

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**UNIDAD CENTRAL**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA**



**Universidad de El Salvador**

*Hacia la libertad por la cultura*

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN:**

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL USO DE  
ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES DE 15 A 35 AÑOS DE EDAD EN EL  
CANTON EL JÍCARO, TACUBA, AHUACHAPÁN. FEBRERO A JUNIO 2015

**Presentado Por:**

MANUEL ANTONIO GUZMÁN ALVARADO

KELLY XIOMARA HENRÍQUEZ PEREIRA.

**Asesor:**

DRA RHINA RAMOS

SAN SALVADOR 17, AGOSTO , 2015

## INTRODUCCION

El control demográfico siempre ha sido un tema que se ha tratado de abordar debido su alta complejidad y el gran número de actores que participan en él, en las zonas rurales de nuestro país desde temprana edad se asignan los roles de hombre y mujer, por tanto, uno de los principales roles como mujer es el de procrear un número indeterminado de hijos, influidos por creencias religiosas, culturales, sociales.

Dentro de las poblaciones donde el factor sociocultural juegan un rol determinante en el uso de los servicios de salud se encuentra el cantón El Jícaro, del municipio de Tacuba, Ahuachapán, con una población de 3100 habitantes aproximadamente y un porcentaje de 60% de mujeres en edad fértil representa un reto romper paradigmas que ayuden a iniciar el uso responsable de anticonceptivos por lo que se estudiaron dentro de los meses de abril a julio del presente año dichos factores socioculturales.

En el UCSF de el Jicaro, con una importante población dentro de edad fértil, un total de 231 habitantes, de las cuales únicamente el 20% (46 mujeres) de ellas usan un método anticonceptivo; con una tasa de fertilidad del 32.8 por cada 1000 habitantes y una tasa de natalidad de 13.3 por cada 1000 habitantes, estos métodos representan el mejor modo de control de población ya que antes de iniciarse la reforma de salud en 2010 prácticamente se carece de información que arrojen datos sobre planificación.

Dentro del sistema de salud siempre se encuentran limitantes para poder alcanzar metas a corto, mediano o largo plazo, hablar de planificación familiar y todos sus métodos resulta una manera de control de natalidad que los países de primer mundo adoptan con naturalidad desde edades muy tempranas, sin embargo, en poblaciones de Latinoamérica y en especial nuestro país existen aún muchas limitantes para poder llevar a cabo programas que se enfoquen no solo en la planificación como tal sino, la educación y cambio de patrones culturales tan arraigados en las personas.

En poblaciones con poca escolaridad o bien alta tasa de deserción escolar resulta por lo menos complicado hablar de educación, sobre todo un tema como la sexualidad sigue siendo un tema que se trata de manera discreta y por lo tanto llena de creencias erradas y medias verdades.

En el municipio de Tacuba numerosas instituciones han elaborado programas de concientización y educación, sin embargo no se han elaborado de la mano con la comunidad y haciendo un consenso con la población que es finalmente la que determina el éxito o fracaso de un programa.

El presente trabajo trata de identificar cuáles son los factores socioculturales que existen en esta población, que impiden el uso de algún método de planificación familiar, para así de la mano con la comunidad se puedan encontrar soluciones a dicha problemática.

### **OBJETIVO GENERAL:**

Investigar cómo influyen los factores socioculturales en el uso de un método de planificación familiar en las mujeres de 15-35 años de edad del Cantón El Jícaro, del municipio de Tacuba, en Ahuachapán febrero a junio 2015

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Determinar el factor sociocultural que más influye en el uso de los métodos de planificación familiar.
- Establecer cuál es el grupo etario que se ve más influenciado por los factores socioculturales a la hora de tomar la decisión de usar un método de planificación familiar.
- Conocer cuál es el método de planificación familiar que las mujeres en edad de 15-35 años desconocen más.

## **MARCO TEORICO.**

*“Por lo general, las mujeres que usan anticonceptivos disfrutan de mejor salud, están mejor educadas, poseen más facultades en sus hogares y comunidades, y es mayor su productividad económica”.* Dr. Babatunde Osotimehin, Director Ejecutivo del UNFPA

### **FACTORES CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

Las normas sociales y culturales, la educación, ingresos, el estado civil, la edad, trabajo, religión, las creencias locales y machismo influyen en la elección de las personas. En gran medida, estas normas comunitarias determinan las preferencias individuales respecto de la procreación y el comportamiento sexual y reproductivo.

La comunidad y la cultura influyen en la actitud de una persona hacia la planificación familiar, el sexo deseado de los hijos, las preferencias sobre el tamaño de la familia, las presiones familiares para tener hijos y si la planificación familiar está o no de acuerdo con las costumbres y creencias religiosas.

La influencia del hogar y de la comunidad puede ser tan poderosa que puede oscurecer la línea entre el deseo individual y las normas comunitarias. En algunas culturas, por ejemplo, son numerosas las mujeres que rechazan la anticoncepción porque al tener hijos y criarlos siguen el sendero que las lleva al respeto y la dignidad que ha de conferirles la sociedad. En otros países la mayoría de las mujeres practican la anticoncepción porque la norma es tener familias pequeñas.

Los jóvenes generalmente deciden no buscar servicios de planificación familiar porque no quieren que sus padres y otros adultos sepan que son sexualmente activos. Muchos de ellos temen el ridículo, la desaprobación y la actitud hostil de los proveedores de servicio.

Las pacientes jóvenes presentan inmadurez psico-somática esto conlleva a mayor riesgo de complicaciones obstétricas, junto con el inicio de una vida sexual temprana que acarrea familia numerosa.

Por otra parte las mujeres en extremos superiores aumenta la incidencia de enfermedades relacionadas con la edad y que se agravan con el embarazo, poniéndose en riesgo de muerte, por eso es importante la educación sexual especialmente en estos grupos de pacientes para crear una conciencia de auto-cuidado y así disminuir la mortalidad materno e infantil.

### ***Nivel de escolaridad***

En muchos países los programas de planificación familiar son parte de los intentos de desarrollo nacional económico y social. Los esfuerzos por fomentar la igualdad en la toma de decisiones y de crear conciencia acerca de los derechos de reproducción en la familia, la comunidad y la sociedad también promueven la elección informada de la planificación familiar.

### ***Factores religiosos***

La influencia de las redes sociales. Todos pertenecemos a redes sociales informales que influyen en cierto grado en el comportamiento. Las redes sociales incluyen familiares, amigos, vecinos, agrupaciones políticas, religiosas, juveniles y otras asociaciones formales e informales. Una de las más poderosas que influyen es la religión, que muchas veces condiciona la toma de planificación familiar ya que sus líderes los consideran erróneos o no apropiados.

### ***Mitos y creencias***

En el curso del día, las mujeres suelen hablar con otras mujeres acerca de la planificación familiar y de la experiencia con el uso de anticonceptivos. Para muchas mujeres la comunicación informal es la fuente principal de información sobre la planificación familiar.

La influencia de las redes sociales es crucial para la elección informada. En su mayoría, las personas buscan la aprobación de los demás y modifican su comportamiento para complacerlos o satisfacer sus expectativas. El comportamiento individual respecto de la salud está influido por lo que la persona cree que los demás opinan de su comportamiento. Por ejemplo, algunas mujeres manifiestan que les resulta difícil practicar la planificación familiar porque los parientes o amigos no lo hacen.

La gente elige los métodos anticonceptivos que comúnmente se usan en la comunidad por saber que son socialmente aceptables y por conocerlos mejor. Muchas mujeres recurren al mismo método de planificación familiar que usan las otras mujeres de sus respectivas redes sociales; Incluso si están enteradas de los efectos secundarios o la ineficacia experimentados por anteriores usuarios de un método, algunas veces las personas lo prefieren igual porque les resulta familiar.

### ***Estado civil***

El estado civil de la persona, la estabilidad del matrimonio, la comunicación con el cónyuge y la condición dentro de la familiar influye en las decisiones sobre la planificación familia. Algunas mujeres dicen que el uso de anticonceptivos no es una decisión individual, sino que la toma el matrimonio o la familia.

No obstante, muchas otras dicen que el uso de anticonceptivos es una decisión individual en la que no intervienen ni el cónyuge ni los familiares.

A veces las decisiones son un reflejo de la percepción errónea de las mujeres acerca de las preferencias de sus parejas cuando los cónyuges no están de acuerdo respecto de la

planificación familiar, a veces domina la preferencia del hombre y a veces la de la mujer.

## **PLANIFICACION FAMILIAR EN EL SALVADOR.<sup>1</sup>**

La planificación familiar constituye alrededor del mundo una medida fundamental que ha permitido disminuir las tasas de mortalidad materna-neonatal y también mejorar las condiciones de vida de las personas, al decidir libremente el número de hijos que desean tener, como parte del ejercicio de sus derechos reproductivos.

La Encuesta de Salud Familiar de El Salvador (FESAL 2002/032 ) reporta una tasa Global de Fecundidad de 2.97 hijos por cada mujer; con amplias variaciones según residencia. Las mujeres que viven en el área rural, tienen en promedio 4 hijos.

Igualmente el MINSAL<sup>1</sup> reporta una tasa global de uso de métodos de planificación familiar del 67.3% en mujeres casadas o unidas; siendo menor en el área rural (60.1%); el método más utilizado es la esterilización femenina con un 32.7%, seguido por los inyectables con un 18.3% y los orales con un 5.8% y el porcentaje de uso de los otros métodos menor al 3%.

La edad, las condiciones especiales y la vulnerabilidad de ciertos grupos determinan el mayor o menor uso de anticonceptivos. El rango de edad de mayor uso en el país es entre los 35 y los 39 años.

En la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, Cairo, Egipto, 1994, se planteó el enfoque de derechos, en el que todos los seres humanos nacen con vida propia, dignidad, libres e iguales con capacidad y libertad para ir construyendo su existencia en un proceso social continuo, con necesidades particulares en cada etapa de su desarrollo.

En El Salvador, la salud es un derecho humano inalienable, elevado a la categoría de bien público, según el artículo 65, de la Constitución de la República. En el marco de estos derechos están incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que ya están reconocidos en las leyes nacionales, documentos internacionales y otros aprobados por consenso.

El enfoque de derechos, aplicado a la planificación familiar, tiene como objetivo principal el mejorar la calidad de vida a nivel individual, de parejas de las familias y de la población en general a través de la prestación de servicios integrales de calidad

En planificación familiar, las parejas e individuos tienen derecho a: decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas que desean tener, cuando y con que frecuencia y tener la educación, información y medios para lograrlo; alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva y tomar decisiones sobre la sexualidad y reproducción, libre de discriminación, coacción y violencia.

En el marco del modelo de Salud Familiar la participación activa de la población usuaria es primordial en el ejercicio de los derechos y en la prestación de los servicios de salud y especialmente en la planificación de la familia.

## **1. ELEMENTOS TECNICOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR.<sup>2</sup>**

### **CONSEJERÍA**

Es el proceso de comunicación interpersonal, entre el prestador del servicio de salud y las/os usuarios, mediante el cual se proporcionan elementos para apoyar su decisión voluntaria, consciente e informada acerca de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento según sea el caso.

Fases de la Consejería

Se identificaron tres fases, o metas, para dar una consejería adecuada:

- 1) Pre-elección
- 2) Elección
- 3) Post-elección

En la fase pre-elección, la/el usuaria/o es recibida cálidamente y se le formulan preguntas para identificar sus necesidades, condición o problema de salud, estilo de vida, comportamientos que favorecen la salud o la ponen en riesgo. El diagnóstico de necesidades está al servicio de la elección de método, pues consiste en un proceso de descarte de métodos que el proveedor y la/el usuaria/o consideran que a ella no le son útiles de acuerdo a sus circunstancias.

En la fase de elección, el proveedor responde a las necesidades de la/el usuaria/o, ofreciéndole información adecuada y comprensible para ayudarla a escoger un método. Esto implica que sólo abordará métodos relevantes para ella. El proveedor no deberá proporcionarle toda la información conocida sobre estos métodos, pues la saturaría y confundiría. Sólo debe ser comunicada la información esencial que le permita hacer una elección preliminar de método

En la fase de post-elección.

El proveedor debe esperar a que la/el usuaria/o elija un método para examinar contraindicaciones de uso. Si el método está contraindicado para ella, o la/el usuaria/o rechaza el método al conocer mayores detalles, puede regresar a un paso anterior y escoger un método alternativo. El proveedor debe asegurarse que la/el usuaria/o ha comprendido las instrucciones. Finalmente, habrá que dar seguimiento a que la/el usuaria/o sepa que hacer para asegurar la continuidad de sus metas reproductivas y resolver eventuales situaciones de emergencias.

#### CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

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

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

Categoría 3: Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de usar el método.

Categoría 4: Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

## **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES<sup>3-4</sup>**

### **1. DEFINICION.-**

Para los efectos de la presente se entenderá por Métodos Anticonceptivos Temporales aquellos métodos que brindan protección anticonceptiva únicamente mientras la pareja los utiliza; entre ellos se encuentran los métodos hormonales, los métodos de barrera y los métodos naturales, estos métodos son convenientes para las personas que quieren esperar, espaciar o limitar los embarazos. El objetivo de los métodos temporales es servir durante un periodo específico de tiempo; una vez suspendido el uso, existe la posibilidad de embarazo.

