

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



INFORME FINAL DE INVESTIGACION:

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LOS
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN USUARIAS DE LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE MONCAGUA Y
ESPECIALIZADAS LA PRESITA, SAN MIGUEL Y PERQUÍN MORAZÁN, AÑO
2019**

PRESENTADO POR:

**STEFANY NATHALIE AYALA AMAYA
RICARDO AUGUSTO GARCIA DIAZ
CALIXTO ELÍAS GOMEZ RUBIO**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR (A) EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DRA. OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELASQUEZ

NOVIEMBRE DE 2019

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DOCTOR RAUL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADEMICO

INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

INGENIERO FRANCISCO ALARCON

SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

LICENCIADO CRISTOBAL HERNÁN RIOS BENITEZ

DECANO

LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS

VICEDECANO

LICENCIADO ISRAEL LOPEZ MIRANDA

SECRETARIO INTERINO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES

MSC. ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO COORDINADORA
GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACION DE DOCTORADO EN MEDICINA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

DOCENTE ASESOR:

DRA. OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELASQUEZ

**ASESOR DE METODOLOGIA: MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS
CASTILLO COORDINADORA**

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

TRIBUNAL CALIFICADOR

DRA. OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELASQUEZ

DRA. ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

DR. HORACIO GARCIA ZARCO

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios todopoderoso por ser mi guía y mi respaldo durante toda mi carrera de medicina en los momentos más difíciles siempre recordaba esta c de la biblia: No temas porque yo estoy contigo, no desmayes porque yo soy tu Dios que te esfuerzo; siempre te ayudaré, siempre te sustentaré con la diestra de mi justicia.

A mis padres Henri Mauricio Ayala Larios y Alina Lisette Amaya de Ayala por su apoyo incondicional, por la motivación que me brindaron todo el tiempo cuando las cosas se tornaban difíciles y por los miles de sacrificios que hicieron por verme triunfar, sin ustedes esto no hubiera sido posible, los amo.

A mis hermanas Jessica y Valeska por brindarme su ayuda, por hacerme sentir mejor en las dificultades y por siempre estar en los momentos más importantes.

A todos los docentes que fueron parte de nuestra formación, en especial a nuestra asesora la Dra. Olivia Ana Lisseth Segovia Velásquez por su apoyo y conocimientos impartidos en este trabajo de graduación.

A mi novio y sus padres el Dr. Carlos Augusto García Araya y Dra. María Estela Díaz de García por las muestras de apoyo constantes y cariño, una bendición que formaran parte de este proceso.

Finalmente, a mis amigos y compañeros de tesis Ricardo y Calixto por el apoyo y por ser parte importante para poder culminar nuestra carrera.

Stefany Nathalíe Ayala Amaya

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios por ser quien guio todo mi camino para culminar esta apasionante carrera de Doctorado en Medicina.

A mis padres Dr. Carlos Augusto García Araya y Dra. María Estela de García Araya por ser mi apoyo incondicional en todo momento de mi vida y mi carrera. Realmente el mejor ejemplo de padres y profesionales que Dios me pudo dar, gracias a ellos estoy donde estoy y este triunfo es dedicado a ellos. Los quiero mucho.

A mis hermanos Ing. José Carlos García Díaz y Dr. David Alejandro García Díaz, por brindarme su apoyo y motivación a lo largo de mi carrera. Toda mi familia y amigos que me apoyaron siempre.

A todos y cada uno de los docentes que fueron parte de nuestra formación desde los primeros años hasta los últimos, en especial a nuestra asesora la Dra. Olivia Ana Lisseth Segovia Velásquez por su apoyo y conocimientos impartidos en este trabajo de graduación.

A mí querida novia Stefany y sus padres quien siempre me brindaron calidez y apoyo en todo momento de una manera muy especial.

Por último, a mis compañeros de Tesis Stefany y Calixto fue un placer hacer esta investigación con ustedes, lo logramos. Gracias totales.

Ricardo Augusto García Díaz

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradecer a Dios por ser el que ha permitido este logro, ya que siempre me brindo la sabiduría y fuerza necesaria para nunca desistir de este logro, y culminar mi Doctorado en medicina.

Agradecimientos especiales a mis padres Jacobo Armando Gómez Hernández y Juana Evangelina Rubio, que durante todos estos años me dieron su apoyo incondicional, consejos que nunca faltaron en todas mis dificultades, agradecimiento a mis hermanos que siempre estuvieron pendientes durante mi formación por su apoyo.

A todos los docentes que ayudaron a mi formación profesional y a nuestra docente asesora de tesis Dra. Olivia Ana Lisseth Segovia Velásquez por su instrucción dedicada en nuestro proyecto de investigación.

Agradecimiento a toda mi familia y amigos que de algún modo siempre estuvieron ahí apoyándome en mis problemas.

Por ultimo agradecimientos a mis compañeros de tesis Ricardo y Stefany por acompañarme en esta aventura científica, Gracias.

Calixto Elías Gómez Rubio

TABLA DE CONTENIDOS

	Pagina
Lista de tablas	ii
Lista de gráficos	iii
Lista de anexos	iv
RESUMEN	v
INTRODUCCION.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Situación problemática	2
1.2 Enunciado del problema	2
1.3 Justificación	2
1.4 Objetivos de la investigación	4
1.4.1 Objetivo general	4
1.4.2 Objetivo específico	4
2. MARCO TEORICO	5
3. SISTEMA DE HIPOTESIS	33
3.1 Operacionalizacion de las variables	34
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	36
5. CONSIDERACIONES ETICAS	41
6. ANALISIS DE RESULTADOS	42
7. PRUEBA DE HIPOTESIS	54
8. DISCUSION.....	60
9. CONCLUSIONES	61
10.RECOMENDACIONES.....	62
11.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	63
12.ANEXOS	64

LISTA DE TABLAS

Pagina

TABLA N° 1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION	36
TABLA N° 2. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA	38
TABLA N° 3. EDAD	42
TABLA N° 4. RELIGION	43
TABLA N° 5. PROCEDENCIA	44
TABLA N° 6. ESCOLARIDAD	45
TABLA N° 7. ESTADO CIVIL	46
TABLA N° 8. OCUPACION	47
TABLA N° 9. CONOCIMIENTOS.....	48
TABLA N° 10. PREGUNTA SOBRE CONOCIMIENTOS	49
TABLA N° 11. ACTITUDES	50
TABLA N° 12. PREGUNTAS SOBRE ACTITUDES	51
TABLA N° 13. PRACTICAS	52
TABLA N° 14. PREGUNTA SOBRE PRACTICA	53
TABLA N° 15. NIVEL DE CONOCIMIENTOS	54
TABLA N° 16. PRUEBA DE CHI CUADRADO PARA CONOCIMIENTOS.....	54
TABLA N° 17. ACTITUDES	56
TABLA N° 18. PRUEBA DE CHI CUADRADO PARA ACTITUDES.....	56
TABLA N° 19. TIPO DE PRACTICAS	58
TABLA N° 20. PRUEBA DE CHI CUADRADO PARA PRACTICAS.....	58

LISTA DE GRAFICOS

	Pagina
GRAFICO N° 1. EDAD	42
GRAFICO N° 2. RELIGION	43
GRAFICO N° 3. PROCEDENCIA.....	44
GRAFICO N° 4. ESCOLARIDAD.....	45
GRAFICO N° 5. ESTADO CIVIL	46
GRAFICO N° 6. OCUPACION	47
GRAFICO N° 7. CONOCIMIENTOS	48
GRAFICO N° 8. PREGUNTAS SOBRE CONOCIMIENTOS.....	49
GRAFICO N° 9. ACTITUDES	50
GRAFICO N° 10. PREGUNTA SOBRE ACTITUDES	51
GRAFICO N° 11. PRACTICAS	52
GRAFICO N° 12. PREGUNTA SOBRE ACTITUDES	53
GRAFICO N° 13. PRACTICAS	55
GRAFICO N° 14. ACTITUDES	57
GRAFICO N° 15. PRACTICAS	59

LISTA DE ANEXOS

	Pagina
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	64
ANEXO 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	65
ANEXO 3. INSTRUMENTO	66
ANEXO 4. ABREVIATURAS Y SIGLAS.....	71
ANEXO 5. GLOSARIO.....	72
ANEXO 6. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	75
ANEXO 7. TABLA DE DISTRIBUCION DE CHI CUADRADO.....	76

RESUMEN

El presente estudio, titulado conocimientos, actitudes y prácticas en métodos de planificación familiar en las usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar intermedia de Moncagua y especializadas La Presita, San Miguel y Perquín, Morazán año 2019. El **objetivo** fue: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en métodos de planificación familiar en las usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar intermedia de Moncagua y especializadas La Presita, San Miguel y Perquín, Morazán año 2019 **Metodología:** El estudio fue cuantitativo de tipo prospectivo, transversal, y descriptivo. La recolección de datos se realizó mediante la cedula de entrevista, la cual fue estructurada mediante preguntas cerradas y de opción múltiple, la cual se aplicó a una muestra de 196 mujeres en edad reproductiva, activas, que asistieron a control del programa de planificación familiar del ministerio de salud. **Resultados:** se encontró que hay adecuado conocimiento sobre cuales métodos de planificación familiar dispone el ministerio de salud, cómo funcionan, el uso adecuado y el tiempo correcto en la mujer para iniciarlos, además se observó que el método más preferible por las usuarias dentro del programa era el inyectable. **Impacto:** Fue impacto significativo en las usuarias de métodos de planificación familiar para fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas con programas de educación en las unidades de salud familiar, para un uso correcto de los métodos, e ir eliminando tabúes que con estos aún existen.

