procedimiento.

Para la presente investigación, se realizó una reunión con la dirección del establecimiento explicando el desarrollo del proceso de la investigación, para su respectiva autorización, haciendo referencia a que este servirá para mejorar las acciones en salud.

Luego de la autorización por parte de la dirección del establecimiento, se procedió a la recolección de los datos, como estrategia aplicamos el instrumento los días de consulta que son lunes, martes y viernes para poder captar a la mujer en edad fértil, en promedio consultan de 35 a 40 mujeres en edad fértil al día en el establecimiento de salud, siendo posible encuestar a la muestra en un promedio de 9 a 10 días, parte de la muestra que no fue posible captar en el establecimiento, fueron visitadas en sus respectivos domicilios.

Una vez que se hayan recolectados los datos se inició el procesamiento y tabulación de los mismos con representación en graficas de barras utilizando la aplicación estadística IBM SPSS estadísticas, utilizaremos el estadístico chi cuadrado con la siguiente formula:

$$x^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Y además se utilizó el valor p (significación de chi-cuadrado) para comprobar si el resultado es significativo o no:

- Si $p < 0.05$ el resultado es significativo, es decir que se rechaza la hipótesis nula de independencia y por lo tanto ambas variables son dependientes.
- Si $p > 0.05$ el resultado no es significativo, es decir que se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto ambas variables son independientes.

5.2 Control de Información.

- Se utilizó un adecuado instrumento.
- Validación del instrumento por profesionales en salud.
- Instrumento correlacionado con objetivos específicos.
- Selección adecuada de las personas entrevistadas.

ANÁLISIS DE DATOS

Determinar el conocimiento y la preferencia de las mujeres en edad fértil en cuanto a los métodos de planificación temporal y permanente

Hipótesis 1: Si existe mayor conocimiento sobre métodos de planificación familiar será mayor la utilización de estos.

Tabla de contingencia utiliza método de PF * que método de PF conoce

Recuento

	que método de PF conoce										Total
	pastilla	inyección	condones masculinos	condón femenino	DIU	Pastilla inyección	pastilla_inyeccion_condones masculinos	pastilla_inyeccion_condones_DIU_natural_esterilizacion	pastilla_inyeccion_condones_natural_DIU_parche_esterilizacion		
utiliza método de PF	si	18	22	41	21	0	30	26	17	10	185
	no	25	15	7	18	1	35	18	11	8	138
Total		43	37	48	39	1	65	44	28	18	323

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24.811 ^a	8	.002
Razón de verosimilitudes	27.259	8	.001
Asociación lineal por lineal	.339	1	.560
N de casos válidos	323		

a. 2 casillas (11.1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .43.

Calculo de chi cuadrado:

$$A = n_1 * n_3 - N \quad E = n_1 * n_7 - N \quad I = n_1 * n_{11} - N \quad M = n_2 * n_6 - N \quad Q = n_2 * n_{10} - N$$

$$B = n_1 * n_4 - N \quad F = n_1 * n_8 - N \quad J = n_2 * n_3 - N \quad N = n_2 * n_7 - N$$

$$R = n_2 * n_{11} - N$$

$$C = n_1 * n_5 - N \quad G = n_1 * n_9 - N \quad K = n_2 * n_4 - N \quad O = n_2 * n_8 - N$$

$$D = n_1 * n_6 - N \quad H = n_1 * n_{10} - N \quad L = n_2 * n_5 - N \quad P = n_2 * n_9 - N$$

$$A = (185*43)/323 = 24.62 \quad E = (185*1)/323 = 0.5 \quad I = (185*18)/323 = 10.30$$

$$M = (138*39)/323 = 16.66$$

$$B = (185*37)/323 = 21.19 \quad F = (185*65)/323 = 33.22 \quad J = (138*43)/323 = 18.37$$

$$N = (138*1)/323 = 0.42$$

$$C = (185*48)/323 = 27.49 \quad G = (185*44)/323 = 25.20 \quad K = (138*37)/323 = 15.80$$

$$O = (138*65)/323 = 27.77$$

$$D = (185*39)/323 = 22.33 \quad H = (185*28)/323 = 16.03 \quad L = (138*48)/323 = 20.50$$