### **2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

Son los métodos temporales de planificación familiar que contienen estrógenos y progestinas o sólo progestina, se usan por vía oral, intramuscular o subdérmica, con el objetivo de prevenir el embarazo. Estos métodos no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

#### **CLASIFICACION.**

Para los efectos de la presente los métodos Anticonceptivos Hormonales se clasifican en:

- a) Los métodos anticonceptivos hormonales combinados contienen estrógenos y progestina y su vía de administración puede ser oral, inyectable, transdérmico (parche) y transvaginal (anillo).
- b) Los métodos anticonceptivos hormonales sólo de progestina no contienen estrógeno y su vía de administración puede ser oral, inyectable, o subdérmica.

## *2.1 ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (ACO)*

### DEFINICION

Son pastillas que contienen estrógeno y progestina en diferentes dosis, que previenen temporalmente el embarazo. Se recomienda utilizar aquellos denominados de baja dosis, es decir, los que contienen 35 microgramos de Etinil Estradiol o menos.

### DESCRIPCIÓN O TIPO

1. Sobre o paquete con 21 pastillas que contienen hormonas.
2. Sobre o paquete con 28 pastillas: 21 pastillas que contienen hormonas y 7 pastillas sin contenido hormonal.
3. Sobre o paquete con 28 pastillas: 24 que contienen hormonas y cuatro sin contenido hormonal

### MECANISMO DE ACCIÓN

Principalmente inhiben la ovulación y en forma secundaria espesan el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides. No actúan interrumpiendo la gestación.

### DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se ingieren las pastillas o píldoras en forma correcta y sistemática.

### RETORNO DE LA FERTILIDAD

El retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

### EFECTIVIDAD

Es un método muy efectivo cuando se usa correcta y sistemáticamente teniendo una tasa de embarazo accidental al primer año de uso de menos del 1%. (tasa teórica). Cuando no se usa en forma correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental al primer año es del 6 al 8%. (Tasa típica)

## ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO

- En presentación de 21 pastillas se ingiere 1 cada día, de preferencia a la misma hora, seguida de 7 días de descanso. Los ciclos siguientes deben iniciarse
- Después del período de 7 días de descanso, sin ingesta de pastillas, independientemente del sangrado menstrual.
- En las presentaciones de 28 pastillas se ingieren 1 de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguido de 7 días durante los cuales se ingiere a diario 1 pastilla que puede contener hierro o sólo placebo; debe comenzar el nuevo paquete al día siguiente de terminar el paquete anterior (es decir sin interrupciones).
- Otros esquemas de administración:
  1. Es la ingesta continua de AOC por 24 días y 4 días de placebo.
  2. Ingesta continúa de AOC sin el período de descanso mensual. Con este esquema se descansa únicamente una semana cada cuatro meses, en la cual aparece la menstruación.

## PRECAUCION

Si la usuaria tiene vómito y/o diarrea severa dentro de la hora siguiente a la ingesta de la pastilla o si persisten por más de 24 horas (en cuyo caso se habrán omitido 2 píldoras) es necesario un método de respaldo hasta que la usuaria haya tomado 1 píldora activa diaria durante 7 días

## 2.2 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC)

### DEFINICION

Los anticonceptivos inyectables combinados son compuestos de estrógenos sintéticos, que se metabolizan a nivel hepático y liberan un estrógeno natural; y

progestinas sintéticas, que se usan por vía intramuscular con el objetivo de prevenir temporalmente el embarazo.

#### DESCRIPCIÓN O TIPO

1. 5 mg. de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de noretisterona.  
Nombre comercial: Mesigyna, Norigynon, Mesigest
2. 5 mg. de Cipionato de estradiol más 25 mg. de Acetato de medroxiprogesterona. Nombre comercial: Ciclofem, Ciclofemina
3. 10 mg. de Enantato de estradiol más 150 mg. Acetofénido de dihidroxiprogesterona. Nombre comercial: Nomagest, Deproxone, Novular, Toparse

#### MECANISMO DE ACCION

Principalmente inhibe la ovulación y en forma secundaria espesa el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

#### DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva es por un período de 30 días.

#### RETORNO DE LA FERTILIDAD

El retorno de la fertilidad es inmediato una vez terminados los 30 días de protección anticonceptiva. Aproximadamente un mes más que con la mayoría de los otros métodos.

#### EFECTIVIDAD

Bajo condiciones correctas y sistemáticas de uso, este método tiene una tasa de riesgo de embarazo accidental al primer año menos de 1%.

## USO DEL MÉTODO

### INICIO

En cualquier momento del ciclo, en que la persona proveedora esté razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada (ver anexo 7). Se recomienda iniciar dentro del primer al séptimo día del ciclo menstrual, dependiendo de la presentación escogida. Sí se inicia después de este período utilizar un método de barrera o abstinencia por 7 días. Cuando se utiliza la composición de 5 mg. de Valeriano de estradiol más 50 mg de Enantato de Noretisterona (nombre comercial Mesygina), debe iniciarse de preferencia el primer día de regla y no mas tarde del tercer día.

En mujeres postparto que no se encuentren amamantando, pueden iniciarse a partir de la tercera semana.

## ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO

Se aplican una vez al mes por vía intramuscular profunda y sin masaje, en el sitio de preferencia de la usuaria.

Cuando se utiliza la composición de 5 mg. de Valerato de estradiol más 50 mg de Enantato de noretisterona (nombre comercial Mesygina), se inyecta mensualmente en una fecha fija, y se debe explicar a la usuaria que vera su menstruación en una fecha diferente, alrededor de dos semanas posteriores a la aplicación. También es posible que no presente sangrado menstrual.

### *2.3 PARCHES COMBINADOS*

#### DEFINICION

Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, flexible, que se usa contra el cuerpo. Libera continuamente 2 hormonas- una progestina y un estrógeno, como las hormonas naturales, progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer- directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.

#### DESCRIPCIÓN O TIPO

El parche libera norelgestromina (progestina) 150 mcg. diarios y 20 mcg. deetinilestradiol diarios.

#### MECANISMO DE ACCIÓN

Actúa fundamentalmente inhibiendo la ovulación. Las hormonas se absorben por vía transdérmica

#### DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva esta limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se coloca el parche en forma correcta y sistemática.

#### RETORNO DE LA FERTILIDAD

El retorno de la fertilidad es inmediato al interrumpir el parche, no hay demora.

#### EFECTIVIDAD

El riesgo del embarazo con el uso correcto es de 0.03% y de 8% con el uso típico.

#### BENEFICIOS

Los mismos que para los anticonceptivos orales combinados.

#### USO DEL MÉTODO

Requiere usar un pequeño parche adhesivo en la parte superior externa del brazo, espalda, abdomen o glúteos, en algún lugar que este limpio y seco; pero no en las mamas.

Se usa sobre el cuerpo todos los días y todas las noches. Se coloca un nuevo parche cada semana, durante tres semanas, seguido de una semana sin parche.

Debe aplicarse cada nuevo parche el mismo día de cada semana—el “día del cambio del parche”. Por ejemplo si se pone el primer parche un domingo, todos sus parches deben aplicarse un domingo.

Explicar que para evitar la irritación no debe aplicarse el parche nuevo en el mismo lugar de la piel donde se había puesto el parche anterior.

No debe usar un parche en la cuarta semana. Probablemente presente la menstruación esa semana.

Después de la semana de descanso debe aplicarse un nuevo parche. Nunca deben pasar más de 7 días sin que este se use. De hacerlo corre riesgo de embarazo.

## INICIO DEL MÉTODO

Se recomienda iniciar el primer día de la menstruación, o el primer domingo del inicio de la menstruación

## ***2.4 ANILLO VAGINAL COMBINADO.***

### DEFINICIÓN

Se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina, y libera continuamente dos hormonas: una progestina y un estrógeno como las hormonas naturales progesterona y estrógeno producidos en el organismo de la mujer. Su nombre comercial es NuvaRing

### DESCRIPCIÓN O TIPO

Es un anillo flexible que mide 5.4 cm de diámetro por 4 mm.de ancho, fabricado de etileno de vinil acetato

## MECANISMO DE ACCIÓN

Las hormonas se absorben a través de la pared de la vagina directamente al torrente sanguíneo, inhibiendo la ovulación.

## DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva esta limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se coloca el anillo en forma correcta y sistemática.

## RETORNO DE LA FERTILIDAD

El retorno de la fertilidad es inmediato al interrumpir el anillo, no hay demora.

## EFFECTIVIDAD

El riesgo del embarazo es 0.03% con el uso correcto y de 8% con el uso típico.

## BENEFICIOS

Los mismos que para los anticonceptivos orales combinados

## EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Algunas mujeres pueden presentar:

- Cefalea
- Irregularidades menstruales
- Flujo vaginal blanco
- Irritación, rubor o inflamación de la vagina (vaginitis)

En caso de que la sintomatología sea leve, reforzar la consejería y continuar el método.

Descartar otras patologías que puedan estar causando estos posibles efectos.

## INICIO DEL MÉTODO

Se recomienda iniciar el primer día de la menstruación, o el primer domingo del inicio de la menstruación. Se mantiene el anillo colocado durante 3 semanas, luego de lo cual se retira a la cuarta semana. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación.

### Cómo insertar el anillo

La mujer puede elegir la posición que le quede más cómoda, por ejemplo, de pie con una pierna levantada, en cuclillas o acostada.

Debe apretar los lados opuestos del anillo aproximándolos y suavemente presionar el anillo plegado, colocándolo completamente dentro de la vagina.

No importa la posición exacta, pero si se inserta bien profundo ayuda a que quede en su lugar y tiene menos probabilidades de sentirlo. Los músculos de la vagina mantienen naturalmente el anillo en su lugar.

El anillo debe quedar colocado 3 semanas

Debe mantener el anillo colocado todo el tiempo, todos los días y noches durante 3 semanas. Puede quitarse el anillo al final de la tercera semana y arrojarlo a la basura.

Debe quitarse el anillo la cuarta semana

Para retirar el anillo, debe engancharlo con su dedo índice, o apretar el anillo entre su índice y el dedo medio y jalar hacia afuera. Probablemente tenga la menstruación esta semana. Si se olvida y deja el anillo colocado durante la cuarta semana no se necesita ninguna acción especial.

Nunca debe quitarse el anillo durante más de 3 horas hasta la cuarta semana

Se puede retirar el anillo para tener sexo, para limpieza u otras razones, aunque no es necesario quitárselo. Si el anillo se sale, deslizándose, debe enjuagarse en agua limpia, volviéndolo a colocar inmediatamente.

#### PROCEDIMIENTO REQUERIDO PARA SU INICIO

Realizar un breve interrogatorio que permita evaluar los criterios de elegibilidad.

Se debe realizar una consejería adecuada por la persona que provee el servicio.

#### CONSEJERÍA

Orientar a la usuaria y/o a la pareja sobre:

- Mecanismo de acción
- Eficacia y duración de la protección anticonceptiva
- Beneficios del método
- Efectos colaterales son más comunes durante los primeros meses, disminuyen o cesan posteriormente del inicio del método.
- Uso correcto del método
- Consultar inmediatamente cuando existe una razón para suspender el método de inmediato
- No protege contra Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Disipar los mitos relativos al método

#### ***2.5 ANTICONCEPTIVOS ORALES SOLO DE PROGESTINA***

##### DEFINICION

Son píldoras que contienen bajas dosis de progestinas, no contienen estrógenos y que se ingieren diariamente en forma continua.

##### DESCRIPCIÓN O TIPO

Existen 2 formulaciones:

1. 500 mcg. delinestrenol
2. 2. 75 mcgdesogestrel

### MECANISMO DE ACCIÓN

- Inhibe la ovulación
- Espesa del moco cervical dificultando la penetración de los espermatozoides
- Hace lento el desplazamiento del óvulo en las Trompas de Falopio

### DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva depende del uso diario y continuo. Si se omiten 1 ó más tabletas el método no es efectivo.

### RETORNO DE LA FERTILIDAD

El retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

### EFECTIVIDAD

Cuando el método se usa de una manera correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental después del primer año de uso es menor al 1% en mujeres en período de lactancia.

En mujeres que no están lactando la tasa de efectividad es ligeramente menor.

En uso irregular del método la tasa de embarazo es de aproximadamente un 12%.

### BENEFICIOS

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- En enfermedades en las cuales los estrógenos están contraindicados
- Se pueden utilizar en las mujeres lactantes

- Disminuye la enfermedad pélvica inflamatoria
- Pueden utilizarse en mujeres que están amamantando

## USO DEL MÉTODO

### INICIO

Una mujer puede empezar a utilizar el método en cualquier momento que lo desee si existe una certeza razonable de que no está embarazada (Ver anexo 7)

1. Ha estado usando el MELA.
2. No ha tenido relaciones sexo coitales.
3. Tiene menos de 30 días posparto.
4. Sí ha visto regla 5 días antes.
5. ha tenido un aborto en los últimos siete días.
6. Ha estado usando correctamente otro método anticonceptivo.

### ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO

Se ingiere una tableta diaria, ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación, por todo el tiempo en que se desee usar el método.

Debido a que el efecto anticonceptivo de cada tableta dura 24 horas, es necesario tomar la tableta a la misma hora, y seguir estrictamente la ingestión diaria.

## ***2.6 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES SOLO DE PROGESTINA***

### DEFINICION

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos que contienen solamente una progestina sintética (no contienen estrógeno). Son de larga duración, que se aplican cada 2 ó 3 meses, según el tipo de inyectable.

### DESCRIPCIÓN O TIPO

Existen 3 formulaciones diferentes, todas contienen una progestina sintética esterificada:

1. 200 mg. de Enantato de noretisterona (NET-EN) en ampollas de 1 ml. de solución oleosa. Nombre comercial = Noristerat

2. 150 mg. de Acetato de medroxiprogesteronamicrocristalina (DMPA) en ampollas de 3 ml. de suspensión acuosa. Nombre comercial = Depoprovera.

3. 104 mg de Acetato de medroxiprogesterona subcutánea. Aprobada por la FDA en diciembre 2004 con el nombre comercial= Depo-subQprovera 104. (Aun no disponible en el país).

#### MECANISMO DE ACCIÓN

- Inhibición de la ovulación
- Espesamiento del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides

#### DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva conferida por el Enantato de Noretisterona (NET-EN) se extiende por lo menos a 60 días después de su aplicación.

La protección anticonceptiva conferida por el Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) se extiende hasta por lo menos 90 días después de su aplicación.

.

#### EFECTIVIDAD

Es un método altamente efectivo con una tasa de embarazo accidental después del primer año de uso menor del 1%.

#### SIGNOS DE ALARMA

No se han descrito complicaciones importantes con su uso.

## EFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Los problemas principales asociados con el uso de este método son las irregularidades menstruales, sangrado prolongado o abundante y amenorrea. Algunas mujeres pueden presentar cefalea, mastalgia, aumento de peso, náusea, nerviosismo, cambio del estado de ánimo o del deseo sexual, mareos, distensión y molestia abdominal. El retraso en el retorno a la fertilidad puede también ser un problema en algunos casos.

## ESTE MÉTODO NO DEBE SER USADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Embarazo
- ◆ Cáncer mamario actual

## USO DEL MÉTODO

### INICIO

Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina, pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual en que se esté razonablemente seguro que la mujer no está embarazada, preferentemente durante los primeros 7 días del ciclo menstrual. Si el método se inicia después del día 7 del ciclo, debe usarse un método de respaldo, como condones o abstinencia durante 7 días.

En el postparto, en mujeres lactantes, se debe iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se pueden iniciar inmediatamente después del evento.

## PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA SU INICIO

- Realizar un breve interrogatorio que permita evaluar los criterios de elegibilidad.
- Se debe realizar una consejería adecuada por las personas proveedoras del servicio.

## ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO

Enantato de noretisterona (NET-EN): 1 ampolla inyectable profunda cada 8 semanas (2 meses); no debe darse masaje en el sitio de aplicación. En caso necesario, puede administrarse 2 semanas antes y hasta 2 semanas después de la fecha indicada.

Acetato de medroxiprogesterona (DMPA): 1 ampolla inyectable profunda cada 12 semanas (3 meses). En caso necesario puede administrarse 4 semanas antes y de 2 a 4 semanas después de la fecha indicada

Los sitios de aplicación aceptables son tanto el brazo (región deltoide) como la región glútea aunque debe considerarse según la preferencia de las usuarias, evitando dar masaje en el lugar de la inyección.

DMPA subcutanea: una ampolleta subcutánea cada tres meses

## CONDUCTA A SEGUIR POR USO INCORRECTO DEL MÉTODO

Si la usuaria no se aplica la inyección en la fecha establecida (cada dos meses en el caso de NET-EN y 3 meses en el caso de la DMPA), se recomienda: NET-EN: Con un retraso de hasta 14 días, un adelanto hasta 14 días (No es lo ideal)

DMPA: Con un retraso de hasta 14 días, un adelanto hasta de 28 días (No es lo ideal). Si la mujer llega después de este periodo, el proveedor (a) puede aplicar el criterio de estar razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada.

## ***2.7 ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO SOLO DE PROGESTINA (IMPLANTES)***

### DEFINICIÓN

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, de aplicación subdérmica y que contiene una progestina sintética (no contiene estrógeno) la cual es liberada a dosis diarias muy pequeña en forma controlada para alcanzar el efecto anticonceptivo deseado

## DESCRIPCIÓN

Los implantes de que se usan en la actualidad son:

- NorplantR: consiste en 5 cápsulas delgadas de dimetilpolisiloxano, conteniendo cada una 36 mg de levonorgestrel, liberando un promedio de 30 mcg. de levonorgestrel por día.
- El JadelleR consta de dos cilindros de silastic( hule de silicón) de 75 mg. de levonorgestrel.
- El ImplanonR consiste de un cilindro de 68 mg. de levonorgestrel. (Aun no disponible en el país)

## MECANISMO DE ACCIÓN

- Espesamiento del moco cervical dificultando la penetración de los espermatozoides
- Inhiben la ovulación en cerca de la mitad de los ciclos menstruales
- Posibles cambios en el endometrio.
- No actúan interrumpiendo un embarazo ya existente

## DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

El efecto anticonceptivo con la utilización de Norplant es 5 a 7 años y comienza inmediatamente después de su aplicación. Jadelle tiene una eficacia de 5 años e Implanon de 3 años.

En mujeres que pesan 80 kg. o más, Jadelle y Norplant pierden eficacia después de cuatro años de uso.

## RETORNO ALA FERTILIDAD

La fertilidad se reestablece casi inmediatamente después que los implantes son retirados.

## EFECTIVIDAD

La tasa de embarazo es menor de 1 por cada 100 mujeres que utilizan los implantes en el primer año de uso. Con la utilización de Jadelle durante los 5 años de uso podría darse un embarazo por cada 100 mujeres y con Norplant en los 7 años de uso alrededor de 2 embarazos por cada 100 mujeres.

## USO DEL MÉTODO

### INICIO

Los implantes pueden colocarse en cualquier momento del ciclo menstrual, en que se esté razonablemente seguro/a que la mujer no está embarazada, preferiblemente durante los primeros 7 días del ciclo menstrual.

Si el método se inicia después del séptimo día debe usarse un método anticonceptivo de respaldo, durante los 7 días siguientes.

Si la usuaria esta en amenorrea puede insertarse el implante en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la mujer no esta embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

En el postparto: en mujeres lactantes, se deben iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se puede iniciar inmediatamente después del evento y no necesita un método anticonceptivo de respaldo.

## PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA EL INICIO

Es necesario establecer un ambiente de confianza usuaria y proveedor, ofreciéndole toda la información referente a las ventajas y desventajas del método

La usuaria que ha elegido implantes debe conocer el procedimiento de inserción, habitualmente la inserción lleva poco minutos dependiendo de la habilidad del proveedor, por otra parte las complicaciones son raras.

#### ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO

El proveedor debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Usar las medidas de asepsia para prevenir infecciones.
- Uso de anestésico local para evitar dolor.
- El proveedor realiza una incisión en la piel en el interior de la cara superior del brazo.

Se insertan los implantes debajo de la piel

Se cierra la incisión con una curación adhesiva.

Se debe dar especial atención a la programación de la visita a los 5 años, cuando el método deja de ser efectivo.

### ***2.8 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)***

#### DEFINICION

Es un método temporal de planificación familiar que consiste en insertar un dispositivo dentro de la cavidad uterina.

El DIU es una buena alternativa para las usuarias que no desean un embarazo y no quieren usar un método permanente.

#### DESCRIPCIÓN O TIPO

Los DIU son pequeños dispositivos fabricados de polietileno flexible con hilos que facilitan su colocación y extracción. Existen los no medicados como los de Cobre, y los

medicados o liberadores de hormonas (levonorgestrel) estos últimos liberan constantemente pequeñas cantidades de hormona esteroidea en el útero.

Los DIU más utilizados actualmente en el país son los no medicados, de los cuales el más usado es el de polietileno en forma de T recubierto de cobre (TCu-380A).

Los DIU se obtienen en el mercado en sobres estériles individuales.

### 3.1 DIU de COBRE

#### MECANISMO DE ACCIÓN

El cobre contenido en el dispositivo afecta la viabilidad y la motilidad de los espermatozoides, impidiendo la fecundación, por lo tanto interfiere con el proceso reproductor antes que el óvulo llegue a la trompa de Falopio.

Un solo mecanismo de acción no explica el efecto de los DIU. Se sabe que la presencia de un cuerpo extraño en el útero, como un DIU, produce cambios anatómicos y bioquímicos que parecen ser tóxicos para los espermatozoides, interfiriendo en su motilidad y supervivencia, alterando o inhibiendo la migración de los espermatozoides hacia la parte superior del tracto reproductor femenino.

Asimismo estimula en el endometrio, el cuello uterino y los oviductos una reacción de cuerpo extraño, liberándose glóbulos blancos, enzimas y prostaglandinas que impide que los espermatozoides lleguen a las trompas de Falopio. También se ha implicado un mecanismo de fagocitosis de los espermatozoides.

Libera iones de cobre en los líquidos del útero y de las trompas, bloqueando los sistemas enzimáticos sensibles a la relación Cobre – Zinc originando alteraciones. Bioquímicas, tales como la modificación del PH vaginal, efecto que debilita e inmoviliza los espermatozoides.

También actúa acelerando los movimientos de las trompas de Falopio, impidiendo el transporte o desplazamiento del óvulo y su fecundación.

No hay evidencia científica que sustente que los DIU actúan como abortivos.

#### DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva se inicia inmediatamente después de su inserción y el efecto de la TCU-380A dura hasta 10 años

#### EFFECTIVIDAD

El dispositivo intrauterino es un método altamente efectivo. La TCU-380A presenta un índice de falla al primer año de uso de 0.6 al 0.8%

#### BENEFICIOS

- Protege contra riesgo de embarazo
- Puede proteger contra cáncer endometrial

#### USO DEL MÉTODO

##### INICIO

El DIU puede insertarse en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo (ver anexo 7 ) de preferencia, en los primeros 7 días del ciclo menstrual, si han transcurrido más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual debe abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar MÉTODO anticonceptivo adicional durante este periodo.

En el postparto la inserción Posplacenta debe realizarse preferentemente dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto vaginal o durante una cesárea.

También se puede hacer la colocación del DIU antes de que la usuaria sea dada de alta dentro de las 48 horas postparto inmediato (requiere capacitación específica).

Inmediatamente o durante los primeros siete días después del legrado por aborto incompleto no séptico.

A partir de la cuarta y sexta semana postparto y post-cesárea respectivamente.

La inserción del DIU solamente debe ser realizado por personal de salud debidamente entrenado

## BENEFICIOS

- Protege del riesgo de embarazo
- Ayuda a prevenir la anemia por deficiencia de hierro
- Puede proteger contra la enfermedad pélvica inflamatoria(EPIA)
- Reduce los cólicos menstruales
- Reduce los síntomas de endometriosis: dolor pélvico, sangrado irregular

## 3. MÉTODOS DE BARRERA

### DEFINICION

Son métodos temporales que impiden la unión del espermatozoide con el óvulo (fecundación).

### DESCRIPCIÓN O TIPO

Dependiendo de su naturaleza se dividen en:

Físicos:

- Preservativo o condón (masculino – femenino)
- Diafragma \*
- Capuchón cervical \*

\* No están disponibles en el Ministerio de Salud.

Químicos o espermaticidas de uso vaginal:

- Óvulos
- Tabletas
- Espumas
- Cremas
- Jalea
- Película

## MECANISMO DE ACCIÓN

Físicos:

Impiden el paso de los espermatozoides hacia el aparato reproductor femenino por acción de una barrera física.

Químicos:

Inactivan o destruyen los espermatozoides a nivel de la vagina, haciendo improbable la fecundación.

### *3.1 CONDONES O PRESERVATIVOS*

#### DESCRIPCIÓN

Condón masculino: Es una bolsa delgada generalmente hecha de poliuretano o látex, lubricado con sustancias inertes, tiene la función de cubrir el pene durante el acto sexual no dejando que el semen entre en contacto con la vagina. Algunos contienen espermaticidas.

Condón femenino: Consiste en un tubo de poliuretano fuerte, lubricado, cerrado en un extremo, de unos 15 cm. de largo y 7 cm. de diámetro. Alrededor de su extremo abierto, se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que sostiene el condón contra la

vulva. El otro extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual.

## PRESENTACION

Empaque individual esterilizado.

## DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La duración del efecto está limitado al tiempo de utilización correcta del método.

## EFFECTIVIDAD

Con uso correcto y sistemático la tasa de embarazo accidental es del 2% (tasa teórica.)

En condiciones habituales de uso el condón masculino tiene tasa de embarazo accidental del 15% (tasa típica).

En el caso del condón femenino estos porcentajes son de 5% para la tasa teórica y 21% para la tasa típica.