Palabras clave: Planificación familiar, mujeres, edad reproductiva.

INTRODUCCION

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.1 Situación problemática

Actualmente a nivel mundial pese a las políticas de educación y de orientación familiar, impulsadas por los gobiernos, el conocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos en los países en vías de desarrollo como muchos de América Latina como es El Salvador continúan situándose muy por debajo de los países desarrollados y lo que las propias necesidades demográficas de la región demandan, debido que solo un 52% de las mujeres latinoamericanas en edad fértil utilizan; métodos anticonceptivos, cifra muy inferior a los promedios norteamericanos o europeos, por diferentes razones entre las que se mencionan sociales y culturales, junto a una poca educación e información.

Lo anteriormente planteado del poco conocimiento que existe en la mujer en edad fértil en forma general sobre los métodos de planificación familiar está conllevando la escasa utilización de los mismos ocasionando en materia de salud materna y perinatal que a su vez conlleva suicidios, abortos sépticos, embarazos no planificados y no deseados, infecciones de transmisión sexual (VIH SIDA) y problemas sociales como la deserción escolar, desintegración familiar, prostitución, altos índices de violencia, drogadicción, trata de mujeres entre otros.

El Salvador se puede decir que existe poco conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar llamados también métodos anticonceptivos además está siendo influenciado por el área en que se vive urbana o rural tomando en cuenta la población en estudio que en su mayoría es del área rural provocando así problemas sociales como embarazos precoces y problemas de salud física y psicológica en esta población, además deserción escolar, desintegración familiar, prostitución, desempleo, drogadicción, pobreza y otros. También en la actualidad existen mitos y creencias que están determinando el comportamiento y la forma de pensar porque estos llevan a tener en la mujer interpretaciones falsas de los métodos que se han transmitido o heredado por generaciones en la población Salvadoreña, a tal punto que se llegan a considerar como verdades naturales y aceptables por las mujeres en edad

fértil y de las personas en general. Así mismo creando o incrementando el problema del control de la natalidad y la vivencia de la sexualidad por el poco conocimiento científico y uso de los métodos anticonceptivos implicando otras consecuencias como es el bajo nivel escolar el cual es una limitante para un amplio conocimiento que conllevan a las mujeres a buscar información empírica por parte de sus amigos y familiares que al final llevan a la mujer a tener embarazos no deseados y a los problemas antes mencionado.

Las ideas creadas y falsas acerca de los métodos anticonceptivos están arraigadas en la población de las áreas rurales y urbanas, existiendo una gran cantidad de mitos y creencias entre ellos como lo es retirar el pene antes que el hombre termine no se puede quedar embarazada, las pastillas manchan la cara y las inyecciones hacen engordar entre otros. Con base a lo anterior fue de gran importancia lograr determinar el conocimiento que poseen las mujeres por medio de una investigación y así demostrar con evidencia científica cuales son las ideas creadas y falsas que posee la población en estudio y que pueden estar relacionándose con el no uso de los métodos anticonceptivos y conllevan a la mujer a situaciones problemáticas en algún momento como son los embarazos no deseados y no planificado, abortos y daños a la salud física, psicológica y social.

1.2 Enunciado del problema

¿Cuáles son los conocimientos actitudes y prácticas en métodos de planificación familiar en las usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar intermedia de Moncagua, y especializadas La Presita, San Miguel y Perquín Morazán año 2019?

1.3 Justificación

La presente investigación se enfoca en estudiar los conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres inscritas y que estén activas en el programa de planificación familiar de las unidades comunitarias de salud familiar en estudio, como sabemos el uso de métodos de planificación familiar es una práctica muy común entre las mujeres salvadoreñas de todas las edades, pero realmente no se sabe si conocen los aspectos

básicos de ellos; como se utilizan, como funcionan, cuando o cual utilizar de estos métodos, lo que a su vez esta desinformación lleva a su mal uso, lo que produce embarazos no deseados, un problema muy frecuente en la población que genera a las familias más pobreza, menor oportunidad para poder cumplir con las necesidades básica de la familia.

El presente trabajo nos permitirá corroborar como este problema está asociado a factores sociales, culturales y económicos, acentuando la pobreza y la desinformación los principales factores de riesgo.

En El Salvador, según la política nacional de salud sexual y reproductiva, todas las personas están en la libertad de tomar decisiones voluntarias, libres e informadas, respecto a la sexualidad y reproducción, a fin de garantizar el desarrollo libre, sano, seguro y satisfactorio de la vida sexual y reproductiva. En base a esto las mujeres son libres de elección del método de planificación que más prefieran, pero realmente no conocen mucho respecto a ellos.

Este estudio tendría mucha transcendencia ya que la educación sobre los métodos de planificación es un factor influyente en las actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo de las mujeres así como la actitud frente al tamaño de la familia; especialmente a lo referido a la interculturalidad, educación de la sexual, prevención del virus de inmunodeficiencia humana, falta de información sobre los métodos ofrecidos por el ministerio de salud y otros métodos fuera de la institución.

Esta investigación es relevante ya que aportará información esencial para identificar los puntos débiles en base a conocimientos, actitudes o prácticas y así abordar a la población en general con estrategias educativas sobre los métodos anticonceptivos que se ofrecen en las unidades comunitarias de salud familiar especializadas La presita, Perquín y unidad comunitaria de salud familiar intermedia de Moncagua. A su vez ayudará a mejorar la atención y orientación dirigidas a este grupo de la población, de tal forma que contribuya a mejorar las condiciones de salud sexual.

1.4 objetivos de la investigación:

1.4.1 objetivo general

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en métodos de planificación familiar en las usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar intermedia de Moncagua, y especializadas, La Presita, San Miguel y Perquín, Morazán año 2019.

1.4.2 objetivos específicos

- Identificar los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en las usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar en estudio
- Analizar las actitudes que tienen las usuarias respecto a los métodos anticonceptivos.
- Reconocer las prácticas de las usuarias sobre los métodos de planificación familiar.
- Enunciar los métodos de planificación familiar más utilizados.

2. MARCO TEORICO

El término conocimiento se usa en el sentido de hecho, información y concepto; pero también como comprensión y análisis; la especie humana ha progresado en la medida que ha acumulado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar. Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento determina a las actitudes, creencias y prácticas. Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opciones o creencias, los sentimientos y las conductas. Factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opciones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Práctica viene de la palabra griega praxis que significa acción, obra. Praxis es el “acto que se dirige a otra persona humana; acto hacia otra persona y relación misma de persona a persona. Praxis es la actualidad misma del ser en el mundo, es decir, siempre estamos en praxis. La actitud practica es nuestra actitud cotidiana”.

En este estudio se pretende indagar acerca de los conocimientos que tiene la población femenina con respecto a los métodos de planificación familiar o también conocidos como métodos anticonceptivos que dispone el ministerio de salud a través de las unidades comunitarias de salud familiar.