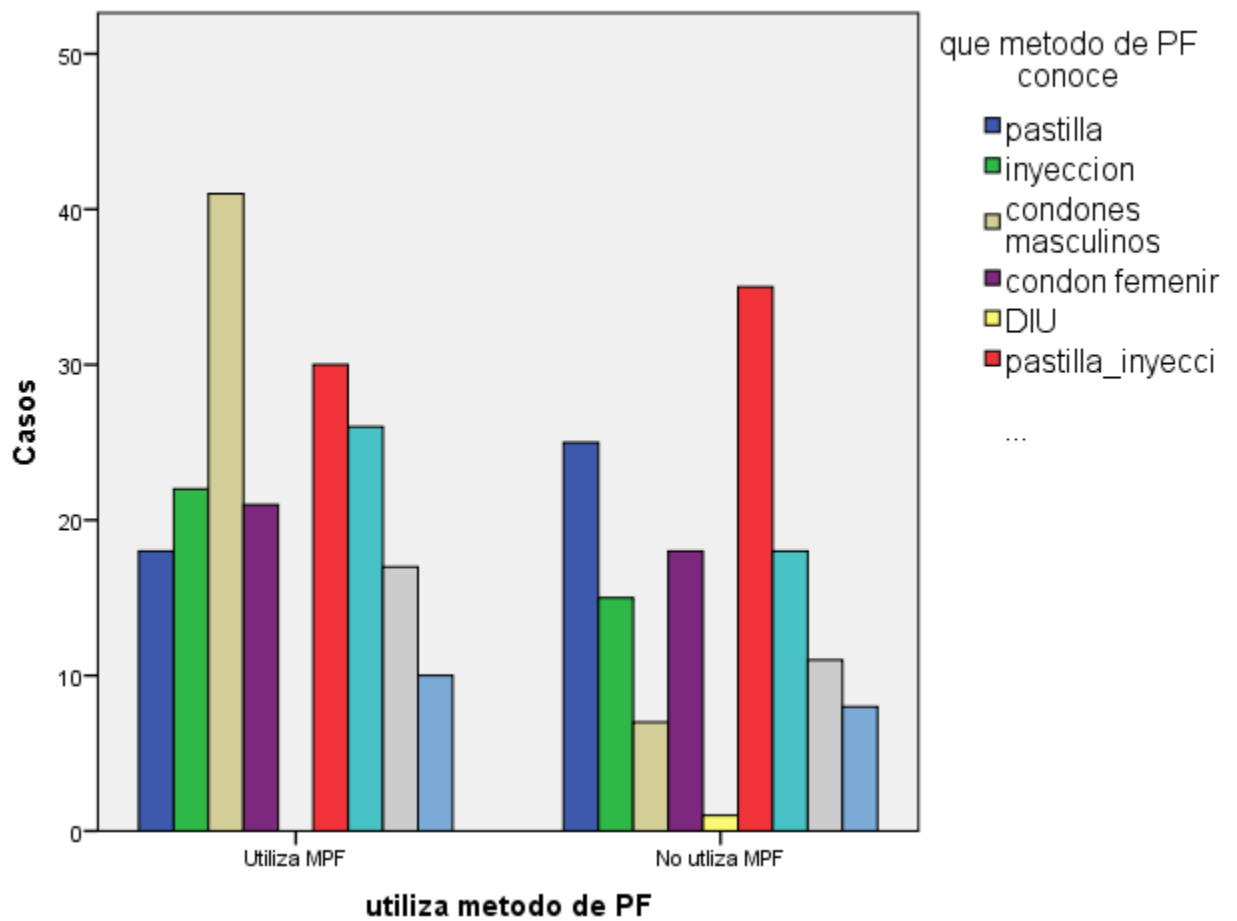
$$P = (138*44)/323 = 18.79$$

$$Q = (138*28)/323 = 11.96 \quad R = (138*18)/323 = 7.69$$

Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² / Fe
18	24.62	-6.62	43.82	1.77
22	21.19	0.81	0.65	0.03
41	27.49	13.51	182.52	6.63
21	22.33	-1.33	1.76	0.07
0	0.50	-0.50	0.25	0.50
30	37.22	-7.22	52.12	1.40
26	25.20	0.80	0.64	0.02
17	16.03	0.97	0.94	0.05
10	10.30	-0.30	0.09	0.008
25	18.37	6.63	43.95	2.39
15	15.80	-0.80	0.64	0.04
7	20.50	-13.50	182.25	8.89
18	16.66	1.34	1.79	0.10
1	0.42	0.58	0.33	0.70
35	27.77	7.23	52.27	1.88
18	18.79	0.79	0.62	0.03
11	11.96	0.96	0.92	0.07
8	7.69	0.31	0.09	0.01
				Total= 24.58

Grado de libertad= (filas-1) (columnas-1)

$$= (2-1) (9-1)= 8$$



Ho: si existe mayor conocimiento sobre métodos de planificación familiar no será mayor la utilización de estos.

Ha: si existe mayor conocimiento sobre métodos de planificación familiar será mayor la utilización de estos.

Según el P valor el cual es <0.05 observado con la prueba de chi cuadrado se anuló la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa.

Determinar la influencia de promoción de la salud en la utilización de métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil.

Hipótesis 2: Si existe mayor promoción de métodos de planificación familiar habrá mayor utilización de estos.

Tabla de contingencia utiliza método de PF * Ha recibido charlas acerca de planificación familiar

Recuento

	Ha recibido charlas acerca de planificación familiar		Total
	Si	no	
utiliza método de PF si	175	10	185
no	137	1	138
Total	312	11	323

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.264 ^a	1	.022		
Corrección por continuidad	3.938	1	.047		
Razón de verosimilitudes	6.324	1	.012		
Estadístico exacto de Fisher				.027	.018
Asociación lineal por lineal	5.248	1	.022		
N de casos válidos	323				

a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.70.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Calculo de chi cuadrado:

$$A = n_1 * n_3 - N$$

$$B = n_1 * n_4 - N$$

$$C = n_2 * n_3 - N$$

$$D = n_2 * n_4 - N$$

$$A = (185 * 312) / 323 = 178.69$$

$$B = (185 * 11) / 323 = 6.30$$

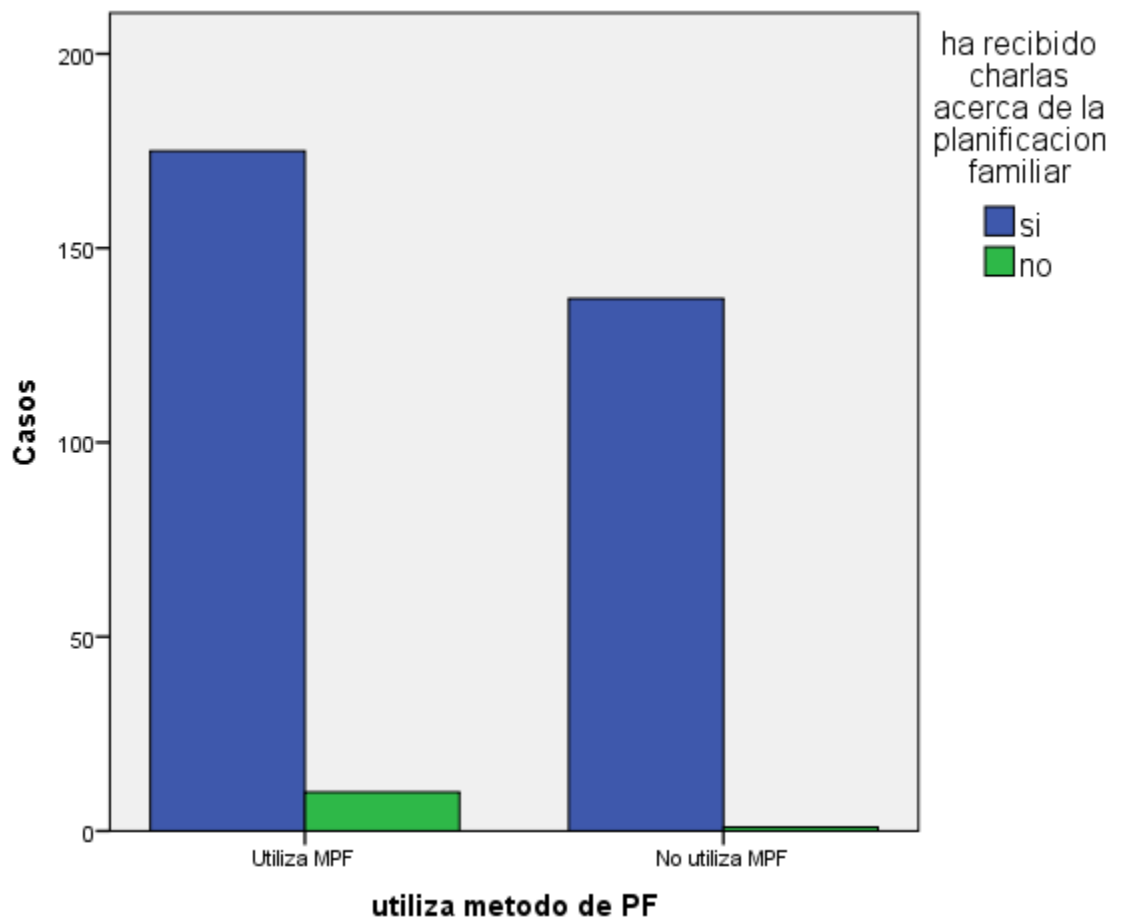
$$C = (138 * 312) / 323 = 133.30$$

$$D = (138 * 11) / 323 = 4.69$$

Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² / Fe
175	178.69	-3.69	13.61	0.07
10	6.30	3.70	13.69	2.17
137	133.30	3.70	13.69	0.10
1	4.69	-3.69	13.61	2.90
				Total= 5.24

Grado de libertad= (filas-1) (columnas-1)

$$= (2-1) (2-1) = 1$$



Ho: si existe mayor promoción de métodos de planificación familiar no habrá mayor utilización de estos.