## BENEFICIOS

- Es el único método que protege contra ITS, incluyendo VIH así como del embarazo (método de doble protección)

## USO DEL MÉTODO

Condón masculino:

El condón masculino debe usarse en cada relación sexual y debe colocarse desde el inicio del coito, con el pene erecto, antes de la penetración. Debe retirarse el pene de la vagina cuando aun esta erecto para evitar salida del semen. Para quitarse el condón, se toma de la base y se desliza suavemente desde la misma.

Condón femenino:

El condón femenino debe colocarse antes de la penetración. Está diseñado para usarse una sola vez. La mujer debe colocarlo introduciendo el extremo cerrado de la funda en el fondo de la vagina y dejar el extremo abierto fuera de la vagina. Debe cuidarse que el pene penetre dentro del condón y no lateral a este; Para quitarse el condón se toma del extremo visible con el cuidado de no derramar el semen.

#### TIEMPO DE INICIO

El hombre o la mujer pueden iniciar el uso del condón o preservativo en cualquier etapa de su vida sexual o siempre que lo estime necesario.

### ***3.3 DIAFRAGMA (con espermicida) Y CAPUCHON CERVICAL***

#### DESCRIPCIÓN

El diafragma es una cúpula de hule que cubre el cuello del útero y generalmente se utiliza con crema espermicida. El capuchón cervical es similar al diafragma, pero más pequeño.

#### PRESENTACIÓN

Empaque individual, reusable.

#### DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La duración del efecto está limitada al tiempo de utilización correcta del método.

#### EFECTIVIDAD

En condiciones habituales de uso, la tasa de embarazo accidental es del 20%( tasa típica. Usado en forma correcta y sistemática la tasa de embarazo accidental del diafragma es de 6% y la del capuchón de 9%( tasa teórica). El capuchón cervical en mujeres con hijos reduce su efectividad, y tiene tasa típica de 40% y teórica de 26%( muy poco efectivo)

## EFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

- Lesión vaginal por técnica incorrecta para remoción del diafragma
- Dolor debido a la presión en la vejiga y el recto por tamaño inadecuado para la usuaria.
- Vaginitis
- Secreción vaginal inusual

## USO DEL MÉTODO

Tanto el diafragma como el capuchón cervical deben insertarse con espermicida en la vagina antes de la relación sexual y no retirarse sino hasta después de seis horas de que el hombre ha tenido su última eyaculación. El diafragma no debe dejarse en la vagina por más de 24 horas, el capuchón cervical, no más de 48 horas; ya que el hacerlo puede aumentar el riesgo de shock tóxico.

Después de retirado, debe lavarse con agua limpia y jabón suave; verificar si no está roto llenándolo de agua u observándolo contra la luz. Debe secarlo y guardarlo en un lugar limpio, oscuro y fresco.

### *3.4 ESPERMATICIDAS*

## DESCRIPCIÓN

Son barreras químicas formadas por 2 componentes: 1 químico, frecuentemente el nonoxynol – 9 y otro inerte.

## PRESENTACION

- Tableta, óvulo y película en presentación individual o en tubos de varias unidades.

## DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La duración del efecto anticonceptivo está limitada al tiempo de utilización correcta del método (alrededor de una hora después de la aplicación).

## EFECTIVIDAD

En condiciones habituales de uso la tasa de embarazo accidental es del 6% (tasa típica), con uso correcto y sistemático la tasa de embarazo accidental es del 2% (tasa teórica).

## USO DEL MÉTODO

Aplicación vaginal 15 minutos antes de cada relación sexual y no más de una hora antes.

No practicar lavados vaginales al menos seis horas después del coito.

En caso de que se de una nueva relación sexual, debe aplicarse nuevamente el espermicida.

## **4. PLANIFICACION FAMILIAR NATURAL**

### DEFINICION

Conjunto de métodos basados en el conocimiento de los periodos fértiles e infértiles de la mujer, incluyendo la infertilidad natural post parto (MELA) y que no requiere el uso de métodos hormonales o de barrera.

Estos métodos se subdividen en Métodos de abstinencia periódica; que pueden basarse en el calendario o en síntomas, y retiro voluntario, y el de Lactancia Materna y Amenorrea (MELA)

### *4.1 MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIODICA Y RETIRO VOLUNTARIO*

Son métodos que se basan en evitar tener relaciones sexuales durante el período fértil de la mujer. El período fértil de una mujer se puede reconocer mediante la observación, el registro y la interpretación de signos y síntomas naturales que se relacionan con la ovulación.

### DESCRIPCIÓN O TIPOS

- Basados en el calendario:
- Método del calendario (ritmo)

- Método de los días fijos o de días standard(collar)

#### Basados en síntomas

- Método del moco cervical (Billings) y método de dos días
- Método de la temperatura corporal basal
- Método sintotérmico
- Método del retiro voluntario (coito interrumpido)

**MECANISMO DE ACCIÓN** Impiden que los espermatozoides se unan con un óvulo al evitarse el acto sexual alrededor del período en que ocurre la ovulación (abstinencia periódica), o al retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación (retiro voluntario).

**EFFECTIVIDAD** Estos métodos bajo condiciones de uso correcto y consistente, proporcionan una efectividad teórica mucho mayor que la efectividad típica.

- Retiro voluntario (coito interrumpido): Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso, del 27%
- Método del calendario: La tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso es 9% (tasa teórica). En condiciones habituales de uso la tasa de embarazo accidental durante el primer año es del 20% (tasa típica).
- Métodos de signos indicadores de ovulación (temperatura y moco cervical):
- Temperatura, moco cervical Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso del 3% (tasa teórica) Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso del 20% (tasa típica)

**CRITERIOS PARA SU USO.**

**DESCRIPCIÓN**

Método del retiro (coito interrumpido): método en el que el acto sexual se interrumpe y el pene se retira de la vagina antes de la eyaculación. Este método tiene un alto porcentaje de falla porque el líquido pre-eyaculatorio contiene espermatozoides.

Método del calendario (ritmo) o de Ogino-Knaus. Como resultado de la observación continua de las fechas de la menstruación durante 6 meses se puede estimar el principio del período fértil restando 18 días al ciclo más corto, y el final del período fértil, restando 11 días al ciclo más largo. Se debe actualizar cada mes, siempre utilizando los últimos seis ciclos

Método de la temperatura corporal basal. Este método depende de un solo signo, que es la elevación de la temperatura corporal basal de 0.2 °C a 0.5 °C, cerca del tiempo que ocurre la ovulación (aproximadamente a la mitad del ciclo menstrual para muchas mujeres). La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo a la elevación de la temperatura basal; la cual debe ser tomada de la misma manera (Oral, rectal, axilar), todas las mañanas antes de levantarse.

- Método de moco cervical o de Billings. La abstinencia sexual debe comenzar el primer día que la pareja observa el moco cervical abundante y lubricante, y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que el moco cervical es más abundante y filante.
- Método de los dos días. Abstinencia sexual a partir del día en que la mujer nota secreciones y el día siguiente. Se reinician relaciones sexuales sin protección después de dos días secos.
- Método sintotérmico. Este método es denominado así porque combina varios síntomas y signos. (Temperatura corporal basal, calendario, moco cervical y otros síntomas ovulatorios).
- Método de los días fijos (collar) Este método se basa en la identificación de una fase fija de fertilidad. Para las mujeres con ciclos entre 26 y 32 días, esta fase va desde el día 8 hasta el día 19 de su ciclo menstrual.

## ***4.2 MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA)***

### **DEFINICION**

El MELA es un método anticonceptivo que se basa en la infertilidad natural postparto cuando se cumplan los 3 criterios siguientes:

- Amenorrea.
- Lactancia exclusiva o casi exclusiva, requiere amamantar con frecuencia durante el día y la noche.
- Dentro de los primeros 6 meses postparto.

**MECANISMO DE ACCIÓN** La succión efectuada por el lactante inhibe la producción de las hormonas que se requieren para la ovulación.

**DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO** El MELA proporciona una protección anticonceptiva durante los primeros 6 meses después del parto, siempre y cuando se cumplan los 3 criterios mencionados.

**EFFECTIVIDAD DEL MELA** Es sumamente efectivo. La tasa de embarazo accidental es del 2%. La extracción de la leche puede ser algo menos efectiva para prevenir el embarazo que el pecho directo y la tasa de embarazo en ese caso es del 5%.

**CRITERIOS PARA EL USO** Las mujeres que cumplan con los criterios antes mencionados.

**CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA** No existen condiciones médicas en las cuales el MELA esté restringido y no existe ninguna evidencia documentada de un impacto negativo en la salud materna. En mujeres con ciertas enfermedades crónicas, el elevado rango de tasas de fracaso a estos métodos puede exponer a la usuaria a un riesgo inaceptable de embarazo no deseado.

Las principales indicaciones de la lactancia materna siguen siendo la necesidad de proporcionar al niño un alimento ideal y protegerlo contra las enfermedades.

Sin embargo, ciertas condiciones u obstáculos que afectan la lactancia materna, también pueden afectar la duración de la amenorrea haciéndola menos útil como una elección con fines de planificación familiar. Estas incluyen:

- ◆ Infecciones tales como hepatitis viral activa
- ◆ Lesiones sifilíticas en la mama
- ◆ Portador del VIH

Condiciones que afecten al recién nacido y puedan afectar la lactancia materna son:

- ◆ Deformidades congénitas de la boca
- ◆ Hendiduras palatinas
- ◆ Recién nacido de bajo peso o prematuro
- ◆ Algunos desequilibrios metabólicos de la infancia
- ◆ Mujeres que ingieren medicamentos como: reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporinas, corticosteroides (altas dosis), bromocriptina, drogas radioactivas, litio, ciertos anticoagulantes y antidepresivos.

#### MODO DE USO E INICIO

- Iniciar la lactancia inmediatamente después del parto
- Amamantar cada vez que el lactante lo pide y sin horario fijo
- Evitar el uso de biberones y chupetes
- No dejar transcurrir largos períodos entre una mamada y otra (no más de 4 horas durante el día y no más de 6 horas durante la noche)
- No introducir alimentación suplementaria durante los primeros 6 meses

Se puede amamantar incluso cuando la madre o el bebé estén enfermos

## 5. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

### DEFINICIÓN

Para los efectos de la presente Guía de Atención en Planificación Familiar los Métodos Anticonceptivos Permanentes se entenderán que son aquellos que evitan de manera definitiva el embarazo y son recomendados para las personas que ya no desean tener más hijos; estos se efectúan de dos formas: la esterilización femenina y la esterilización masculina (vasectomía)

### *5.1 ESTERILIZACION QUIRURGICA FEMENINA*

La esterilización femenina es un método permanente que evita la fertilidad en la mujer. Es un procedimiento quirúrgico en el que las trompas de Falopio, que transportan el óvulo desde el ovario hasta el útero, se bloquean (se atan y se cortan, se cauterizan o se cierran con un anillo o grapa). La esterilización quirúrgica femenina puede clasificarse según:

Momento de realización:

- Postparto
- Intervalo

Por la vía de acceso utilizada:

- Mini laparotomía
- Laparoscopia
- Laparotomía

**MECANISMO DE ACCIÓN** El bloqueo de las trompas de Falopio evita que los espermatozoides se unan con el óvulo, evitando así la fecundación.

**DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO** La esterilización femenina brinda protección inmediata y es de carácter permanente.

**EFFECTIVIDAD** La tasa de falla durante el primer año de uso es de 0.2% al 0.5% durante el primer año de uso.

La probabilidad acumulada de una mujer a embarazarse hasta los 10 años después de la esterilización es estimada en 0.8% para las esterilizaciones postparto y 0.2% para las de intervalo. En general, mujeres esterilizadas en edades jóvenes tienen tasa de falla mayor que las esterilizadas a mayor edad.

#### **BENEFICIOS**

- Ayuda a proteger contra los riesgos del embarazo
- Protege contra la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)
- Protege contra cáncer de ovario

#### **SIGNOS DE ALARMA**

- Fiebre
- Dolor severo en región abdominal
- Distensión abdominal
- Sangrado

Si después del egreso hospitalario se detecta algún signo de alarma asociado con el procedimiento la usuaria debe ser referida en forma inmediata a un servicio de salud para su atención.

## CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

La esterilización quirúrgica no tiene ninguna contraindicación médica especial y se realizará en cualquier momento a toda usuaria que voluntariamente lo solicite, siempre que se esté razonablemente seguro que no hay un embarazo (ver anexo 7), que haya recibido consejería específica apropiada y que haya firmado o autorizado un consentimiento informado, independiente de la edad y paridad. Los casos especiales en cuanto al carácter voluntario se realizarán de acuerdo al marco legal vigente.

## LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCIÓN

Por ser de carácter permanente este método en particular requiere de una consejería amplia previa a su realización.

## INICIO DEL MÉTODO

Intervalo. La esterilización femenina se puede realizar en cualquier momento que se esté razonablemente seguro que la usuaria no está embarazada. (Ver anexo 7)

Postparto. La esterilización puede ser realizada entre los primeros 7 días postparto, preferentemente dentro de las primeras 48 horas, o después de los 42 días. Si el útero está completamente involucionado puede realizarse en un período anterior a los 42 días.