Las mujeres se vuelven usuarias de estos métodos gracias al programa de planificación que las incluye. Hay ciertas actitudes que cada una toma frente a estos siendo estas favorables o desfavorables, dichas usuarias según sus creencias también acompañan estos métodos de prácticas las cuales pueden verse influidas por otras personas de la comunidad o familiares que no conocen o les imponen ideas erróneas respecto a estas y las puede llevar incluso a la toma de prácticas irresponsables o bien caso contrario la toma de prácticas responsables como presentarse a las consultas de control subsecuente de planificación en sus unidades respectivas en la cual se investiga si la paciente ha tenido efectos adversos con el anticonceptivo que usa actualmente ya que tiene el derecho de cambiarlo si así lo desea y ser informada de otros métodos de los que hay disponibilidad y no afectan a

su salud explicando los riesgos y beneficios de cada uno, o llegar solamente para el abastecimiento del anticonceptivo en uso.

Métodos de planificación familiar:

La anticoncepción impide la fecundación del ovulo por espermatozoide como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción de tal forma que el coto pueda realizarse sin fecundación. La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí misma tener o no, el número de hijo (as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible.(HOFFMAN, 2012)

Clasificación de los métodos de planificación familiar o también conocidos como métodos anticonceptivos:

Métodos naturales:

- Método de la temperatura basal corporal
- Abstinencia
- Método del ritmo (calendario)
- Método del moco cervical (Billings)
- Método sintotérmico (combinación de los anteriores)
- Coitus interruptus
- Lactancia materna (MELA)

Anticonceptivos hormonales:

- Progestágenos orales
- Anticonceptivos hormonales prolongada (inyectables)
- Implantes sub dérmico de Norplant
- Dispositivos intrauterinos: Asa de Lipes y T de cobre

Métodos de barrera:

- Preservativo (condón)
- Métodos vaginales (diafragma, condón femenino)
- Químicos (óvulos, espumas, cremas, jaleas)

Métodos anticonceptivos de situación especiales:

- Anticonceptivos en la adolescentes
- Anticonceptivos en la peri menopausia
- Anticonceptivo en la post parto, post aborto y cesárea
- Anticonceptivo de emergencia.

Anticonceptivos Orales Combinados:

Para la paciente normal, la primera elección con fines anticonceptivos es un ACO niveles bajos de estrógenos de 25 a 35 microgramos de EE.(Berek, 2015)(1)

Definición: Hoy día el contenido de estrógeno diario en muchos de los ACO combinados varía de 20 a 50 µg de etinilestradiol y progestágenos.

Descripción:

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: Su principal mecanismo de acción la inhibición de la ovulación; y de forma secundaria, se describe que espesan el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides. No actúan interrumpiendo la gestación.

Duración del efecto anticonceptivo: Siempre que se esté utilizando adecuadamente la "píldora".

Retorno de la fertilidad: Inmediatamente después de suspender el método.

Efectividad: Son métodos muy efectivos cuando se usan correcta y sistemáticamente, tienen una tasa de embarazo accidental menor del 1% en el primer año de uso

Beneficios: Protección contra riesgo de embarazo, cáncer endometrial, cáncer de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria, quistes de ovario y anemia por deficiencia de hierro. Reducen además la dismenorrea, el sangrado menstrual irregular, el acné y el hirsutismo

Efectos Secundarios: Cefalea, náuseas y vómitos, mareo, sensibilidad mamaria, irregularidades menstruales y cambios del estado de ánimo. Los signos de alarma, que se presentan en muy raras ocasiones pueden ser: dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar, visión borrosa, cefalea intensa con síntomas neurológicos focales y dolor intenso en las piernas y abdomen. Si se presenta alguno de estos síntomas, la usuaria debe acudir a consulta médica a la brevedad posible y para ello se requiere de una consejería de acuerdo a su condición social.

Administración:

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).

Precaución: Si la usuaria tiene vómito 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 (condón) hasta que la usuaria haya tomado 1 pastilla con contenido hormonal diaria durante 7 días.

Métodos de barrera:

Definición: Son métodos temporales que impiden la unión del espermatozoide con el óvulo

Dependiendo de su naturaleza se dividen en:

Físicos:

- Condón (masculino – femenino)
- Diafragma
- Capuchón cervical

Químicos o espermicidas de uso vaginal:

- Óvulos
- Tabletas 70
- 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.

Método: Condones

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 espermicidas.

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.

Duración del efecto anticonceptivo: La duración del efecto se limita al tiempo de utilización correcta del método.

Efectividad: Con uso correcto y sistemático la tasa de embarazo accidental es del 3% (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)

Efectos Secundarios: En muy raras ocasiones puede presentarse reacción alérgica al látex o al espermicidas, en cuyo caso se debe reforzar la consejería para orientar la elección de otro método. La alergia al látex puede manifestarse por enrojecimiento, escozor o hinchazón después de usar el condón.

Método: Diafragma (con espermicida) y capuchón 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.

Duración del efecto anticonceptivo: La duración del efecto se limita al tiempo de utilización correcta del método.

Retorno de la fertilidad: inmediatamente posterior a su uso

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:

- 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

Método: Espermicidas

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

Presentación:

- Tableta, óvulo y película en presentación individual o en tubos de varias unidades.
- Espumas, jaleas y gel en tubo con su aplicador.

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).

Efectos secundarios posibles: Algunas mujeres pueden presentar irritación en el tejido vaginal si lo usan varias veces en un mismo día. En raras ocasiones presentan reacción alérgica local. En ambos casos se debe reforzar la consejería y orientar a que se elija otro método si es necesario.

Métodos naturales:

Definición: Conjunto de métodos basados en el conocimiento de los periodos fértiles e infértiles de la mujer, incluyen la infertilidad natural post parto (MELA) y el retiro voluntario o coitus interruptus. No requieren el uso de métodos hormonales o de barrera.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)

Métodos basados en síntomas y métodos basados en el calendario. La utilización de estos métodos requiere de la participación activa de la pareja y el correcto conocimiento de los cambios fisiológicos que se presentan durante el ciclo menstrual y que pueden ser alterados por factores emocionales, ingesta de medicamentos que modifican el ánimo como ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), antidepresivos, uso prolongado de ciertos antibióticos o anti-inflamatorios no esteroideos. Estos medicamentos pueden demorar la ovulación.

Basados en síntomas: Están basados en la observación de signos de fertilidad, por ejemplo las secreciones cervicales y la temperatura basal.

Los más conocidos son: el método de la temperatura basal corporal, el método del moco cervical o Billings, el método de dos días y el método sintotérmico.

- 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).

Basados en el calendario: ritmo y collar.

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.

- 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 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.

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.

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

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)

2 o más signos indicadores (sintotérmico):

- Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso del 1% (tasa teórica)
- Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso del 15% - 20% (tasa típica).

Método de los días fijos (collar):

- Uso correcto (sin relaciones sexuales durante los días 8 a 19 del ciclo menstrual) es de 5% como tasa de embarazo en un año;
- Uso correcto y combinado con otro método (sin relaciones sexuales o con relaciones sexuales protegidas durante los días 8 a 19 del ciclo menstrual) es de 5.7%, como tasa de embarazo en un año.
- Uso correcto más uso incorrecto (incluyendo relaciones sexuales sin protección durante los días 8 a 19 del ciclo menstrual) es de 12% de tasa de embarazo en un año.

Criterios para su uso:

No existen condiciones clínicas que restrinjan el uso de estos métodos. Los MBCF no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas de que los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad podrían no ser apropiados para ellas debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.

Uso del método:

- Para utilizar estos métodos se debe tener en cuenta el registro del ciclo menstrual, el cual se basa en la observación de los cambios fisiológicos que se presentan durante los mismos.
- Su efectividad está determinada por el uso correcto y sistemático de la pareja.
- Estos métodos pueden ser usados por todas las mujeres en su vida reproductiva y sexualmente activa, pero no son recomendados para aquellas que presentan períodos de amenorrea, ciclos irregulares o si no hay colaboración de la pareja.
- En cuanto al método de los días fijos para evitar o espaciar los embarazos, pueden tener relaciones sexuales sin protección durante cualquier día de su ciclo menstrual, excepto entre los días 8 al 19. Las mujeres deben llevar la cuenta de los días de sus ciclos menstruales utilizando un instrumento mnemotécnico especial (un collar de cuentas). Cada cuenta representa un día

del ciclo, con cuentas de diferentes colores para indicar los días fértiles e infértiles. La mujer mueve un anillo de hule sobre una cuenta cada día, a fin de marcar en que parte su ciclo menstrual se encuentra. Es requisito indispensable que los ciclos menstruales sean de 26 a 32 días.