Ha: si existe mayor promoción de métodos de planificación familiar habrá mayor utilización de estos.

Según el P valor el cual es <0.05 observado con la prueba de chi cuadrado se anuló la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa.

Identificar la incidencia de factores culturales, sociales y económicos para la utilización de métodos de planificación familiar.

Hipótesis 3: Dentro de los factores determinantes en la utilización de métodos de planificación familiar el más influyente es el cultural.

Tabla de contingencia utiliza método de PF * porque no utiliza métodos PF

Recuento

	porque no utiliza métodos PF								Total
	porque son abortivos	porque engordan	por lo que dice la gente	porque mi esposo no quiere	por mi religión	porque no tengo pareja	porque quiero tener más hijos	porque estoy embarazada	
utiliza método no de PF	8	14	18	34	19	16	15	14	138
Total	8	14	18	34	19	16	15	14	138

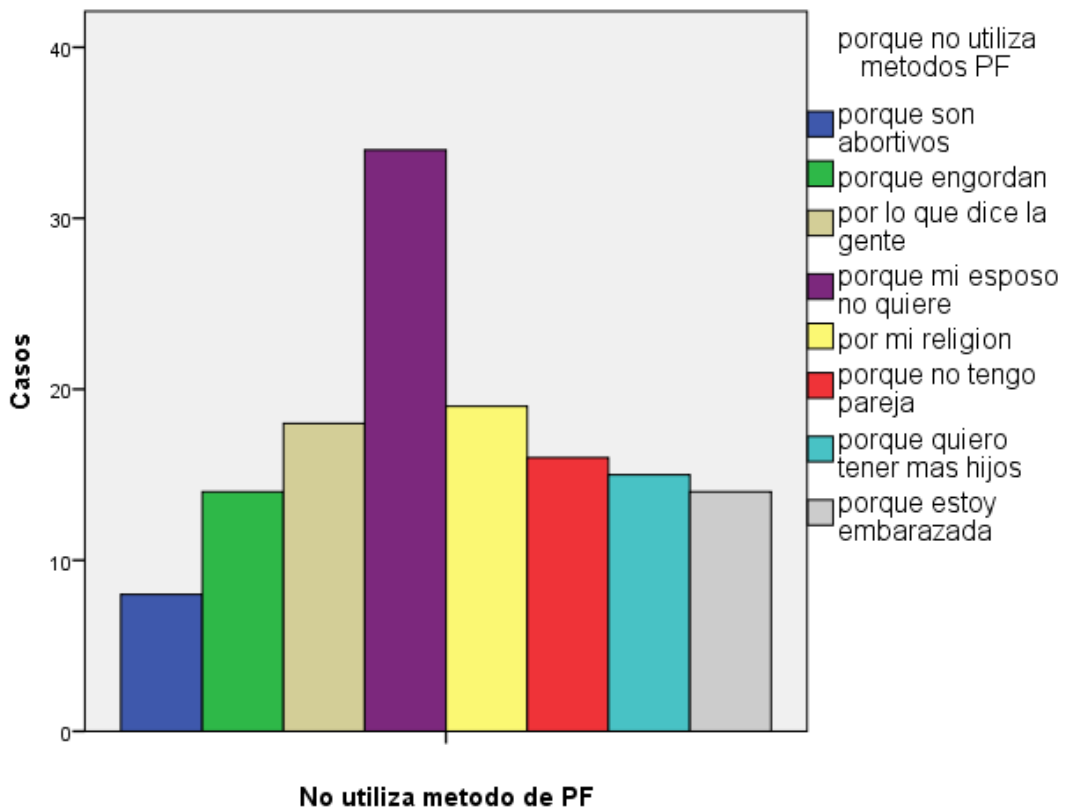


Tabla de contingencia utiliza método de PF * se siente apoyada por su pareja

Recuento

		se siente apoyada por su pareja		Total
		Si	no	
utiliza método de PF	si	114	70	184
	no	74	26	100
Total		188	96	284

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.200 ^a	1	.040		
Corrección por continuidad	3.679	1	.055		
Razón de verosimilitudes	4.295	1	.038		
Estadístico exacto de Fisher				.049	.027
Asociación lineal por lineal	4.185	1	.041		
N de casos válidos	284				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 33.80.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Calculo de chi cuadrado:

$$A = n1 * n3 - N$$

$$B = n1 * n4 - N$$

$$C = n2 * n3 - N$$

$$D = n2 * n4 - N$$

$$A = (184 * 188) / 284 = 121.80$$

$$B = (184 * 96) / 284 = 62.19$$

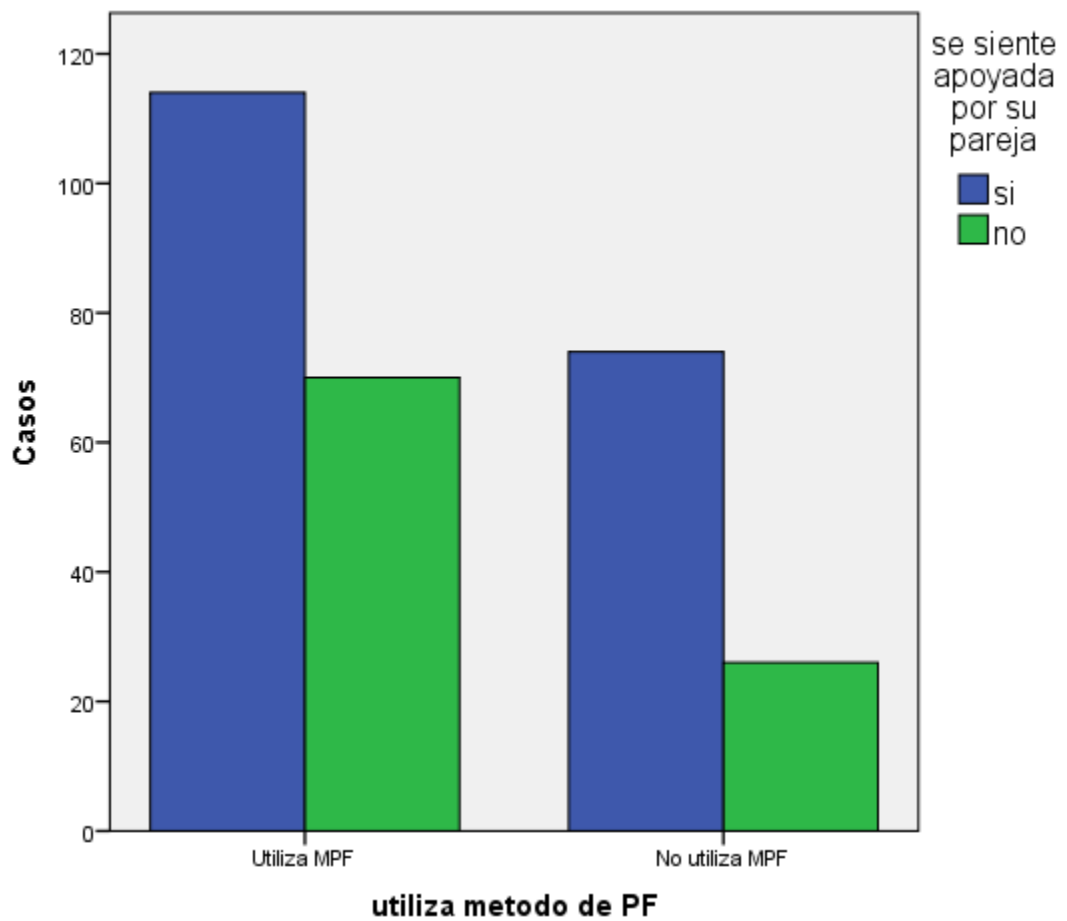
$$C = (100 * 188) / 284 = 66.19$$

$$D = (100 * 96) / 284 = 33.80$$

Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² / Fe
114	121.8	-7.80	60.80	0.40
70	62.19	7.81	60.80	0.97
74	66.19	7.81	60.80	0.91
26	33.80	-7.80	60.80	1.79
				Total= 4.07

Grado de libertad= (filas-1) (columnas-1)

$$= (2-1) (2-1) = 1$$



Ho: Dentro de los factores determinantes en la utilización de métodos de planificación familiar el menos influyente es el cultural.

Ha: Dentro de los factores determinantes en la utilización de métodos de planificación familiar el más influyente es el cultural.

Según el P valor el cual es <0.05 observado con la prueba de chi cuadrado se anuló la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa.

Hipótesis 4: si existe mayor ingreso económico entonces existirá mayor utilización de métodos de planificación familiar.

Tabla de contingencia utiliza método de PF * nivel de ingresos

Recuento

	nivel de ingresos			Total
	menos de \$100	\$100 a \$200	mayor de \$200	
si	125	41	19	185
no	67	50	21	138
Total	192	91	40	323

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.924 ^a	2	.003
Razón de verosimilitudes	11.926	2	.003
Asociación lineal por lineal	9.108	1	.003
N de casos válidos	323		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17.09.

Calculo de chi cuadrado:

$$A = n1 * n3 - N$$

$$E = n2 * n4 - N$$

$$B = n1 * n4 - N$$

$$F = n2 * n5 - N$$

$$C = n1 * n5 - N$$

$$D = n2 * n3 - N$$

$$A = (185 * 192) / 323 = 109.96$$

$$E = (138 * 91) / 323 = 38.87$$

$$B = (185 * 91) / 323 = 52.12$$

$$F = (138 * 40) / 323 = 16.59$$

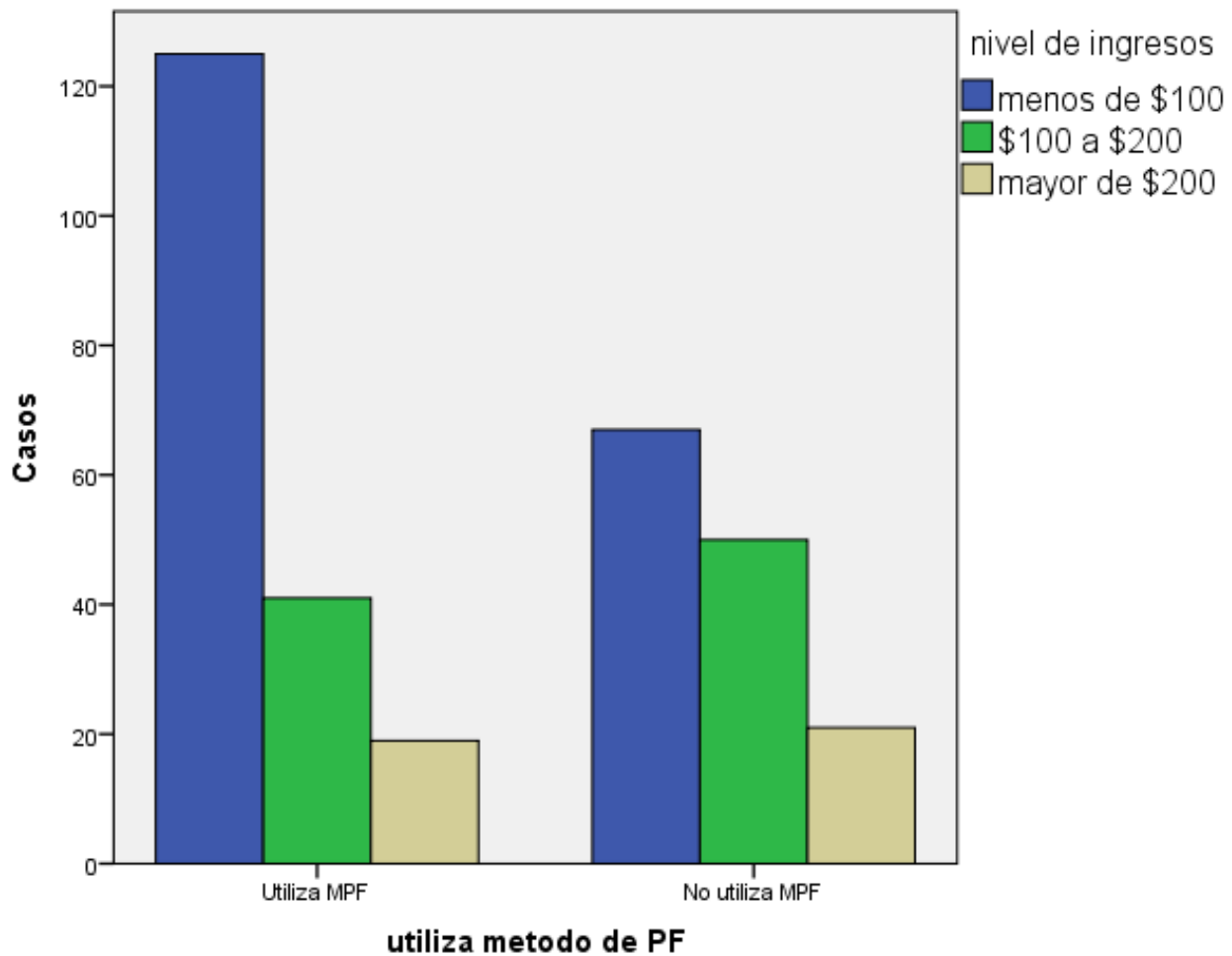
$$C = (185 * 40) / 323 = 22.91$$

$$D = (138 * 193) / 323 = 82.03$$

Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² / Fe
125	109.96	15.04	226.20	2.05
41	52.12	-11.12	123.65	1.12
19	22.91	-3.91	15.28	0.66
67	82.03	-15.03	225.90	2.75
50	38.87	11.13	123.87	3.18
21	16.59	4.41	19.44	1.17
				Total= 10.93

Grado de libertad= (filas-1) (columnas-1)

$$= (2-1) (3-1) = 2$$



Ho: si existe mayor ingreso económico entonces existirá menor utilización de métodos de planificación familiar.

Ha: si existe mayor ingreso económico entonces existirá mayor utilización de métodos de planificación familiar.

Según el P valor el cual es <0.05 observado con la prueba de chi cuadrado se anuló la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa.

Hipótesis 5: si existe mayor nivel educativo entonces habrá mayor utilización de métodos de planificación familiar.

Tabla de contingencia utiliza método de PF * nivel de estudio

Recuento

		nivel de estudio				Total
		ninguno	1°-6° grado	7°-9° grado	bachiller	
utiliza método de PF	si	52	50	55	28	185
	no	34	32	49	23	138
Total		86	82	104	51	323

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.753 ^a	3	.625
Razón de verosimilitudes	1.753	3	.625
Asociación lineal por lineal	1.104	1	.293
N de casos válidos	323		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21.79.

Calculo de chi cuadrado:

$$A = n_1 * n_3 - N$$

$$E = n_2 * n_3 - N$$

$$B = n_1 * n_4 - N$$

$$F = n_2 * n_4 - N$$

$$C = n_1 * n_5 - N$$

$$G = n_2 * n_5 - N$$

$$D = n_1 * n_6 - N$$

$$H = n_2 * n_6 - N$$

$$A = (185 * 86) / 323 = 49.25$$

$$E = (138 * 86) / 323 = 36.74$$

$$B = (185 * 82) / 323 = 46.96$$

$$F = (138 * 82) / 323 = 35.03$$

$$C = (185 * 104) / 323 = 59.56$$

$$G = (138 * 104) / 323 = 44.43$$

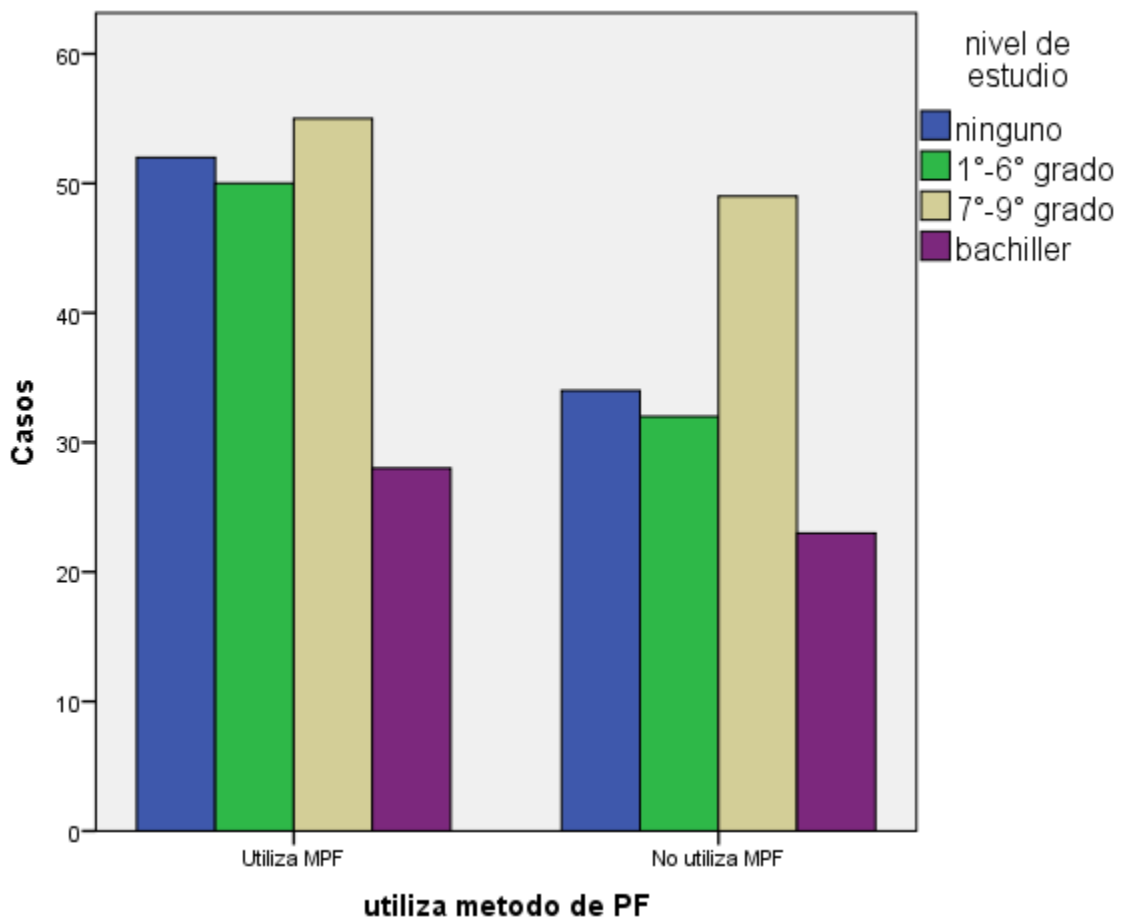
$$D = (185 * 51) / 323 = 29.21$$

$$H = (138 * 51) / 323 = 21.78$$

Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² / Fe
52	49.25	2.75	7.56	0.15
50	46.96	3.04	9.24	0.19
55	59.56	-4.56	20.79	0.34
28	29.21	-1.21	1.46	0.05
34	36.74	-2.74	7.50	0.20
32	35.03	-3.03	9.18	0.26
49	44.43	4.57	20.88	0.47
23	21.78	1.22	1.48	0.06
				Total= 1.72

Grado de libertad= (filas-1) (columnas-1)

$$= (2-1) (4-1) = 3$$



Ho: si existe mayor nivel educativo entonces habrá menor utilización de métodos de planificación familiar

Ha: si existe mayor nivel educativo entonces habrá mayor utilización de métodos de planificación familiar

Según el P valor el cual es >0.05 observado con la prueba de chi cuadrado se aceptó la hipótesis nula y se anuló la hipótesis alternativa.