## ***5.2 ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA***

Es un método permanente que evita la fertilidad en el hombre. Es un procedimiento de cirugía menor que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides hacia el semen; por consiguiente, el semen es eyaculado sin espermatozoides.

## MECANISMO DE ACCIÓN

El bloqueo de los conductos deferentes hace que el semen sea expulsado sin espermatozoides.

## DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta 3 meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo u otro método de respaldo, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

Este método es permanente

## EFECTIVIDAD

- En los casos en los que el hombre no se puede hacer el espermograma tres meses después del procedimiento para analizar si todavía contiene espermatozoides, las tasas de embarazo son alrededor de 2 a 3 por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía. Esto significa que de 97 a 98 mujeres de 100 mujeres cuyas parejas se hayan hecho vasectomía no quedarán embarazadas.
- En los casos que se realice el espermograma después de la vasectomía hay menos de 1 embarazo por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía. (2 por 1000). Esto significa que 998 de cada 1000 mujeres cuyas parejas se han practicado vasectomía no quedarán embarazadas.

La vasectomía no tiene toda la eficacia hasta 3 meses después del procedimiento.

## **6. PILDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (PAE)**

### **DEFINICION**

Es de considerar para esta definición que la PAE no es un método anticonceptivo; esta consiste en el uso de anticonceptivos orales dentro de las primeras 120 horas posteriores a una relación sexual sin protección para la prevención del embarazo, teniendo en cuenta que cuanto más pronto se tomen después de la relación sexual sin protección, más eficaces son.

### **DESCRIPCIÓN O TIPOS**

Existen dos tipos principales:

- Anticonceptivos orales combinados, aquellos que contienen tanto un estrógeno como una progestina.
- Anticonceptivos orales que contienen sólo progestina.

### **PRESENTACION**

1. Pastillas combinadas. Se usan anticonceptivos orales combinados que contengan una mezcla de etinil-estradiol y levonorgestrel o norgestrel.

Existen algunas presentaciones que contienen 50 microgramos de etinil-estradiol y 250 microgramos de levonorgestrel o 500 microgramos de norgestrel.

Otras presentaciones más comúnmente disponibles contienen 30 microgramos de etinil-estradiol y 150 microgramos de levonorgestrel o 300 microgramos de norgestrel.

2. Pastillas de progestina sola. Existen presentaciones en las que cada pastilla contiene 750 microgramos de levonorgestrel. Existen otras pastillas más comúnmente disponibles en las que cada una contiene 37.5 microgramos de levonorgestrel o 75 microgramos de norgestrel.

## MECANISMO DE ACCIÓN

El mecanismo principal, es la inhibición o postergación de la ovulación, impidiendo así la fecundación. Existen estudios que sugieren la posibilidad de interferir la migración y función de los espermatozoides en la fase lenta o sostenida de la migración espermática, lo que podría reducir o anular la fecundación, en caso de llegar a producirse la ovulación. Además aumenta la viscosidad del moco cervical impidiendo el paso de los espermatozoides a la cavidad uterina.

Las PAE no son efectivas una vez que ha ocurrido la fecundación, por lo que no tienen un efecto abortivo.

## DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

El efecto anticonceptivo está limitado estrictamente a los días en que se usa el método en la forma recomendada.

## EFFECTIVIDAD

El uso de anticoncepción oral combinada de emergencia previene el 75% de los embarazos que ocurrirían si no se usara este método.

El uso de pastillas de progestina sola en anticoncepción de emergencia previene entre el 85 y 90% de los embarazos que ocurrirían si no se usara este método.

La efectividad de la anticoncepción de emergencia aumenta considerablemente entre más pronto, posterior a la relación sexual, se recurra a su uso; siempre y cuando no sobrepase las 120 horas.

El efecto anticonceptivo disminuye considerablemente después de las 120 horas y su uso generalmente ya no es recomendable pasado este tiempo.

### **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Los factores socioculturales (edad, estado civil, la religión, nivel educativo, machismo, creencias) pueden influir en la elección de un determinado método de planificación familiar.

### **HIPÓTESIS NULA**

Los factores socioculturales ( edad, estado civil, la religión, nivel educativo, machismo, creencias) no influyen en la elección de un determinado método de planificación familiar.

## **DISEÑO METODOLOGICO**

### **TIPO DE INVESTIGACION:**

El tipo de investigación según tiempo de ocurrencia y datos de investigación es: descriptiva transversal.

### **PERIODO DE INVESTIGACION**

Febrero a Junio 2015

### **UNIVERSO**

Todas las mujeres que habitan en el cantón El Jícaro es decir 940

### **MUESTRA**

Todas las mujeres que habitan en el cantón El Jícaro y que poseen una edad entre 15-35 años, es decir 231 y que consultaron en el mes de junio 123 de ellas las que no están utilizando ningún método de planificación son 95.

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Mujeres en edad fértil de 15 a 35 años.

Mujeres que habiten en el cantón El Jicaro, Tacuba, Ahuachapán y que consulten en el mes de Junio 2015

Mujeres que no estén inscritas en el programa de planificación familiar y no estén usando algún método de planificación

### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Pacientes que estén inscritas al programa de planificación familiar o estén usando algún método de planificación familiar.

Pacientes que no consulten en la unidad comunitaria de salud durante el periodo del mes de junio.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definición	Indicadores	Escala.	Instrumento	Fuente
Independiente Factores socioculturales	Factor sociocultural se define como: cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. Influyen directamente en la personalidad y toma de decisiones.	<u>Factores sociales</u> Edad  Nivel escolar  Estado civil  Trabajo  <u>Factores culturales</u> Religión Creencias Machismo Mitos	15-35 años  1°-3°; 4°-6°; 7°-9°; Bachillerato Universidad  Casada, soltera, acompañada.  Ama de casa, formal e informal.  Católico, protestante, ninguno	Encuesta	Mujeres en edad fértil de 15-35 años
Dependiente: Método de planificación familiar	Se define como: todos aquellos mecanismos utilizados voluntariamente, por el hombre o la mujer con el fin de evitar la concepción.	Conocimiento, creencias acerca métodos planificación: Anticonceptivos orales anticonceptivos inyectables Condón DIU.	Respuesta abierta	Encuesta	Mujeres en edad fértil de 15-35 años

## **FUENTES DE INFORMACION**

Para la investigación de campo se utilizara un cuestionario de entrevista con preguntas abiertas y cerradas las cuales se dirigieron a las pacientes a estudiadas abarcando los diferentes indicadores planteados en la operacionalización de las hipótesis.

## **TECNICAS DE OBTENCION DE INFORMACION:**

La técnica que utilizaremos será la realización de un cuestionario para recabar información necesaria.

## **MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE DATOS.**

Los datos personales de cada entrevistado no son del interés del estudio. Los datos recopilados se mostraran en conjunto y no en particular. Por lo cual se garantiza la confidencialidad de los datos. No es necesario consentimiento informado de los individuos involucrados.

## **PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACION:**

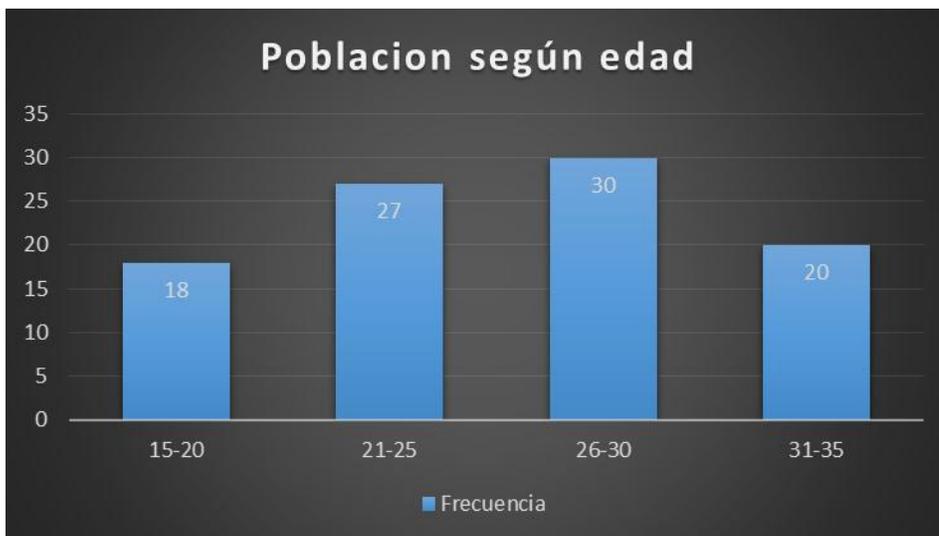
El procesamiento y análisis de datos será realizado por el núcleo de trabajo en el municipio previamente mencionado, se tabulara información por medio de Microsoft Office y se presentara información mediante tablas y graficas de barra.

## RESULTADOS

### 1- POBLACION SEGÚN EDAD

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-20	18	19%
21-25	27	28%
26-30	30	32%
31-35	20	21%
	<b>95</b>	

Fuente: Entrevista dirigida a la población en estudio

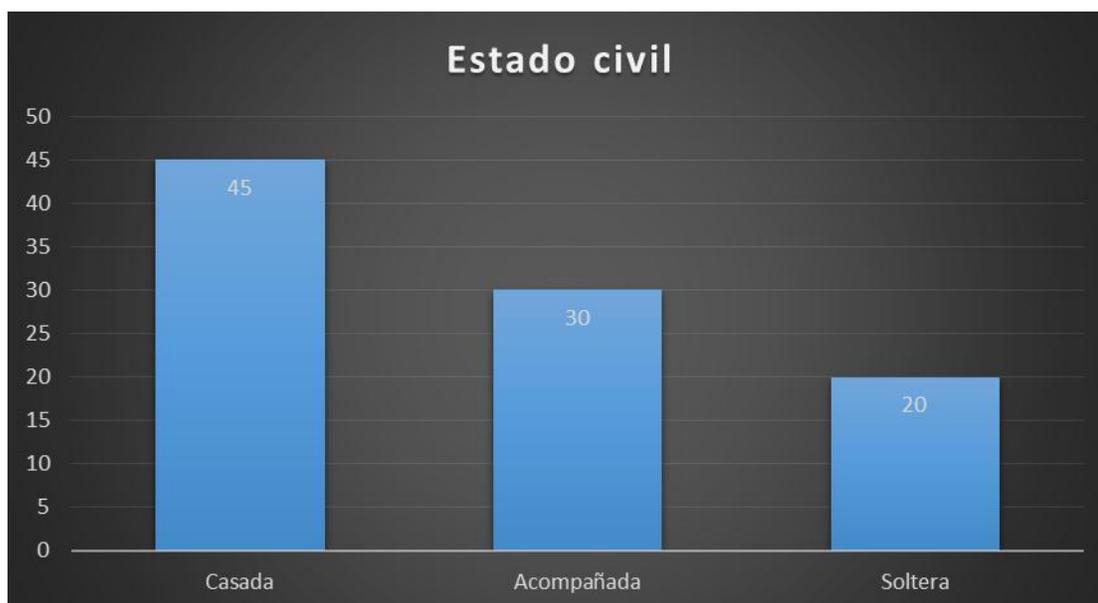


Análisis: En base a la información obtenida se observa que la mayoría de las pacientes que fue entrevistada corresponden al rango de edad de 26-30 años que son el 32% de la población, seguida de un 28% que corresponde al grupo de edades de 21-25 años, el 21% pertenecen al grupo de 31-35 años, el 19% corresponde a 15-20 años.

## 2- ESTADO FAMILIAR

Estado familiar	Frecuencia	Porcentaje
Casada	45	47%
Acompañada	30	32%
Soltera	20	21%
Total	95	

Fuente: Entrevista dirigida a la población en estudio

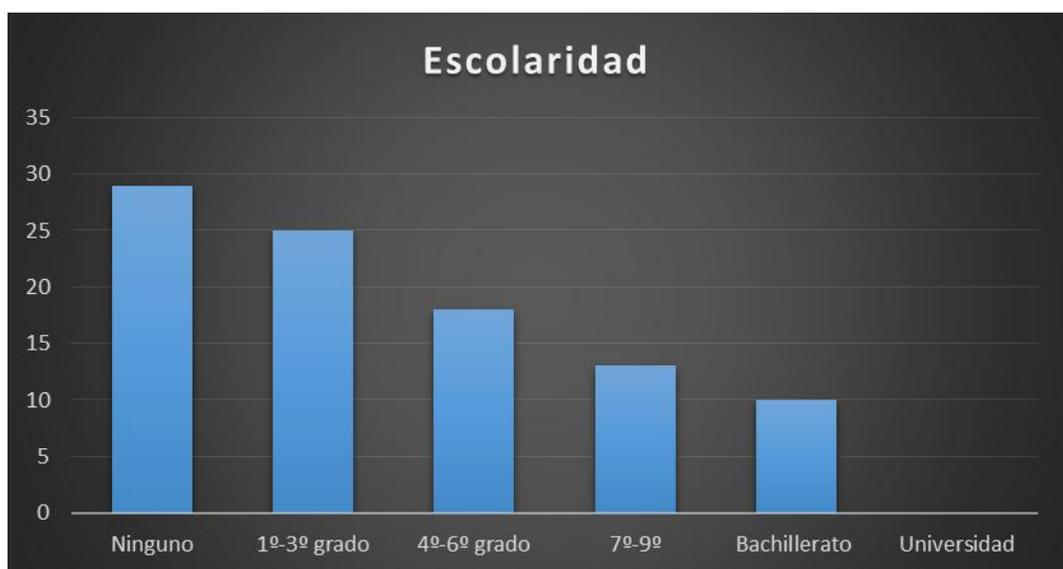


Análisis: La información anterior muestra que la mayoría de las pacientes son casadas 45 de ellas, el resto 30 de ellas están acompañadas y sólo un mínimo porcentaje es soltera esto rebela parte importante de la cultura de las pacientes que consultan, ya que la gran mayoría que no utilizan un método de planificación familiar si cuentan con una pareja estable o casada la cual puede influir en la decisión de no usar un método, un pequeño porcentaje de pacientes que se declaran solteras tampoco utilizan un método.