- Para los métodos basados en Billings y de dos días si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el moco cervical el método puede que sea difícil de usarlo. Procedimientos requeridos para su inicio No necesita ningún procedimiento, sólo asesoría y orientación de la usuaria y/o su pareja.

Método: Anillo Vaginal

Definición:

El anillo vaginal anticonceptivo es uno de los métodos anticonceptivos más novedosos para el control de la natalidad que existen en el mercado. Es un anillo de plástico flexible de aproximadamente 2 pulgadas (5,4 cm) de diámetro y unos 1/8" (4 mm) de espesor. El cual se inserta fácilmente dentro de la vagina donde debe permanecer 3 semanas. Durante este período libera una dosis muy baja de hormonas estrógeno y progestina. El anillo vaginal es del 92% al 99.7% efectivo como método de control de la natalidad

Mecanismo de Acción: Previenen la ovulación • Aumentan la densidad del moco cervical, convirtiéndose en una barrera para prevenir la fecundación del óvulo por los espermatozoides.

Duración del efecto anticonceptivo: El anillo debe permanecer en la vagina tres semanas (21 días) y después debes retirarlo. Durante la semana de descanso (sin anillo) aparecerá la menstruación durante las 48 primeras horas.

Retorno de la fertilidad: La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se coloca el anillo en forma correcta y sistemática Normalmente la menstruación tarda en aparecer dos o tres días después de haber retirado el anillo anticonceptivo. El ciclo suele durar aproximadamente una semana.

Efectividad: El nivel de efectividad del anillo vaginal es del 99,7 por ciento, similar al de la píldora anticonceptiva. Sin embargo no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Beneficios:

- Es un método cómodo: la mayoría de sus usuarias consideraban la inserción y extracción del anillo fácil.
- No se requiere adiestramiento para su utilización.
- Menor posibilidad de olvido que con la píldora.
- Eficacia máxima para evitar embarazos no deseados.

Efectos Secundarios: Según el cuerpo se va ajustando a los cambios hormonales del anillo vaginal, las mujeres podrán experimentar algunos de los siguientes síntomas menores, incluyendo: •Irritación vaginal. •Dolor de cabeza. •Aumento de peso. •Náuseas. •Sangrado irregular. •Sensibilidad anormal en los senos. •Cambios en los estados de humor.

Administración:

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.

Precaución:

Respecto al anillo vaginal. Es raro que se expulse de forma espontánea, pues la posición casi horizontal de la vagina, la musculatura que rodea la misma y la flexibilidad y forma circular del anillo contribuyen a que esté bien encajado.

Pero puede pasar si no se ha insertado adecuadamente (si no lo introdujiste bien), al quitarse un tampón, durante las relaciones sexuales o si estás muy estreñida. Si el anillo se expulsa accidentalmente, puede lavarse con agua fría o tibia (no caliente) y debe reinsertarse antes de tres horas. Si pasa más tiempo, no está garantizada su eficacia.

Si permanece fuera de la vagina por más de 3 horas, debes usar un método anticonceptivo no hormonal adicional, por ejemplo, el condón masculino, hasta que el anillo haya pasado siete días consecutivos en la vagina.

Si pierdes el anillo, debes reemplazarlo con un anillo nuevo y retirarlo al mismo tiempo que tenías programado el que se salió.

Tampoco hace falta extraerlo a la hora de mantener relaciones sexuales. Los estudios que han analizado la aceptación de este tipo de anticonceptivo ponen de manifiesto *que* la mayoría de usuarias y sus parejas no notan el anillo, y de aquellos que sí lo notan, un elevado porcentaje dice que no le supone ningún motivo de preocupación ni molestia.

Método: Inyectables combinados

Definición: 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. Entre los cuales se encuentran:

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

10 mg. de Enantato de estradiol más 150 mg. Acetofénido de dihidroxiprogesterona. Nombre comercial: Nomagest, Deproxone, Novular, Topasel

Mecanismo de Acción:

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%.

Beneficios: Ayuda a proteger contra: Riesgo de embarazo, Cáncer endometrial, Cáncer de ovario, Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática

Puede ayudar a proteger contra: Quistes ováricos, Anemia por deficiencia de hierro

Reduce: Dismenorrea, sangrado menstrual irregular, acné, hirsutismo

Efectos Secundarios: Cefalea, Aumento de peso, Náuseas, Sensibilidad mamaria anormal, Irregularidades menstruales, Amenorrea, Cambios del estado de ánimo

Administración: 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 verá su menstruación en una fecha diferente, alrededor de dos semanas posteriores a la aplicación. También es posible que no presente sangrado menstrual.

Precaución:

- ◆ Lactancia materna (menos de 6 semanas postparto)
- ◆ Hipertensión esencial con niveles de presión sanguínea con mediciones apropiadas mayores o igual a 160/100 mm Hg. y/o con enfermedad vascular
- ◆ Antecedentes o padecimiento actual de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar
- . ◆ Inmovilización prolongada después de cirugía mayor
- ◆ Historia de cardiopatía isquémica o actual
- ◆ Historia de accidente cerebrovascular

- ◆ Enfermedad cardíaca valvular complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda).
- ◆ Cefalea severa recurrente, incluida migraña con síntomas neurológicos focales a cualquier edad
- ◆ Cáncer de mama actual
- ◆ Tumor maligno del hígado

Método: Anticonceptivos orales solo progestina

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

Existen 2 formulaciones: 1. 500 mcg de llinestrenol

2. 75 mcg levonorgestrel

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 o 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: 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

Efectos Secundarios: Más comunes: Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea) que son menos frecuentes cuando se usa durante la lactancia

Menos comunes: Cefalea, Sensibilidad mamaria anormal, Náuseas y aumento de peso

Administración: Una mujer puede empezar a utilizar el método en cualquier momento que lo desee si existe una certeza razonable de que no está embarazada

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 Si cumple las anteriores condiciones inicie los AOC y no utilizar un método de respaldo. Si no se cumplen deberá utilizar condón durante los primeros siete días del uso. Tomar las pastillas todos los días hasta terminarlas y de preferencia a la misma hora tenga o no tenga relaciones sexuales.

Precaución: Embarazo, Cáncer mamario actual.

Método: Parche combinado

Definición: EVRA es un parche transdérmico que contiene 6 mg de norelgestromina (NGMN) y 600 µg de etinilestradiol (EE). Cada parche transdérmico de EVRA tiene una superficie de contacto de 20 cm² y está diseñado para suministrar de una forma continua NGMN y EE en el torrente sanguíneo durante los siete días de uso

Mecanismo de Acción: Actúa a través del mecanismo de supresión de la gonadotropina por las acciones estrogénica y progestágena del etinilestradiol y de la norelgestromina, respectivamente. El principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, pero también pueden contribuir a la eficacia del producto los efectos sobre el moco cervical y el endometrio.

Duración del efecto anticonceptivo: ¿Cuántos parches usar? • Semanas 1, 2 y 3: Colóquese un parche y déjelo durante siete días exactamente. • Semana 4: No se coloque un parche esta semana. (Siete días exactamente)

Retorno de la fertilidad: El embarazo puede surgir tan pronto deja de usar el parche anticonceptivo

Efectividad: Si se utiliza correctamente, tiene una efectividad del 99%. Sin embargo, a veces las personas cometen errores, de modo que, en la práctica, el parche tiene una efectividad de alrededor del 91%. Por lo tanto, 9 de cada personas mujeres que usan el parche quedan embarazadas cada año.

Beneficios: El parche anticonceptivo es una manera simple, segura y conveniente de evitar un embarazo. El parche también puede ayudarte a reducir o evitar lo siguiente:

- Acné
- Disminución de la densidad de masa ósea
- Quistes en los senos y los ovarios
- Embarazo ectópico
- Cáncer de endometrio y de ovarios
- Infecciones graves en los ovarios, las trompas de Falopio y el útero
- Insuficiencia de hierro (anemia)
- Síndrome premenstrual

Efectos Secundarios:

- Dolor de cabeza
- Mareos
- Nauseas
- Sensibilidad mamaria

- Problemas en el lugar en el cual se colocó el parche tales como eritema, ardor, prurito, erupciones cutáneas

Administración:

¿Cómo usar el parche?

El parche transdérmico anticonceptivo se pega sobre la piel, puede ponerse en cualquier parte del cuerpo, excepto en el pecho. Pero las zonas donde normalmente se lo ponen las mujeres, por su comodidad, son en las nalgas, brazos, espalda o abdomen.