6.6 ANÁLISIS

Las primeras variables que se analizaron fueron el conocimiento con la utilización de métodos de planificación familiar, se obtuvo que 323 de los casos conocen al menos un método de planificación familiar, de los cuales se observa que un 57.2% utilizan métodos de planificación familiar lo que equivale a 185 casos, el 9.7% conoce todos los métodos de planificación familiar que se ofertan en el país de los cuales el 55.5% los utiliza y el 44.5% restante que los conoce están solteras, por ello no ven la necesidad de utilización de dichos métodos.

El 96.59% de los casos investigados han recibido promoción acerca de los métodos de planificación familiar, del total de casos que utilizan métodos de planificación familiar un 94.59% se les ha promocionado los métodos de planificación, por lo que se puede observar que al recibir información sobre estos métodos aumenta el conocimiento acerca de ellos por lo que existe mayor utilización.

Dentro los otros factores que se investigaron para determinar la influencia en la utilización de métodos de planificación familiar, se tomaron en cuenta los factores económico, social y cultural. Para el factor económico, se investigó el nivel de ingresos dentro de los cuales un 67.56% tienen un nivel de ingresos inferior a \$100 en donde se observa la mayor utilización, en las mujeres que tienen un ingreso mayor de \$200 solamente el 45% lo utilizan, al analizar este fenómeno el 55% restante se encuentran solteras y son bachilleres, al observar los datos obtenidos se pensaría que a menor ingreso mayor utilización, pero hemos observado que el 100% de las usuarias obtienen el método de planificación familiar en la unidad de salud por esta razón sin importar el nivel de ingreso que posean se observa mayor utilización de estos métodos. Es importante recalcar que un 60% de los casos investigados son de bajos recursos por lo que se refleja una mayor utilización de métodos de planificación familiar en esta población, y que por

esta razón dependen de los métodos que les ofrece el ministerio de salud y que es donde reciben la información dichos métodos.

Para determinar factor social, se investigó el nivel educativo donde observamos la relación entre el bajo nivel de ingresos y menor accesibilidad a la educación, al observar los resultados obtenidos no se tiene relación de dependencia entre la educación y la utilización, porque se esperaba que en los casos donde hay menor nivel educativo hubiera menor utilización pero se observa que en cada nivel educativo que se investigó predominan los casos que si utilizan métodos de planificación familiar, al analizarlo se puede notar la influencia de la promoción de la salud en este aspecto ya que las usuarias que no tuvieron una buena educación utilizan métodos de planificación familiar.

El factor cultural, se investigó por medio de 3 aspectos: el machismo, los mitos y la religión; de los cuales el más determinante se observó que es el machismo, con un resultado del 53% de las usuarias que no utilizan métodos de planificación familiar debido a que su pareja no apoya que utilicen dichos métodos, lo que se refleja que al preguntarles la causa de porque no utilizaban métodos un alto porcentaje respondió que porque su pareja no quería, con lo que se puede observar la dependencia de la mujer a su pareja tanto en factor económico, educativo y cultural; dejando esto como una variable abierta que requiere estudio psicosocial posterior. Se obtuvo un 33.3% de casos investigados que no utilizan métodos de planificación familiar por los mitos que se tienen acerca de estos. Además se puede hacer mención que la religión no es un factor determinante para la utilización de métodos de planificación familiar.

Se puede determinar que la utilización de métodos de planificación familiar no está determinada por un factor en específico, sino que es la interrelación de estos factores lo que determina finalmente si utilizaran o no dichos métodos.

CONCLUSIONES

El 100% de la mujeres en edad fértil conocen los métodos de planificación familiar tanto temporales como permanentes, el método de preferencia es temporal y de estos el más utilizado son los inyectables.

Se concluye que el factor más determinante en la utilización de los métodos de planificación familiar es el machismo, debido a la dependencia de la mujer en edad fértil hacia la pareja de forma económica, educativa y cultural.

La promoción de los métodos de planificación familiar por parte de la UCSF tiene una importante influencia positiva en la decisión de la mujer en edad fértil sobre la utilización de métodos anticonceptivos

En la mujer en edad fértil el factor económico no influye en la utilización, ya que se tiene accesibilidad a ellos por parte de instituciones gubernamentales sin costo alguno.

El nivel educativo no tiene influencia importante en cuanto a la decisión de utilización de métodos de planificación familiar en la mujer en edad fértil.

La UCSF cuenta con diversos métodos de planificación familiar temporales para ofrecer a la mujer en edad fértil de manera gratuita y confidencial.

El método de planificación familiar temporal que se consume en mayor cantidad en el establecimiento es el inyectable a pesar que la UCSF cuenta con otros, esto es debido a la preferencia de la usuaria por este método.

El 100% de los recursos de la UCSF conocen los métodos de planificación familiar más no así cuales son los mecanismos por los cuales provocan la anticoncepción. Ya que solo un 33.3% conocen al 100% cual es el mecanismo por el que actúan, un 33.3% de los recursos lo conoce en un 90% y un 33.3% lo conocen en un 60%.

La utilización o no de métodos anticonceptivos es decisión de la pareja y es función del personal que labora en la UCSF informarle sobre las diferentes opciones de métodos que existen, los beneficios y efectos adversos a manera de orientarlos.

El factor cultural se vuelve el principal obstáculo a superar en las mujeres en edad fértil que corresponden a la población de la UCSF para que ellas decidan utilizar métodos anticonceptivos.

La promoción de los métodos anticonceptivos que la UCSF realiza influye en la utilización de estos en las mujeres en edad fértil.

El ministerio de salud por medio de la creación del nuevo modelo de salud, ha aumentado educación y promoción en salud sobre los métodos de planificación familiar.

El ministerio de salud, tiene limitada disponibilidad en cuando a métodos de planificación familiar temporales, lo que puede influir en la decisión de utilización de métodos de planificación familiar por parte de la mujer en edad fértil.

El ministerio de salud brinda capacitaciones y diplomados en temas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, para lograr educación y prevención primaria a nivel del primer nivel de atención en salud.