### 3- NIVEL DE ESTUDIO

NIVEL DE ESTUDIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	29	31%
1º-3º grado	25	26%
4º-6º grado	18	19%
7º-9º	13	14%
Bachillerato	10	11%
Universidad	0	0%
	<b>95</b>	

Fuente: Entrevista dirigida a la población en estudio



Análisis: El uso de métodos de planificación familiar se relaciona directamente con el grado de educación de las pacientes, observándose que la mayoría de pacientes no cuentan con un nivel de educación básica, algunos centros escolares brindan información sobre métodos de planificación familiar y despejan algunas dudas sobre los métodos esto facilita a que las pacientes consulten al programa en las unidades de salud, esto nos indica que las pacientes sin ningún nivel educativo no han obtenido información adecuada sobre los métodos de planificación familiar y esto crea desconfianza y rechazo a los métodos de planificación familiar. Es de hacer notar que un mínimo porcentaje de las pacientes manifiestan tener estudios de educación básica o bachillerato y ninguna de ellas tiene educación superior universitaria.

#### 4- TRABAJO U OCUPACION

TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Oficios domésticos	49	52%
empleado publico	16	17%
Sector privado	12	13%
Sector informal	18	19%
	<b>95</b>	

Fuente: Entrevista dirigida a la población en estudio



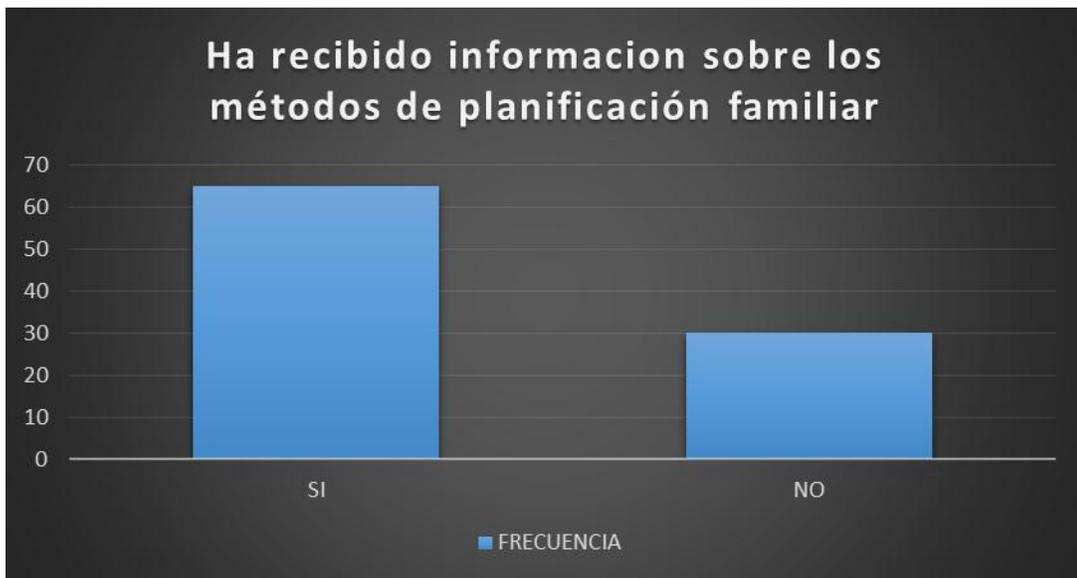
Análisis : Es verdaderamente significativo observar que más de la mitad de las pacientes no cuentan con un empleo o trabajo y se dedican a oficios domésticos y al cuidado de la familia algo característico en aéreas rurales donde la mayoría de familias dependen del hombre como fuente de ingresos familiares, lo cual provoca que los ingresos familiares sean bajos, solo un mínimo porcentaje de pacientes manifiestan aportar fondos a la economía familiar en empleos públicos, sector privado o informal.

#### 5- HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--	------------	------------

OPINION		
SI	65	68%
NO	30	32%
TOTAL	95	100%

Fuente: Entrevista dirigida a la población en estudio



Análisis : Es verdaderamente significativo que la gran mayoría de la población manifiesta haber tenido cierto grado de información sobre los métodos de planificación familiar por diferentes medios y que aun esto no influyó suficiente para su inscripción en el programa de planificación familiar y en menor porcentaje manifestó nunca haber recibido información sobre los métodos de planificación familiar antes de su inscripción.

## 6- QUIEN LE BRINDO LA INFORMACION?

FUENTE DE INFORMACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Personal de salud	22	34%
Familiares	9	14%
Amigos	30	46%
Iglesia	0	0%
Otros	4	6%
Total	65	100%

Fuente: Entrevista dirigida a la población en estudio



Análisis: Es verdaderamente significativo el hecho de que solo el 22% de la población manifiesten haber tenido información previa por parte del personal de salud como parte fundamental del componente de educación en salud que se debe de brindar a la población garantizando que de esta forma se logre brindar una información idónea a las pacientes. Es preocupante que la mayor parte de las pacientes 46% manifiesten haber tenido información previa por parte de amigos 46% y por la familia un 14% lo que no garantiza que se logre brindar una información idónea a las pacientes, los amigos y familiares en ocasiones no brindan una información adecuada sobre los métodos a las pacientes y originan dudas, desconfianza hacia la planificación, las iglesias por su parte según las entrevistadas no brindan orientación a las pacientes sobre dicho tema y

generalmente la información que brindan es de rechazo a los métodos; entre otras fuentes de información se encuentran las centros educativos los cuales a pesar de estar en mayor contacto con pacientes durante la adolescencia que es la etapa donde se originan el interés por la sexualidad no brindan una orientación adecuada sobre esta temática.

### 7- SU COMPAÑERO DE VIDA TAMBIEN RECIBIO ESTA INFORMACION?

RESPUESTA	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	22%
No	74	78%
Total	95	100%

Fuente: Entrevista dirigida a la población en estudio



Análisis: Se puede observar que es muy bajo el porcentaje 21% de hombres que reciben información sobre planificación familiar, probablemente porque casi nunca asisten con su pareja a la unidad de salud en el momento de inscripción y abastecimiento de los métodos. Lo que ocasiona en los hombres un bajo nivel de salud reproductiva, lo que influye de forma negativa en las mujeres a la hora de la utilizar los métodos de

planificación porque por la misma falta de conocimientos impiden que sus esposas utilicen algunos métodos.

### 8- QUIEN TOMO LA DECISIÓN DE NO USAR METODO DE PLANIFICACIÓN?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mujer	42	44%
Hombre	31	33%
Ambos	22	23%
Total	95	100%

Fuente: Entrevista dirigida a la población en estudio

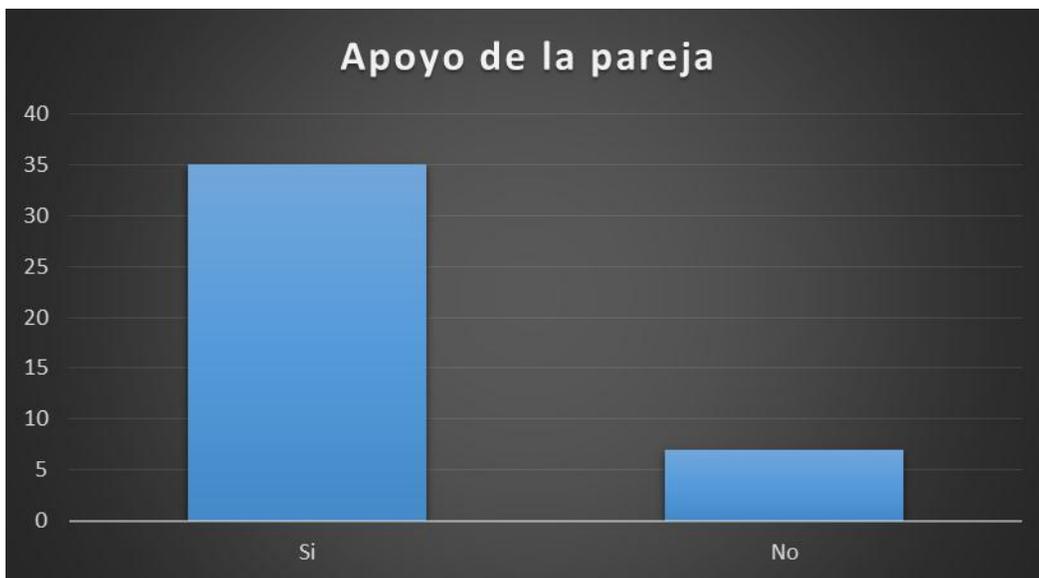


Análisis: En la mayor parte de la población la de estudio la decisión por un método fue tomada por la mujer, las cuales informan a su compañero de su decisión y cuentan con su apoyo. El 33% el hombre es quien toma la decisión obligando a su compañera a aceptarla, un 23% reflejando una decisión integral de la pareja donde ambos decidieron.

## 9- CUENTA CON EL APOYO Y CONSENTIMIENTO DE SU PAREJA?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	35	83%
No	7	17%
Total	42	100%

Fuente: Entrevista dirigida a la población en estudio

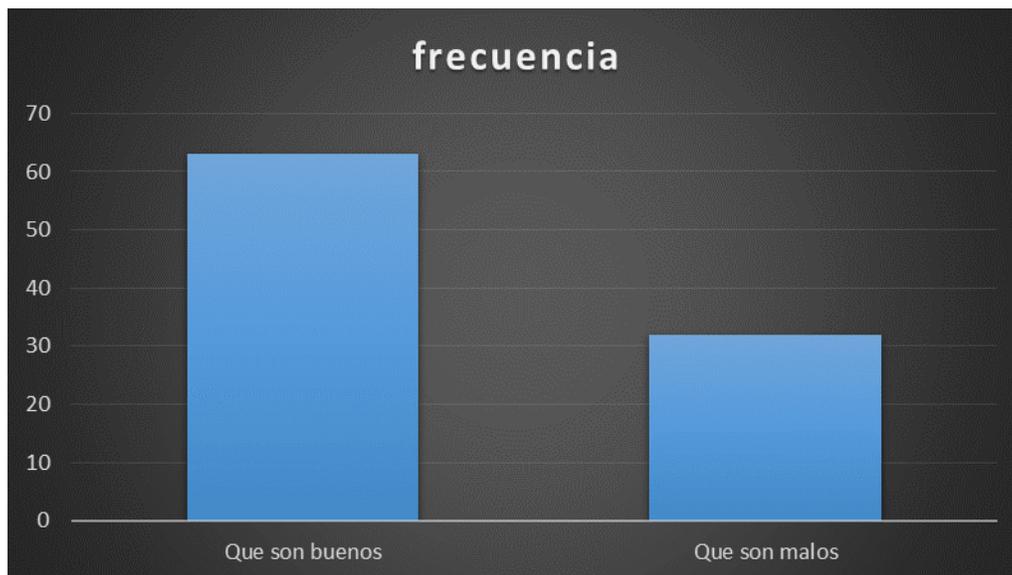


Análisis: La minoría de las mujeres no cuenta con el apoyo de su pareja por lo que se puede relacionar con el hecho de no informar a la pareja sobre su estado de planificación o en contra de la opinión de su compañero, la mayoría de las pacientes que no están planificando cuentan con el apoyo de la su pareja lo que refleja que la mayoría de veces es una decisión de acuerdo mutuo.