Abre con precaución el envoltorio del parche, sácalo de su funda, despegas la mitad de la película de plástico del parche con cuidado de no tocar la parte adhesiva y colócala en la zona donde deseas llevarlo. Desprende la otra mitad del plástico y presiona el parche con firmeza durante unos segundos para que quede bien adherido. No está de más comprobar a diario que sigue bien pegado a la piel.

La parte del cuerpo donde lo coloques deberá estar antes seca y limpia para que no se despegue (truco: antes de poner el parche, limpiar la piel con una gasa y alcohol), por lo que además deberás evitar utilizar maquillaje, lociones aceitosas o productos similares en la porción de piel donde quieres ponerte el parche, para que pueda adherirse sin problemas. También es recomendable que no exista vello en la zona donde se deposita el parche, para que haga el efecto correcto.

Guarda siempre los parches cerrados, en un lugar a temperatura ambiente donde no le dé el sol.

Recuerda que una vez que lo cambies no debes tirarlo por el inodoro, mételo en una bolsa y deshazte de él en el cubo de la basura.

Precaución: El uso de anticonceptivos hormonales combinados, incluyendo EVRA, aumenta las posibilidades de padecer una trombosis (coágulos de sangre). Es posible que el riesgo de coágulos de sangre en las piernas y/o pulmones con EVRA sea mayor que el riesgo con las píldoras combinadas para el control de la natalidad. Este riesgo de desarrollar coágulos de sangre no se ve afectado por el tiempo que utilice el

medicamento. El riesgo regresa al valor normal algunos meses después de dejar de usar el medicamento.

Método: Implante subdermico (Implanon)

Definición: Es una pequeña barrita que se coloca debajo de la piel, en la parte superior e interna del brazo, a través de un procedimiento quirúrgico menor bajo anestesia local. Después de la inserción, se puede palpar los implantes pero estos son apenas visibles cada implante contiene 68 mg de etonogestrel.

Mecanismo de Acción: El efecto anticonceptivo se obtiene por la liberación lenta y constante de progestágeno en el torrente sanguíneo.

- Aumenta la densidad del moco cervical, convirtiéndose en una barrera para prevenir la fecundación del óvulo por los espermatozoides.
- Inhibe la ovulación

Duración del efecto anticonceptivo: El implante subdermico está diseñado para una duración de 3 años, la velocidad de liberación es aproximadamente de 60-70 $\mu\text{g}/\text{día}$ en las semanas 5 a 6 y disminuye aproximadamente hasta 35-45 $\mu\text{g}/\text{día}$ al final del primer año, a 30-40 $\mu\text{g}/\text{día}$ al final del segundo año y a 25-30 $\mu\text{g}/\text{día}$ al final del tercer año.

Retorno de la fertilidad: La mujer retorna a la fertilidad justo después del retiro del implante

Efectividad: El implante es uno de los mejores métodos anticonceptivos tiene una eficacia del 99%

Beneficios: Las ventajas de implantes incluyen:

- Alta eficacia del hasta 99% en el plazo de siete días de inserción del implante
- Eficacia por tres años sin la intervención adicional
- Retiro fácilmente en la mayoría de los casos para permitir que el embarazo ocurra naturalmente
- Independiente de la memoria o del horario del utilizador, y de la cópula sexual, como ofrece la contracepción continua
- Ofrece el anonimato del uso y es conveniente de adoptar

- Reduce el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica debido al moco cervical grueso que evita que los microbios asciendan de la vagina en el útero.

Efectos Secundarios:

El sangrado irregular es un problema frecuente pero aparece en los primeros 90 días de uso.(3) (Berek, 2015)

- Dolor o irritación en el lugar de la inserción (Desaparece a los pocos días)
- Dolores de cabeza.
- Vaginitis
- Sensibilidad anormal en los senos
- Posible aumento de peso por aumento de apetito
- Periodo menstrual irregular

Administración:

- La inserción de deberá ser realizada en condiciones asépticas y sólo por un médico capacitado con el procedimiento.
- La inserción se realiza con un aplicador diseñado especialmente. El uso de este aplicador difiere sustancialmente al de una jeringa clásica.
- El procedimiento utilizado para la inserción es el opuesto al de aplicar una inyección. Cuando se inserta, el obturador debe permanecer fijo mientras la cánula se retrae del brazo. En las inyecciones normales, se empuja el émbolo y el cuerpo de la jeringa permanece fijo.
- La paciente se recuesta boca arriba con el brazo no dominante (el que no usa para escribir) girado hacia afuera y flexionado a la altura del codo.
- Deberá ser insertado en la cara interior de la parte superior del brazo (brazo no dominante) alrededor de 6-8 cm por encima del pliegue del codo, en el surco que se encuentra entre el bíceps y el tríceps
- Marcar el sitio de inserción.
- Desinfectar el área de inserción.

- Anestesiarse con un anestésico en aerosol o con 2 ml de lidocaína (1%), la aplicación se hace justo debajo de la piel a lo largo del “canal de inserción”.

En este caso hay que mantener el aplicador en la misma posición y la aguja insertada en toda su longitud.

- Desbloquee la lengüeta deslizante color púrpura empujándola ligeramente hacia abajo.
- Deslice la lengüeta completamente hacia atrás hasta que se detenga, dejando de esta manera el implante en su posición subdérmica.
- Si la lengüeta no se desliza completamente hacia atrás, la aguja no se retraerá del todo y el implante no estará insertado correctamente. Ahora puede retirar el aplicador.
- Obsérvese que el implante puede salirse de la aguja antes de la inserción. Por lo tanto, mantener siempre el aplicador en posición vertical (es decir, con la aguja hacia arriba) hasta el momento de la inserción. Esto es para evitar que el implante se salga.

Precaución: Al presentarse cualquiera de los efectos adversos consultar a su médico.

Método: implante subdérmico (Jadelle)

Definición: El producto contiene dos implantes para inserción subdérmica. Cada implante contiene 75 mg de levonorgestrel.

Mecanismo de Acción: El efecto anticonceptivo se obtiene por la liberación lenta y constante de progestágeno en el torrente sanguíneo.

- Aumenta la densidad del moco cervical, convirtiéndose en una barrera para prevenir la fecundación del óvulo por los espermatozoides.
- Inhibe la ovulación

Duración del efecto anticonceptivo: Su duración es de 5 años, la tasa de liberación de levonorgestrel es de aproximadamente de 100 µg/día en el primer mes siguiente a la inserción, para disminuir a aproximadamente 40 µg/día al cabo de 1 año, 30 µg/día después de 3 años y alrededor de 25 µg/día después de 5 años.

Retorno de la fertilidad: La mujer retorna a la fertilidad justo después del retiro del implante

Efectividad: El implante es uno de los mejores métodos anticonceptivos tiene una eficacia del 99%

Beneficios:

- Se puede retirar el cualquier momento que lo desee, porque lo tolere mal o porque desea un embarazo.
- No debe recordarse todos los días, ni todos los meses, ya que tiene una efectividad de 99% en un plazo tres años.
- No tiene los riesgos del olvido, muy común en los casos de anticonceptivos orales.
- Aunque su costo inicial es elevado, el hecho que dure 5 años, hace que la relación costo-beneficio sea adecuada.
- La inserción y extracción son procesos rápidos y sencillos. La inserción es fácil y puede ser realizada en menos de 5-8 minutos en la consulta del ginecólogo y, a las 8-10 horas siguientes, ya es capaz de prevenir un embarazo.
- El implante no se nota en el brazo, aunque usted lo puede palpar. Al poco tiempo luego de la inserción, se forma un tejido inflamatorio a su alrededor que lo mantendrá en su lugar.
- Mantiene una liberación estable y pareja de la hormona; con esto se evitan los grandes desniveles que se obtienen con la píldora y los métodos inyectables.
- Tiene la ventaja que un porcentaje importante de mujeres tienen reglas escasas o las mismas desaparecen completamente. En algunos casos puede haber amenorrea lo cual previene o ayuda a corregir la anemia.
- Se puede utilizar en mujeres con dolor menstrual (dismenorrea), y es importante, porque las reglas son escasas o no existen.
- En teoría sería beneficioso en mujeres con endometriosis, enfermedad relacionada con la caída de tejido menstrual en la cavidad abdominal.
- Sin efecto acumulativo del medicamento, ya que al retirar los implantes se elimina toda medicación en cuestión de pocos días y hay un retorno rápido a la fertilidad
- Excelente opción cuando hay contraindicación para el uso de estrógenos.