RECOMENDACIONES

A LA MUJER EN EDAD FERTIL

Que la mujer en edad fértil consulte al establecimiento de salud más cercano para recibir la información adecuada sobre métodos de planificación familiar para aclarar todas sus dudas y no creer en los mitos que la población comenta sobre los métodos anticonceptivos sembrando temor o conceptos erróneos en la mujer.

Que la mujer en edad fértil involucre a su pareja en el tema de anticonceptivos para que su conyugue también conozca los métodos y sus beneficios ya que la decisión de utilizar o no es de ambos.

PERSONAL DE SALUD.

Que los recursos del personal de salud realicen charlas educativas continuas tanto dentro del establecimiento como fuera sobre los diferentes tipos de métodos de planificación familiar a las mujeres en edad fértil.

Que el personal de salud proporcione una consejería completa sobre métodos de planificación familiar orientando a las mujeres en edad fértil sobre los beneficios y los efectos adversos de los métodos para que estén bien informadas al momento de tomar una decisión sobre qué tipo de método utilizar.

Crear programas de enseñanza que incluyan tanto a mujeres en edad fértil como a su conyugue sobre los beneficios y las distintas opciones de los

métodos de planificación familiar con el fin de involucrar de forma activa a la pareja sobre este tema.

Que el personal que labora en la UCSF refuerce el tema de planificación familiar como parte de educación continua para una mayor preparación de los recursos.

Ofrecer métodos anticonceptivos a toda mujer en edad fértil que tenga vida sexual activa de forma gratuita.

Al momento de ofrecer métodos anticonceptivos tener siempre en cuenta la confidencialidad de la usuaria por el tipo de población con la que se trata.

INSTITUCION GUBERNAMENTAL:

MINSAL.

Dar capacitaciones del uso de métodos de planificación familiar a médicos, enfermeras y promotores de salud para enriquecer su conocimiento sobre el tema.

Búsqueda de estrategias para incrementar cobertura y accesibilidad de métodos de planificación familiar.

Creación de programas en conjunto con ministerio de educación para la promoción en salud sobre los métodos de planificación familiar en escuelas y lograr la integración de hombres en la decisión mutua y educación sobre métodos de planificación familiar.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Objetivo: identificar los factores determinantes en la utilización de métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil de la UCSF las Palmeras, Tacuba.

Presentación: este instrumento responde a la investigación sobre la identificación de factores que intervienen en la utilización de métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil de la UCSF las Palmeras, Tacuba.

INDICACION:

Marque con una X la respuesta que considere pertinente.

PRIMERA PARTE: DATOS GENERALES

1. Edad _____ años
2. Estado civil:
Soltera casada viuda acompañada divorciada
3. Religión:
Católica Evangélica Testigo de jehová Mormón Ateo
4. Nivel de ingresos :
Menos \$100 \$100 a \$200 más de \$200
5. Nivel de estudio
Ninguna de 1° a 6° 7° a 9° bachiller universitario

SEGUNDA PARTE.

6. ¿Qué métodos de planificación familiar conoce?

Pastilla inyecciones condones masculinos
condones femeninos DIU(aparatito) parche esterilización

7. ¿Dónde recibió la información sobre métodos de planificación familiar?

Unidad de salud Familiar Vecina televisión Radio
Periódicos escrito Periódico digital Redes Sociales

8. ¿Sabe que métodos de planificación le ofrece la Unidad de salud?

Pastilla inyecciones condones masculinos
condones femeninos DIU(aparatito) parche

9. ¿Ha utilizado métodos de planificación familiar alguna vez? (Si contesta que no en esta pregunta por favor conteste esta pregunta 10. Si contesto si continúe con la pregunta 11.)

Si No

10. ¿Porque no utiliza métodos de planificación?

Porque son abortivos porque engordan por lo que dice la gente
 porque mi esposo no quiere por mi religión porque no
tengo pareja porque quiero tener más hijos

11. ¿Por qué utiliza métodos para planificar?

No quiero hijos por problemas de salud tiempo entre un hijo y
otro mi esposo me dijo

12. ¿Dónde obtiene el método que utiliza?

Unidad de salud lo compro ISSS

13. ¿Qué métodos de planificación familiar ha utilizado?

Pastilla inyecciones condones masculinos
condones femeninos DIU(aparato) parche esterilización

14. ¿Cuánto tiempo lo ha utilizado?

Menos 1ª 1ª a 2ª mas 2ª

15. ¿A qué edad empezó a utilizar métodos de planificación familiar?:

menos 15 16ª a 18ª 19ª a 25ª 26ª a 30ª mayor de 30ª

16. ¿Tiene hijos?

Si No

17. ¿Cuántos hijos tiene?

1 2 3 4 5 más de 5

16. ¿Sus embarazos han sido planeados?

. Si No

17. ¿Se siente apoyada por su pareja?

Si No

18. ¿Decidieron juntos el método de planificación familiar?

Si No

19. ¿Está de acuerdo su pareja con que utilice métodos de planificación familiar?

Si No

20. ¿Esta operada para no tener hijos?

Si No

21. ¿Ha pensado en operarse?

Si No

22. ¿Cuántos hijos ha pensado tener antes de operarse?

1 2 3 4 5 más de 5

23. ¿Ha recibido charlas en la unidad de salud sobre métodos de planificación familiar? (si contesto que no por favor conteste la siguiente pregunta)

Si No

24. ¿Por qué no está de acuerdo en la promoción de los métodos de planificación familiar?

Abortivos malformaciones en los niños aumenta la promiscuidad
la religión no lo aprueba inicio de las relaciones antes de tiempo

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Objetivo: investigar sobre el conocimiento respecto a los métodos de planificación familiar que tienen los promotores, las enfermera y el medico que labora en la UCSF las Palmeras, Tacuba.

Presentación: este instrumento responde a la investigación sobre la identificación de factores que intervienen en la utilización de métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil de la UCSF las Palmeras, Tacuba.

PARTE 1:

INDICACIÓN: Marque con una "X" la o las respuestas que considere convenientes según la pregunta.

a) ¿Qué métodos de planificación familiar conoce?

1. Pastilla 2. Inyecciones 3. Condones masculinos 4. Natural
5. Condones femeninos 6. DIU (aparato) 7. Parche 8. Esterilización 9. Todos

b) ¿Dónde obtuvo el conocimiento sobre planificación familiar?

1. Formación académica 2. diplomados 3. Capacitaciones

Otros: _____ 4. Todos

c. Según su consideración cual es el porcentaje sobre información de métodos de planificación familiar que posee:

1. 25% 2. 25 a 50% 3. 50 a 75 % 4. 75 a 100%

d. ¿Ofrece métodos de planificación a toda mujer en edad fértil que sea sexualmente activa?