**10- ¿QUE HA ESCUCHADO USTED SOBRE EL USO DE ANTICONCEPTIVOS?**

<b>respuesta</b>	<b>frecuencia</b>	<b>porcentaje</b>
<b>Que son buenos</b>	63	63%
<b>Que son malos</b>	32	32%
<b>Total</b>	95	100%

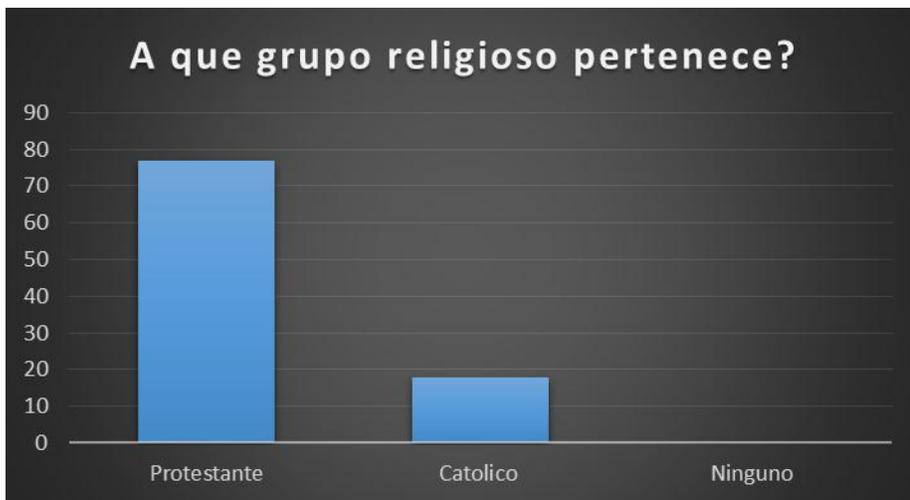
Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio



Analisis: Dentro de las personas encuestadas podemos observar que el 63% de ellas manifiestan que son buenos y un 32% refiere que son malos.

11- ¿ A QUE GRUPO RELIGIOSO PERTENECE?

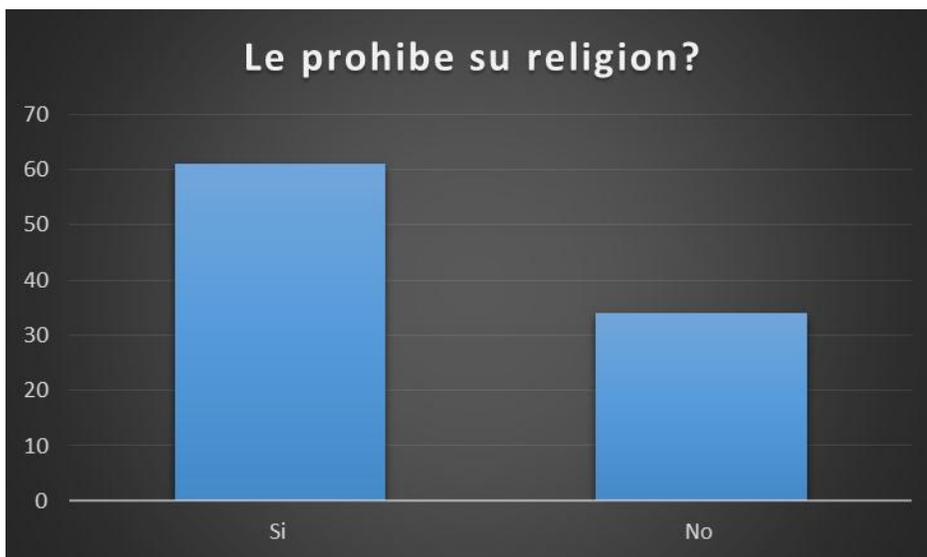
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Protestante	77	81
Católico	18	19
Ninguno	0	0
Total	95	100%



Analisis: La gran mayoría de las personas entrevistadas manifestaron identificarse con la religión protestante, lo que se comprueba por las diferentes liturgias que se llevan a cabo en una población históricamente donde la opinión de su líder religioso se refleja en gran manera en sus oyentes, aplicable también a los católicos.

**12- ¿LE PROHIBE SU RELIGION ALGUN METODO DE ANTICONCEPCION?**

<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	61	64%
<b>No</b>	34	36%



Analisis: se puede deducir que la mayoría de la población percibe que su religión les prohíbe el uso de la anticoncepción, manifestado durante las reuniones el carácter “pecaminoso” de la anticoncepción.

### 13- ¿QUE SABE USTED SOBRE ANTICONCEPTIVOS ORALES?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1. Se toman cada día	35	33%
2. Que tienen efectos secundarios	25	24%
3. Que debe respetarse las dosis	11	10%
4. Que son seguras	7	6%
5. Que causa infertilidad	18	17%



Análisis: debido a la naturaleza de las preguntas durante la entrevista se agruparon respuestas similares dando como resultado una amplia gama de respuestas entre las cuales el mayor porcentaje de las entrevistadas coincide en que los ACOS deben tomarse cada día, este y los demás puntos debido a las charlas que reciben por parte de los servicios de salud; además puede observarse el conocimiento que tienen sobre efectos

secundarios y alteraciones de su periodo menstrual, es de hacer notar que un grupo de pacientes refiere que pueden causar infertilidad.

### 13. ¿QUE SABE SOBRE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Se ponen cada mes o cada 3 meses.	22	21%
Se quita el periodo menstrual.	25	23%
Dan efectos secundarios.	37	36%
Son seguros	11	10%

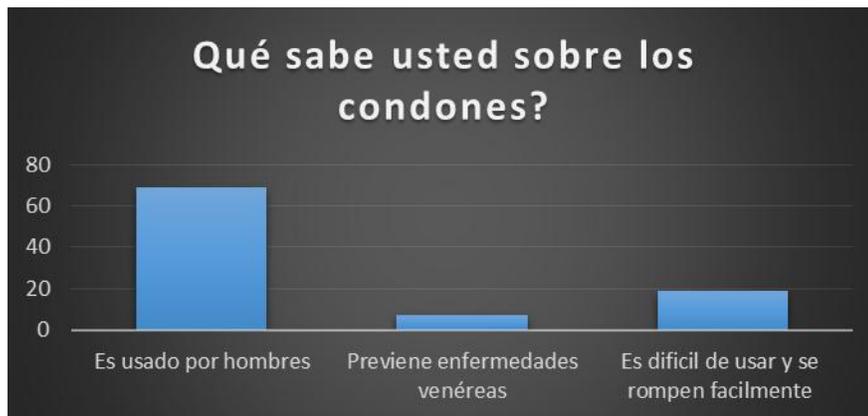


Análisis: las entrevistadas poseen una mayor cantidad de conocimiento sobre anticonceptivos inyectables, influenciado por la practicidad de su uso, se constato que elementos de su uso tales como tiempo de duración, alteraciones del periodo menstrual,

efectos secundarios y la seguridad que proporcionan son de conocimientos de las usuarias.

### 13. ¿QUE SABE SOBRE LOS CONDONES?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Es usado por hombres	69	73%
Previene enfermedades venéreas	7	7%
Es difícil de usar y se rompen fácilmente	19	20%



Análisis: Se puede apreciar solo que unas pocas pacientes saben la importancia del método para prevenir enfermedades venéreas, también desconocen que existen condones femeninos, algunas hacen notar que es difícil de usar y que se rompen porque así lo escucharon de amigos.

#### 14- ¿QUE SABE SOBRE EL DIU?

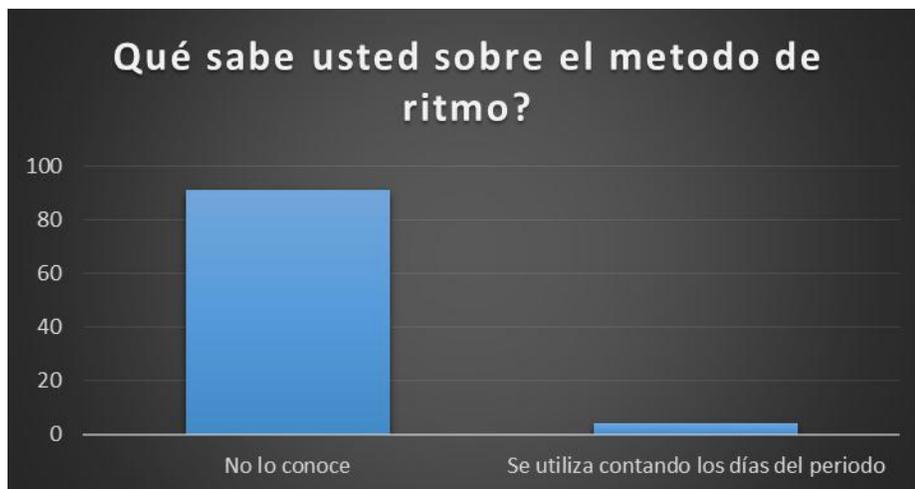
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Es usado solo por mujeres	72	68%
Causa malformaciones	13	12%
Causa mucho dolor	15	20%



Análisis: el DIU representa uno de los mayores retos debido al carácter invasivo de su colocación y de los mitos que o rodeas, debido a lo anterior es quizá el menos usado y sobre el que más dudas se tienen.

### 15-. ¿QUE SABE SOBRE EL METODO DE RITMO?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No lo conoce	91	87%
Se utiliza contando los días del periodo	4	13%



Análisis: el método del ritmo es prácticamente desconocido para las usuarias entrevistadas, debido a que en las charlas de educación se priorizan métodos más confiables, hecho que se ve reflejado en el alto porcentaje de desconocimiento.

## DISCUSIÓN

Al analizar los datos obtenidos en el trabajo de campo realizado en el Canton El Jicaro durante el presente año se pudo constatar que en una población que posee características como baja escolaridad, nivel socioeconómico bajo, poca información y difícil acceso a los servicios de salud, entre otros; representa un desafío implementar políticas de salud como el uso de métodos anticonceptivos.

Pese a la reforma de salud en donde se ha tratado de llevar la medicina preventiva como política de salud resulta contrastante que programas con apoyo no solo gubernamental sino de organismos internacionales aun existan poblaciones en donde sus habitantes se muestran reacios a hacer uso de ello; en el caso de la anticoncepción se presenta un reto de mayor envergadura debido a que se necesita un trabajo de campo que incluya como elemento indispensable la educación con el consenso de la mayoría de las y los beneficiados, trabajando de una manera en donde sean los líderes tradicionales de estas comunidades quienes sean elementos generadores de cambio para los habitantes. Los líderes comunitarios representan un factor determinante para la implementación de programas de salud debido al impacto de su aprobación en los habitantes y su consiguiente éxito, de manera que se pueda lograr una educación continua a través de mecanismos establecidos de manera conjunta entre prestadores de los servicios de salud.

Dentro de las estrategias más efectivas para implementar la planificación familiar esta las charlas durante las reuniones comunitarias además de en las escuelas y capacitaciones en términos acordes a la escolaridad y el nivel cultural, evitando de esta manera conflictos innecesarios que entorpecerían el objetivo primordial de los programas de planificación familiar: la educación.

## CONCLUSIONES.

Habiendo finalizado la tabulación y análisis de los resultados obtenidos de la investigación sobre los factores socioculturales que influyen en el uso de anticonceptivos en las mujeres de 15 a 35 años de edad en el canton el Jicaro, Tacuba, Ahuachapan, febrero a junio 2015 se han planteado las siguientes conclusiones.

- 1- En las pacientes sujetos a estudio existen múltiples factores que influyen en la elección de un método, encontrándose entre estos: la edad, el estado civil, la religión, el machismo; además se observó que existen factores como el nivel educativo en los cuales se observó una influencia al momento de la elección; con lo que se acepta la hipótesis de trabajo
- 2- Se evidenció que la mayoría de pacientes 68 % han recibido algún tipo de información sobre los métodos de planificación familiar siendo esta brindada en el 46% por amigos, lo cual aumenta la desinformación y los mitos sobre los métodos anticonceptivos. Solo un 34% recibieron la información del personal de salud. Solo un 4% es dado por las demás instituciones gubernamentales y no gubernamentales que tienen a cargo la educación, cubren una escasa parte de la población de estudio. Es de hacer notar que los grupos religiosos no aportan educación sobre métodos de planificación familiar a la población.
- 3- En cuanto al apoyo de la pareja sobre la planificación familiar, el 83 % de los pacientes manifiesta que cuenta con el apoyo directo de su pareja para no usar método de planificación, solo un 17% no cuenta con el apoyo de su pareja.

- 4- Con respecto a la influencia que tienen los grupos religiosos sobre la planificación familiar, se evidencia que las pacientes que pertenecen a grupos religiosos, el 64% manifestó que su religión le prohíbe el uso de los métodos de planificación familiar, siendo la mayoría de ellas protestantes donde se prohíben métodos como los hormonales y los de barrera (condón). Por lo que existe una gran mayoría de pacientes en edad reproductiva que no asisten al programa de planificación por dicha razón.
- 5- Al indagar sobre los conocimientos que tienen las pacientes sobre los métodos de planificación familiar se observó que la mayoría tiene conocimientos limitados que incluyen información certera y errónea de los anticonceptivos orales e inyectables, que incluye el tipo de método, modo de uso, efectos adversos y poseen poca información sobre el mecanismo de acción y sus ventajas. Respecto a los condones la mayoría de las pacientes no saben que protegen contra enfermedades de transmisión sexual, desconocen la existencia de condones femeninos por lo que manifiestan que solo pueden ser usados por los hombres; En cuanto al DIU la mayoría desconoce de este método y sus características, las pacientes manifestaron conocerlo como “el aparatito” que se coloca en la “matriz”. Los métodos naturales (el ritmo) son desconocidos por la mayoría de las pacientes.