- Esta indicado si es intolerante a los estrógenos y es una excelente elección durante la lactancia
- No tiene las desventajas de los estrógenos, ya que no contiene la progesterona que altera la densidad mineral de los huesos.
- A los tres años disminuye su efectividad, debiendo ser extraído e insertar de inmediato un nuevo implante o usar otro método anticonceptivo.
- No interfiere con vida sexual de la pareja.
- Si desea tener un hijo, en la mayoría de las mujeres se restablece rápidamente la fertilidad desde el primer mes que se retira.

Efectos Secundarios: Efectos indeseables muy frecuentes (presentes en más del 10% de las usuarias): cefalea, nerviosismo, mareos, náuseas, cambio del patrón menstrual, hemorragias menstruales frecuentes, irregulares o prolongadas, manchado intermenstrual, amenorrea, cervicitis, secreción vaginal, prurito genital, dolor pélvico, dolor mamario, aumento de peso.

Administración:

- Solicite a la paciente que se tumbe en la camilla y que extienda el brazo no dominante sobre un paño estéril encima de la camilla auxiliar, en ángulo recto con el cuerpo. Limpie la parte superior del brazo de la paciente con una solución antiséptica y cúbralo con un paño fenestrado estéril. El área correcta de inserción es la parte media del brazo a aproximadamente 6-8 cm por encima del pliegue del codo. Los implantes se insertarán subcutáneamente a través de una incisión, en forma de V estrecha, como se muestra en la figura.
- Cargue la jeringa con unos 2 – 4 ml de anestésico local. Anestesie el área de inserción introduciendo la aguja subcutáneamente unos 5 a 5,5 cm en las direcciones en las que piense insertar los implantes.
- Esta figura muestra los componentes del aplicador. Abra el envase de JADELLE. Saque el aplicador del interior del cuerpo del bisturí que lo protege. Tenga cuidado para que no se caigan los implantes que están dentro del aplicador listos para su inserción. El émbolo está aparte en el envase.
- Retire la protección de la cuchilla del bisturí
- Realice una incisión de unos 3 mm en la piel en la cara medial del brazo con el bisturí, aproximadamente unos 6 – 8 cm por encima del pliegue del codo.

- Sujete el aplicador con la flecha del cuerpo apuntando hacia arriba. Manténgalo en esta posición durante toda la inserción. Inserte el émbolo por el extremo romo del aplicador, de forma que se pueda ver la flecha de la caña del émbolo, con la muesca de la caña apuntando hacia la izquierda. Empuje el émbolo hasta donde penetre con facilidad (aproximadamente 1 cm). Los implantes se pueden empujar ligeramente hacia delante.
- Los implantes se tienen que insertar justo debajo de la piel. Introduzca bajo la piel el aplicador a través de la incisión. Para facilitar la inserción subcutánea se puede levantar la piel ligeramente con el aplicador como se indica en la parte inferior de la figura. Avance el aplicador bajo la piel hasta la marca del anillo. No fuerce el aplicador. Si nota alguna resistencia, inténtelo en otra dirección
- Una vez introducido el aplicador hasta el anillo, gire el émbolo media vuelta. Tenga cuidado de no empujar el émbolo. La muesca de la caña del émbolo estará ahora apuntando hacia la derecha.
- Libere el primer implante manteniendo en su sitio el émbolo y extrayendo suavemente el aplicador de la incisión hasta que el émbolo lo pare. Si el implante no se ha liberado, compruebe la posición del émbolo. Si sigue sin poder liberarlo, interrumpa el procedimiento.
- Manteniendo en su sitio el primer implante con el dedo, retire el aplicador ligeramente hacia atrás hasta que el implante se libere por completo del aplicador. Sin embargo, no retire el aplicador del todo.
- Introduzca el aplicador bajo la piel hasta la marca del anillo al lado del primer implante, colocando los dos implantes en forma de V estrecha. Gire de nuevo el émbolo media vuelta, pero no lo empuje. Libere el segundo implante como liberó el primero. Retire completamente el aplicador.
- Después de la inserción, aproxime los bordes de la incisión uno contra otro y cierre la misma con un punto adhesivo en mariposa.
- Cubra el área de inserción con compresas y realice un vendaje compresivo alrededor del brazo que garantice la hemostasia. Mantenga a la paciente en observación durante unos minutos antes de darle el alta. Tire el aplicador y el cuerpo del bisturí al lugar apropiado.

Precaución: Los implantes JADELLE no contienen estrógenos, por lo que su uso, como el de cualquier otro anticonceptivo similar, no está contraindicado en caso de cirugía. Sin embargo, si existe un riesgo elevado de trombosis, deberán tomarse las medidas profilácticas oportunas. Dado el riesgo de tromboembolismo, debe considerarse la conveniencia de extraer los implantes en relación con una intervención quirúrgica o con una inmovilización prolongada de cualquier otra causa

Método: DIU T de cobre 380^a y DIU liberador de levonorgestrel (Mirena)

Definición: Existen solamente 2 dispositivos intrauterinos (DIU) aprobados por la FDA, el dispositivo de cobre T380A y el dispositivo intrauterino con liberación prolongada de levonorgestrel

El DIU de cobre T380A consiste en una pieza de polietileno con forma de T, altamente efectivo durante 10 años de colocación intrauterina. Una pequeña cuerda se extiende desde la base del mismo a través del canal cervical y hasta la parte superior de la vagina, su función es permitir una fácil extracción y el chequeo regular de un posicionamiento adecuado

El DIU con liberación prolongada de levonorgestrel LNGIUS posee también forma de T, está hecho de polietileno, pero su componente activo el levonorgestrel (LNG) se encuentra contenido en un reservorio alrededor del marco. Se liberan 20ug por día de LNG directamente en la cavidad uterina. El sistema está recomendado durante 5 años durante los cuales provee de un eficaz control de la concepción.

Mecanismo de Acción:

El mecanismo contraceptivo fundamental es la producción de un hostil espermicida ambiente intrauterino.

La presencia de un DIU en la cavidad endometrial crea una estéril pero intensa reacción inflamatoria local que favorece una activación lisosomal y otras acciones infamatorias que son espermicidas, especialmente en los DIU de cobre que no solamente afectan al endometrio sino también causan alteraciones en el moco cervical con acción espermicida. Si la fertilización ocurre, la misma reacción inflamatoria se dirige directamente contra el blastocito.

Los DIU que llevan progesterona, tienen dos principales modos de acción contraceptiva. Primero, el endometrio se atrofia secundariamente a la acción de la progesterona, lo que inhabilita la implantación. Segundo se previene la fertilización, por acción espermicida, que dificulta la capacitación de los espermatozoides.

Duración del efecto anticonceptivo: Diu T de cobre 380^a dura 10 años; Diu liberador de levonorgestrel dura 5 años

Retorno de la fertilidad: Posterior a la extracción del dispositivo intrauterino

Efectividad: Dado su alta tasa de cumplimiento, su efectividad en uso perfecto es de 99%

Beneficios: Una vez colocado el DIU, ni siquiera tienes que pensar en él; funciona hasta que venza o hagas que te lo quiten. Eso significa que, para evitar embarazos, no hace falta ir a la farmacia, ni tomar píldoras, ni colocarse un anillo, ni hacer nada antes de tener relaciones sexuales

Pueden reducir los dolores y hacer que tu periodo menstrual sea mucho más leve.

DIU de cobre se puede utilizar como anticoncepción de emergencia

Efectos Secundarios: Entre los efectos secundarios se puede presentar:

- Dolor ya sea por el pasaje a través del canal cervical como por contracciones uterinas reflejas posteriores a la colocación del DIU
- Perforación intrauterina
- Riesgo de expulsión
- Síncope vasovagal

Administración: Para colocar el DIU, el enfermero o el médico introducen un espéculo en la vagina y después utilizan un colocador especial para introducir el DIU en el útero a través de la abertura del cuello uterino. Normalmente, el procedimiento no dura más de cinco minutos

Precaución: hacerse un chequeo después del primer periodo menstrual. Es importante acudir periódicamente al médico para que se asegure de que está en su lugar (al localizar los hilos) y que no lo has expulsado durante un periodo menstrual.

Método: Inyectable solo de progestina (depoprovera y noristerat)

Definición: El acetato de medroxiprogesterona suprime la producción ovárica de estrógenos. Estudios prospectivos han demostrado que hay pérdida de la densidad ósea (Berek, 2015)(2)

Los anticonceptivos inyectables sólo de progestona no contienen estrógeno. De acuerdo al tipo de inyectable, se aplica cada dos meses 200 mg de enantato de noretisterona (noristerat) o tres meses acetato de medroxiprogesterona 104mg aprobados por la FDA (depoprovera).