1. SI _____ 2. NO _____

e. ¿Cuándo una usuaria quiere planificar con un método con el que la UCSF no cuenta, trata de orientarla a que utilice otros métodos con los que dispone la UCSF?

1. SI _____ 2. NO _____

SEGUNDA PARTE.

INDICACION: Marque con una "X" según considere si es falso (F) o verdadero (V)

a. ¿Puede ofrecerle pastillas anticonceptivas a mujeres con 30 días postparto?

1. SI _____ 2. NO _____

b. ¿A una mujer con 2 años de planificar con inyección de 3 meses (Depoprovera) y se pasó una semana para la aplicación de la inyección, usted se la aplicaría?

1, SI _____ 2. NO _____

c. ¿Uno de los efectos adversos del DIU es que puede provocar cáncer de cérvix ¿

1. SI _____ 2. NO _____

TERCERA PARTE:

INDICACION: conteste brevemente la siguiente pregunta.

a. Explique brevemente el mecanismo de acción del método del ritmo:

b. explique brevemente el mecanismo de acción del DIU.

c. Cuál es el porcentaje de mujeres que utilizan métodos de planificación familiar en la zona correspondiente según Ud.

d. Cuál es el porcentaje de influencia que ejerce la disponibilidad de métodos de planificación existentes en la UCSFB en el uso de métodos de planificación en la población correspondiente según su opinión:

GLOSARIO.

- **Amenorrea:** ausencia anormal o retraso del flujo menstrual.
- **Anticoncepción:** acción y efecto de impedir la fecundación de las hembras a consecuencia del acto sexual.
- **Anticonceptivo oral:** sustancia o una combinación de sustancias por lo general esteroides administrada por vía oral que evita el embarazo.
- **Anticonceptivo oral combinado:** anticonceptivo oral que contiene estrógeno y progestágeno.
- **Carcinoma:** neoplasia maligna, originadas de células epiteliales, derivados de cualquier de las tres capas germinales.
- **Concebir:** quedar en cinta la hembra.
- **Depoprovera:** anticonceptivo hormonal de acción prolongada que contiene acetato de medroxiprogesterona. Acción de 3 meses.
- **Endometrio:** capa muscular del útero donde se implanta el blastocito.
- **Esterilizar:** acción de supresión de la posibilidad de procrear.
- **Estradiol:** hormona más importante de los estrógenos secretados por el ovario, corteza suprarrenal y el embarazo.
- **Estrógeno:** hormona que estimula los órganos femeninos, de las mamas y diversas características sexuales secundarias, producidas por el ovario.
- **Fecundidad:** capacidad de producir. Unión de los elementos masculinos y femeninos para organizar a un nuevo ser.
- **Folículo:** se le llama folículo al ovulo junto con su capa de células de la granulosa.
- **Hormona:** producto de secreción de glándulas internas.
- **Hormona foliculoestimulante:** sustancia secretada por la adenohipófisis que actúa en el ciclo menstrual induciendo el crecimiento folicular.
- **Hormona luteinizante:** sustancia secretada por la adenohipófisis que actúan en el ciclo menstrual necesaria para la ovulación y el crecimiento folicular final.
- **Implantación:** fijación del ovulo fecundado en la mucosa uterina.
- **Isquemia:** falta de riego sanguíneo.
- **Libido:** origen de la manifestación del instinto sexual.
- **Machismo:** que tiene poca o ninguna consideración hacia las mujeres por creerlas inferior hacia los hombres.
- **Mestranol:** estrógeno sintético junto con el etinil diestradiol.

- **Metabolito:** sustancia que pasa por transformaciones que se efectúan en las células del organismo.
- **Noretinodrel:** estrógeno gestageno.
- **Nupcialidad:** casamiento.
- **Oligomenorrea:** prolongación de los intervalos menstruales con pausa de 36 a 90 días.
- **Ovulación:** desprendimiento natural de un ovulo en el ovario para que pueda recorrer su camino y ser fecundado.
- **Patología:** enfermedad.
- **Píldora pps:** medicamento que solo contiene progestágeno.
- **Placebo:** sustancia inactiva que tiene una acción psicológica empleada en sustitución de un medicamento.
- **Planificación familiar:** conjunto de medios puestos al servicio de la población para informar y ayudarla en el control de la natalidad.
- **Progesterona:** hormona sexual femenina que ayuda a promover el desarrollo del aparato secretor de las mamas.
- **Residir:** tener el domicilio en un lugar.
- **Sobrepoblación:** población excesiva.
- **Tasa de fecundidad:** se refiere al número de hijo por mujer.
- **Tasa de natalidad:** se refiere al número de nacimientos por cada mil habitantes.
- **Variable dependiente:** aquella que lleva al efecto.
- **Variable independiente:** lo que constituye una causa del problema.

BIBLIOGRAFÍA

- a) Ley de acceso Universal y equitativo de servicios de Planificación Familiar y su Integridad en el Programa Nacional de Salud Sexual y reproductiva, 2,007.
- b) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala, Enero 2001. PP 44
- c) Guía técnica de atención en planificación familiar, El Salvador, diciembre de 2008.
- d) OMS, centro de prensa, “Planificación familiar”, nota descriptiva, 351, mayo 2015.
- e) Puberek y Novak, Ginecología, 15 edición.
- f) UNFPA, PROMSEX, “Mitos y Métodos anticonceptivos”, Tula Zegarra, 2011.
- g) WILLIAMS obstetricia, 23 edición. 2011.
- h) Ministerio de Salud, lineamientos técnicos de promoción de la salud, 2008 El Salvador.
- i) Ministerio de Salud, lineamientos técnicos de salud sexual y reproductiva, El Salvador 2012.
- j) Ministerio de Salud, política de Salud Sexual y Reproductiva, diario oficial en agosto 2012. El Salvador.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.

- Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), 2008, Encuesta Nacional de Salud Familiar, Informe final FESAL-2008
- SIMMOV, El Salvador, base de datos, MINSAL disponible en www.simmov.salud.gob.sv
- Cuninham, Leveno, Bloom, Halth, Rouse, Spong, 2011, Obstetricia de Williams, 23 edición, Mc Graw Hill, pág. 673
- Marina Padilla de Gil, Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia.
- MINSAL, 2012, Guía técnica de planificación familiar, El Salvador.
- JOHNS HOPKINS BLOOMBERG, 2007, Planificación familiar, manual mundial para proveedores. USAID, WORLD HEALTH ORGANIZATION, SCHOOL OF PUBLIC HEALTH.
- Estadísticas poblacional mundial en tiempo real, base de datos, Country meters, disponible en www.countrymeters.com