## **RECOMENDACIONES.**

Ya conocidas las conclusiones, del trabajo de investigación acerca de los factores socioculturales que influyen en el uso de un método de anticoncepción en las mujeres de 15 a 35 años en el canton El Jicaro, Tacuba, Ahuachapan, febrero a junio 2015, se establecen las siguientes recomendaciones dirigidas al Gobierno, Ministerio de Salud Pública, Unidades comunitarias de Salud familiar, Ministerio de Educación, , Grupos religiosos, A las usuarias; con el objetivo de orientar a las mujeres y población en general sobre los diferentes métodos de planificación familiar y dar a conocer los diferentes factores socioculturales que influyen en la elección de un método determinado para que no se vean influenciadas de forma negativa al momento de tomar una decisión.

### **Al Gobierno de El Salvador:**

- 1- Es necesario que el presupuesto designado al sector salud y educativo se enfoque más en áreas preventivas e informativas sobre temas relacionados con la salud reproductiva para inculcar desde la adolescencia la importancia de la planificación familiar y que con los conocimientos adquiridos tengan la capacidad de tomar una conducta apropiada acerca de la anticoncepción.
- 2- Que también se destine más recursos para que se incluyan otros métodos anticonceptivos y que se mejore la calidad de los ya existentes, en el cuadro básico de medicamentos y a así tener una mayor diversidad de métodos para que

las pacientes tengan más opciones a elegir, logrando de este modo una mayor satisfacción de las usuarias.

#### **Al Ministerio de Salud Pública:**

1- Contratar más personal de salud que se dedique a dar servicios de salud en áreas de difícil acceso geográfico, para dar mayor cobertura al programa de planificación familiar.

2- Mantener programas de educación continua de planificación familiar dirigidos a todo el personal no solo al encargado de brindar atención a las usuarias del programa de planificación familiar.

#### **A los niveles locales (unidades comunitarias de salud familiar)**

1- Que continúen brindando educación en salud a la población en general, principalmente a las pacientes en edad reproductiva para hacerles ver las ventajas de la planificación familiar.

2.- Mayor promoción e información de los métodos existentes para que las personas conozcan las opciones que tienen para elegir, a través de material educativo (panfletos, carteles, boletas) y así disminuir los conceptos erróneos que se tienen sobre los métodos evitando la influencia negativa que los factores socioculturales pueden generar en las pacientes.

3- Que las unidades de salud coordinen con los grupos religiosos locales a fin de que estos permitan que sus integrantes que acepten el uso de los métodos anticonceptivos y además capacitar a sus líderes para que sean capaces de brindar información adecuada a sus miembros.

### **Al Ministerio de Educación.**

1- Coordinar con el ministerio de salud para brindar charlas de educación sexual y reproductiva en las diferentes escuelas e institutos a los adolescentes que son el grupo en el que se inicia el interés por el tema además necesitan tener información adecuada que sienta las bases para una sexualidad sana.

2- Que se incluyan temas sobre planificación familiar en el programa educativo para que sean impartidos por el personal docente previamente capacitados.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

<sup>1</sup> <http://minsal.gov.sv/logrosyresultados>

<sup>2</sup> Ministerio de salud y asistencia social. Guia técnica de planificación familiar. Diciembre 2008

<sup>3</sup> BERRET, Jonathan S y otros. Ginecología de Novak. Edición 13, México, editorial McGraw Hill, 2003, 1319 págs.

<sup>4</sup> CUNNINGHAM, F. Gari y otros. Willas Obstetricia . 21 edición, Buenos Aires, Argentina, Editorial medica Panamericana, 2002 , 1422 págs.

DYGESTIC, datos de población, tacuba 2014.

República de El Salvador, C.A. Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2002/2003) Informe final.

USAID. Salud Reproductiva, Materna e Infantil en Centroamérica. Agosto 2005 . Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar, Manual Mundial para proveedores. 2007.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención Integral de Salud de Adolescentes. Octubre 2007.

## ANEXOS

**AMÉRICA LATINA: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD ESTIMADAS SEGÚN QUINQUENIOS, POR PAÍSES**

**1950-2010**

País	Tasas globales de fecundidad											
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
<b>América Latina</b>	<b>5.9</b>	<b>5.9</b>	<b>6.0</b>	<b>5.6</b>	<b>5.1</b>	<b>4.5</b>	<b>3.9</b>	<b>3.4</b>	<b>3.0</b>	<b>2.8</b>	<b>2.6</b>	<b>2.4</b>
Argentina	3.2	3.1	3.1	3.0	3.1	3.4	3.2	3.0	2.8	2.6	2.4	2.3
Bolivia	6.8	6.8	6.6	6.6	6.5	5.8	5.3	5.0	4.8	4.3	4.0	3.5
Brasil	6.2	6.2	6.2	5.4	4.7	4.3	3.8	3.1	2.6	2.5	2.3	2.2
Chile	5.0	5.5	5.4	4.4	3.6	2.8	2.7	2.7	2.6	2.2	2.0	1.9
Colombia	6.8	6.8	6.8	6.2	5.0	4.3	3.7	3.2	3.0	2.8	2.6	2.5
Costa Rica	6.7	7.1	7.2	5.8	4.3	3.8	3.5	3.4	2.9	2.6	2.3	2.1
Cuba	4.1	3.7	4.7	4.3	3.5	2.1	1.8	1.8	1.6	1.6	1.6	1.6
Ecuador	6.7	6.7	6.7	6.5	6.0	5.4	4.7	4.0	3.4	3.1	2.8	2.6
El Salvador	6.5	6.8	6.8	6.6	6.1	5.6	4.5	3.9	3.5	3.2	2.9	2.6
Guatemala	7.0	6.6	6.5	6.3	6.2	6.2	6.1	5.7	5.5	5.0	4.6	4.2
Haití	6.3	6.3	6.3	6.0	5.8	6.0	6.2	5.9	4.8	4.4	4.0	3.6
Honduras	7.5	7.5	7.4	7.4	7.1	6.6	6.0	5.4	4.9	4.3	3.7	3.2
México	6.9	7.0	6.8	6.8	6.5	5.3	4.2	3.6	3.1	2.8	2.5	2.3
Nicaragua	7.3	7.3	7.3	7.1	6.8	6.4	6.0	5.2	4.6	3.9	3.3	3.0
Panamá	5.7	5.9	5.9	5.6	4.9	4.1	3.5	3.2	2.9	2.8	2.7	2.6
Paraguay	6.5	6.5	6.6	6.3	5.7	5.2	5.3	4.9	4.6	4.2	3.8	3.5
Perú	6.9	6.9	6.9	6.6	6.0	5.4	4.7	4.1	3.7	3.2	2.9	2.6
República Dominicana	7.4	7.4	7.3	6.7	5.6	4.7	4.2	3.6	3.2	2.9	2.7	2.6
Uruguay	2.7	2.8	2.9	2.8	3.0	2.9	2.6	2.5	2.5	2.4	2.3	2.2
Venezuela	6.5	6.5	6.7	5.9	4.9	4.5	4.0	3.6	3.3	2.9	2.7	2.5
<b>Caribe</b>												
Antillas Neerlandesas	5.7	5.2	4.4	3.3	2.7	2.5	2.4	2.3	2.3	2.1	2.1	2.0
Bahamas	4.1	4.3	4.5	3.8	3.4	3.2	3.2	2.6	2.6	2.4	2.3	2.2
Barbados	4.7	4.7	4.3	3.5	2.7	2.2	1.9	1.8	1.6	1.5	1.5	1.5
Belice	6.7	6.6	6.5	6.4	6.3	6.2	5.4	4.7	4.4	3.6	3.2	2.8
Guadalupe	5.6	5.6	5.6	5.2	4.5	3.1	2.6	2.5	2.1	2.1	2.1	2.0
Guyana	6.7	6.8	6.2	6.1	4.9	3.9	3.3	2.7	2.6	2.5	2.3	2.2
Guyana Francesa	5.0	4.9	5.0	5.0	4.2	3.3	3.6	3.7	4.1	3.8	3.3	2.9
Jamaica	4.2	5.1	5.6	5.8	5.0	4.0	3.6	2.9	2.8	2.5	2.4	2.2
Martinica	5.7	5.7	5.5	5.0	4.1	2.7	2.1	2.1	1.9	1.9	1.9	1.9
Puerto Rico	5.0	4.8	4.4	3.4	3.0	2.8	2.5	2.3	2.2	2.0	1.9	1.9
Santa Lucía	6.0	6.9	6.8	6.5	5.7	5.2	4.2	3.7	3.2	2.4	2.3	2.2
Suriname	6.6	6.6	6.6	5.9	5.3	4.2	3.7	2.9	2.5	2.6	2.5	2.3
Trinidad y Tabago	5.3	5.3	5.0	3.8	3.5	3.4	3.2	2.8	2.1	1.7	1.6	1.6

**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD:**

Es el número promedio de hijos que tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período de estudio y no estuvieran sometidas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta la finalización del período fértil.

Fuente : CEPAL /CELADE Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población, Boletín demográfico N°. 73

## MÉTODO DE MOCO CERVICAL

Menstruación		Período infertil		Período fértil				Período infertil																	
				Primer cambio		Cambio brusco																			
<b>Nada Seco</b>				Espeso y humedo		Elastico y lubricado		<b>Nada o pastosa</b>		<b>Seco</b>															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
				S	S	S	S	S	S	S	M	H	L	H	L	H	L	M	M	S	S	S	S	S	S

Modelo de un ciclo de 28 días. Cada mujer tiene un moco cervical que es diferente al de las demás.

Cada ciclo menstrual es diferente de los otros

**S = Seco**

**H = Húmedo**

**M = Mojado**

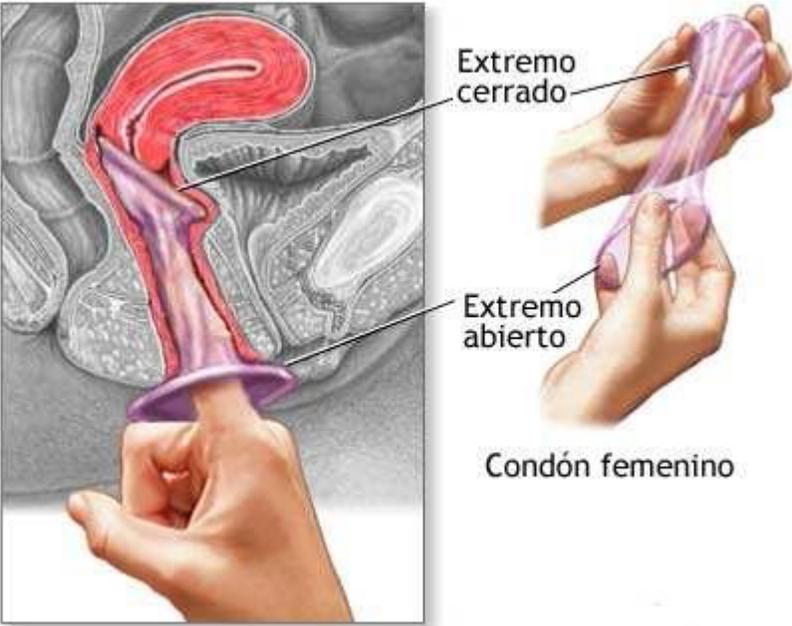
+

**L = Sensación de Lubricado**

MODO DE USO DE CONDÓN MASCULINO



MODO DE USO DE CONDÓN FEMENINO



CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

OBJETIVO: RECOPIRAR INFORMACIÓN SOBRE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE UN MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN EN LAS MUJERES DE 15 A 35 AÑOS



**Universidad de El Salvador**  
*Hacia la libertad por la cultura*

Fecha: \_\_\_\_\_

- Edad: \_\_\_\_\_

- Estado familiar:

Casada

Soltera

Acompañada

- Nivel de estudio:

- a) ninguno
- b) 1° - 3° grado.
- c) 4°- 6° grado.
- d) 7°- 9° grado.
- e) Bachillerato.
- f) Superiores universitario
- g) Superior no universitarios.

Trabajo u ocupación:

- a) Oficios domésticos
- b) Empleado público
- c) Sector privado
- d) Sector Informal

- Ha recibido información sobre los métodos de planificación familiar:

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

- Quién brindó la información?:

a) personal de salud

b) familiares

c) amigos

d) iglesia

e) otros (especifique): \_\_\_\_\_

- Su compañero de vida también recibió esta información: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

- En su caso quién tomó la decisión de no usar un método anticonceptivo

Hombre\_\_\_\_\_ mujer\_\_\_\_\_ Ambos: \_\_\_\_\_

Cuenta con el apoyo y consentimiento de su pareja?: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

- Su pareja le permite usar un método de planificación?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

- Qué ha escuchado usted acerca de los métodos anticonceptivos?

\_\_\_\_\_

- A qué grupo religioso pertenece?:

a) católico.

b) Protestante

c) Ninguno

- Le prohíbe su religión algún método de anticoncepción:

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ ¿Cuál método?\_\_\_\_\_

- Qué sabe usted sobre Anticonceptivos orales?:

---

---

- Qué sabe usted sobre Anticonceptivos inyectables?:

---

---

- Qué sabe usted sobre los Condones?:

---

---

- Qué sabe usted sobre el DIU?:

---

---

- Qué sabe usted sobre el método del ritmo?:

---

---