Mecanismo de Acción:

- Inhiben la ovulación.
- Hacen que el moco cervical se espese (Dificultan la penetración de los espermatozoides).

Duración del efecto anticonceptivo:

Enantato de noretisterona (noristerat) 2 meses

Acetato de medroxiprogesterona (depoprovera) 3 meses

Retorno de la fertilidad: Puede tardar de 9 a 10 meses posterior a suspensión del anticonceptivo

Efectividad: Si se usa a la perfección, la inyección anticonceptiva tiene una efectividad superior al 99%, lo que significa que cada año, menos de 1 de cada 100 personas que la usan queda embarazada

Beneficios:

- Sumamente eficaces
- Reversibles (la fertilidad se tarda en regresar)
- Fáciles de usar

- No interfieren con el acto sexual
- Nadie tiene que saber que se están usando
- No influyen en la lactancia materna
- Tienen efectos beneficiosos que no se relacionan con la anticoncepción (Protegen contra el cáncer de ovario y el endometrio, el embarazo ectópico y la EPI sintomática)
- Pueden reducir los ataques en las mujeres con anemia falciforme.
- Pueden prevenir ataques en mujeres epilépticas.

Efectos Secundarios:

- Sangrado menstrual irregular o manchado
- Amenorrea
- Aumento de peso
- Dolores de cabeza
- Náuseas

Administración: Ambos se administran mediante una inyección intramuscular

Precaución:

- La fertilidad se tarda en regresar (un promedio de nueve meses a partir de la fecha de la última inyección)
- Tienen efectos secundarios comunes
- No protegen contra las ETS/VIH

3. SISTEMA DE HIPOTESIS.

1. Hi: Las usuarias de métodos de planificación familiar no poseen conocimientos sobre el tema.

H0: Las usuarias de métodos de planificación familiar poseen conocimientos sobre el tema.

2. Hi: Las usuarias inscritas y activas en el programa de planificación familiar toman actitudes no favorables respecto al tema.

H0: Las usuarias inscritas y activas en el programa de planificación familiar toman actitudes favorables respecto al tema

3. Hi: Las usuarias mantienen prácticas inadecuadas sobre los métodos de planificación familiar

H0: Las usuarias realizan prácticas adecuadas sobre los métodos de planificación familiar

Variables:

- ✓ Conocimientos
- ✓ Actitudes
- ✓ Practicas

3.1 Operacionalización de las variables

HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
HI: Las usuarias de métodos de planificación familiar no poseen conocimientos sobre el tema.	I. Conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos	Es la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, las cualidades de las relaciones de cosas	Conocimiento: -Alto -Medio -Baja	Es un conjunto de información que las personas poseen sobre una temática	Conocimiento sobre: -Métodos de planificación familiar -Mecanismo de acción -Enfermedades de transmisión sexual - Uso correcto de métodos de planificación Familiar - Métodos de planificación familiar naturales
HI. Las usuarias inscritas y activas en el programa de planificación familiar toman actitudes responsables respecto al tema	II. Actitudes de las usuarias respecto los métodos anticonceptivos	La actitud es el comportamiento que emplea un individuo para hacer las labores. En este sentido, se puede decir que es su	Actitudes: -Buenas actitudes -Malas actitudes	Son los diferentes comportamientos que el ser humano toma ante determinada situación	Actitudes sobre: -Consejería de métodos de planificación familiar - Orientación sobre los métodos de planificación familiar -Métodos anticonceptivos con

<p>II. Las usuarias realizan prácticas adecuadas sobre los métodos de planificación familiar</p>	<p>III. Prácticas de las usuarias sobre métodos anticonceptivos</p>	<p>forma de ser o el comportamiento de actuar</p> <p>Habilidad o experiencia que se consigue o se adquiere con la realización continuada de una actividad.</p>	<p>Prácticas:</p> <p>-Buenas practicas</p> <p>-Malas practicas</p>	<p>Habilidades o destreza adquirida por medio de diferentes experiencias</p>	<p>la pareja sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Métodos de planificación familiar en adolescencia - Condón como método anticonceptivo y prevención de ETS. <p>Prácticas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Número de parejas sexuales -Tipo de métodos anticonceptivos usados -Método anticonceptivo preferido -Lugar donde adquiere su método anticonceptivo -Prácticas sexuales con la pareja
--	---	--	--	--	---

4. DISEÑO METODOLOGICO.

4.1 Tipo de investigación

Cuantitativo: Porque describió la cantidad de conocimiento que poseen las usuarias de métodos de planificación familiar a partir de los datos que se recolectaron que ayudaron a alcanzar los objetivos de este estudio.

Diseño de estudio

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de la información, el estudio fue **prospectivo**, ya que la información se registró en el momento en que se aplicó la encuesta a las usuarias de los métodos de planificación familiar, en donde se registraron los conocimientos, actitudes y prácticas.

Según el periodo o secuencia del estudio fue de corte: **transversal** porque se investigaron las siguientes variables: conocimientos sobre los diferentes métodos anticonceptivos, actitudes de las usuarias respecto a los métodos anticonceptivos, prácticas de las usuaria sobre métodos anticonceptivos.

Según el análisis y alcance de los resultados la investigación fue de tipo: **Descriptivo**

4.2 Población y muestra

4.2.1 Población

La población que se tomó en cuenta fueron todas las mujeres inscritas y activas dentro del programa de planificación familiar de las unidades comunitarias de salud familiar que se estudió. La población de las unidades que se estudiaron se describe en la tabla 1.

TABLA N°1. Distribución de la población inscrita y activa en el programa de planificación familiar, según unidad comunitaria de salud familiar.

UCSFI MONCAGUA	UCSFE PRESITA	LA	UCSFE PERQUIN	TOTAL
132	143		125	400

Fuente: Plan de operativo anual de UCSFI Moncagua, La Presita, Perquín. 2019

4.2.2 Muestra

Como se sabía que en esta investigación la población era finita, ya que se tomaban en cuenta solo las mujeres inscritas en el programa de planificación familiar que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión de las diferentes unidades comunitarias de salud familiar. La fórmula para calcular el tamaño de la muestra cuando la población fue conocida es:

$$N = \frac{Z^2 \times P (Q \times N)}{NE + Z^2 pq}$$

Donde:

n = El tamaño de la muestra que se calculo

N= Tamaño de la población

Z= Fue la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado. En este caso, nivel de confianza a utilizar será de 95% z= 1,96

E= Fue el margen de error máximo que admito, En este caso, 5%

p= Fue la probabilidad de éxito (variabilidad) En este caso 50% o 0.5

q= Fue la probabilidad de fracaso (variabilidad) En este caso 50% o 0.5

SUSTITUYENDO:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5(0.5) \times 400}{400 (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.5(0.5)}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.25 \times 400}{1 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{384.16}{1.9604}$$

$$n = 195.96$$

n = 196 Muestra

Para cada Unidad comunitaria de salud Familiar se aplicó la fórmula de sub muestra:

$$S_n = \frac{Nh}{N}(n)$$

Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Moncagua.

$$S_n = \frac{132}{400}(196) = 64.68 = \mathbf{65}$$

Unidad Comunitaria de Salud Familiar de La Presita.

$$S_n = \frac{143}{400}(196) = 69.58 = \mathbf{70}$$

Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Perquín.

$$S_n = \frac{125}{400}(196) = 61.25 = \mathbf{61}$$

TABLA N°2: Distribución de la muestra según establecimiento de salud

UNIDAD DE SALUD	SUBMUESTRA
MONCAGUA, SAN MIGUEL	65
LA PRESITA, SAN MIGUEL	70
PERQUIN, MORAZAN	61
TOTAL	196

Criterios para determinar la muestra

4.3 criterios de inclusión

Toda mujer que estaba inscrita y activa dentro del programa de planificación familiar en las unidades comunitarias de salud familiar en estudio y que estaban dispuestas a colaborar con el estudio.

4.4 Criterios de exclusión

Mujeres en edad reproductiva con vida sexual activa las cuales no estaban inscritas en el programa de planificación familiar de las unidades comunitarias de salud en estudio y que no querían colaborar con el estudio.

4.5 Tipo de muestreo

La muestra se eligió mediante el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se pasaron las encuestas a las usuarias que llegaron a consultar y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

4.6 Técnicas de recolección de información

- ✓ Documental

Documental bibliográfica, ya que se utilizaron libros de texto de medicina para obtener información, en físico y en digital.

- ✓ De trabajo de campo

La encuesta sirvió para obtener datos de primera mano de las personas encuestadas y posteriormente mediante su análisis, proyectamos los resultados a la totalidad de la población.

4.7 Instrumento

En la primera parte de la encuesta se solicitó los datos socio demográfico. Encuesta tipo Likert, que consistía de 22 preguntas que evaluaron el conocimiento, 16 preguntas que evaluaron las actitudes de las cuales todas fueron cerradas y 12 preguntas que evaluaron las prácticas de las usuarias en la cual se dejó la siguiente valoración:

Conocimiento:

- Alto 16-23 afirmaciones correctas
- Medio 8-15 afirmaciones correctas
- Bajo Menor de 7 afirmaciones correctas

Actitudes:

- Buenas actitudes, 9 o más aseveraciones adecuadas
- Malas actitudes, 8 o menos aseveraciones adecuadas

Prácticas:

Se formularon 12 preguntas relacionadas al uso, tipo y frecuencia.

- Buenas prácticas de 9 a 12 Preguntas correctas.
- Malas prácticas menores de 8 Preguntas correctas

PROCEDIMIENTO**Planificación**

Durante el presente año 2019, fueron reunidos los estudiantes de medicina egresados de la carrera Doctorado en Medicina, en el departamento de medicina de la UES-FMO. Se dieron los lineamientos a seguir para la realización del trabajo de graduación, así mismo la calendarización de dicho proceso. Se asignó un docente asesor, junto con el cual posteriormente se eligió el tema de investigación. Bajo la tutoría del docente asesor, se realizó el perfil de investigación, el cual se presentó en forma física y en digital para solicitar el inicio del proceso de graduación. Posteriormente se realizó la elaboración del protocolo de investigación, el cual precedió a la ejecución del trabajo de investigación. Se realizó el presente trabajo final de investigación contando con asesoría metodológica y estadística.

Ejecución

La población estudiada fue toda mujer en edad reproductiva que se encontró inscrita y activa en el programa de planificación familiar y que llevo sus controles en UCSFI Moncagua UCSFE La Presita y UCSF Perquín. Se procedió a realizar una encuesta a cada paciente durante el control de planificación familiar. Se les explico en qué consistía el estudio y se preguntó si estaban dispuestas a participar en dicha encuesta, al acceder se procedió a que firmaran un consentimiento informado previo a leerles cada una de las preguntas del cuestionario elaborado para que dieran las respuestas a las interrogantes.

Validación del instrumento

Previo a ejecución de la investigación se realizó la validación del instrumento a través de una prueba piloto en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia de Moncagua y especializada La Presita San Miguel, Perquín, Morazán evaluando a las usuarias que cumplían con los criterios de inclusión, para valorar la comprensión de las preguntas y posteriormente modificarlas de acuerdo a los resultados.

Recolección de datos

La población que se estudio fue de 196 mujeres en edad reproductiva que estaban inscritas en el programa de planificación familiar distribuidas de la siguiente manera UCSF Moncagua 65, UCSF la presita 70 y UCSF Perquín 61.

4.8 Plan de análisis

Una vez que se recolectó la información se procedió a la codificación de los datos utilizando los datos de SPSS Versión 24, en el cual se introdujeron los datos luego de pasar las encuestas, con el objetivo de poder realizar tablas y graficas que permitieron el análisis e interpretación de los resultados para la información que se recopiló en las encuestas.

5. CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación no presentara ningún peligro a la vida de la población en estudio ya que solamente se usara un cuestionario que respondió solo si previamente firmaron un consentimiento informado y de forma anónima.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

TABLA N° 3. EDAD

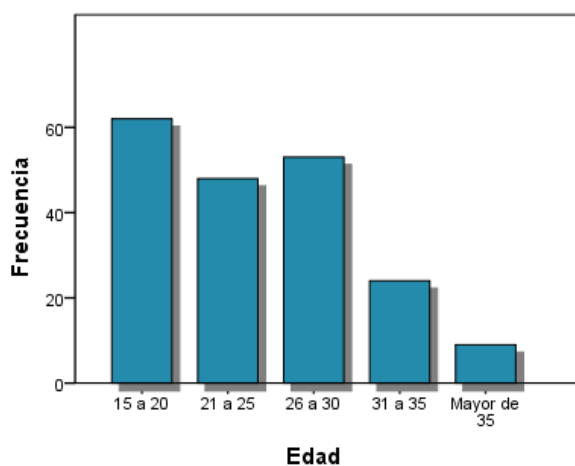
	Frecuencia	Porcentaje
15 a 20	62	31.6
21 a 25	48	24.5
26 a 30	53	27.0
31 a 35	24	12.2
Mayor de 35	9	4.6
Total	196	100.0

Fuente: Encuesta dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se puede observar que un 31.6% de las mujeres en estudio tienen entre 15 a 20 años de edad, un 27% tienen entre 26 a 30 años, un 24.5% tienen entre 21 a 25 años de edad, seguido de un 12.2% de mujeres que se encuentran entre los 31 a 35 años de edad y un porcentaje menor de ellas de 4.6% son mayores de 35 años.

Interpretación: Se puede ver que la mayoría de las usuarias activas en los programas de métodos de planificación familiar son adolescentes entre los 15 a 20 años de edad, seguido por un rango de mujeres entre los 26 a 30 años, luego un rango de edad entre los 21 a 25 años, también se observa que una cantidad considerable aún utiliza métodos anticonceptivos entre los 31 a 35 años de edad y por último un rango menor de estas es mayor de 35 años, tomando en cuenta este rango de edad como un alto riesgo reproductivo.

GRAFICO N° 1. EDAD



Fuente: Tabla N° 3

TABLA N° 4. RELIGION

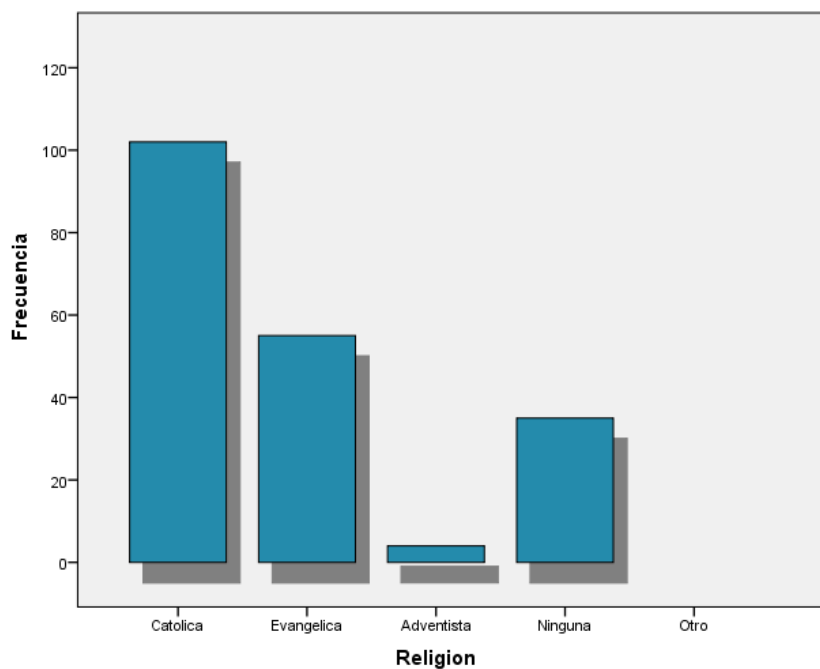
	Frecuencia	Porcentaje
Católica	102	52.0
Evangélica	55	28.1
Adventista	4	2.0
Ninguna	35	17.9
Total	196	100.0

Fuente: Encuesta dirigida a la población de estudio

Análisis: La tabla anterior muestra que el 52% corresponde a mujeres católicas, seguido de un 28.1% evangélicas, luego un 17.9% que no pertenecen a ninguna religión y solo en 2% son adventistas

Interpretación: Se puede observar que la mayoría de mujeres corresponden a la religión católica, seguida de mujeres evangélicas, luego una cantidad considerable de mujeres que no practican ninguna religión y una minoría de las usuarias activas son adventistas.

GRAFICO N° 2. RELIGION



Fuente: Tabla N° 4

TABLA N° 5. PROCEDENCIA

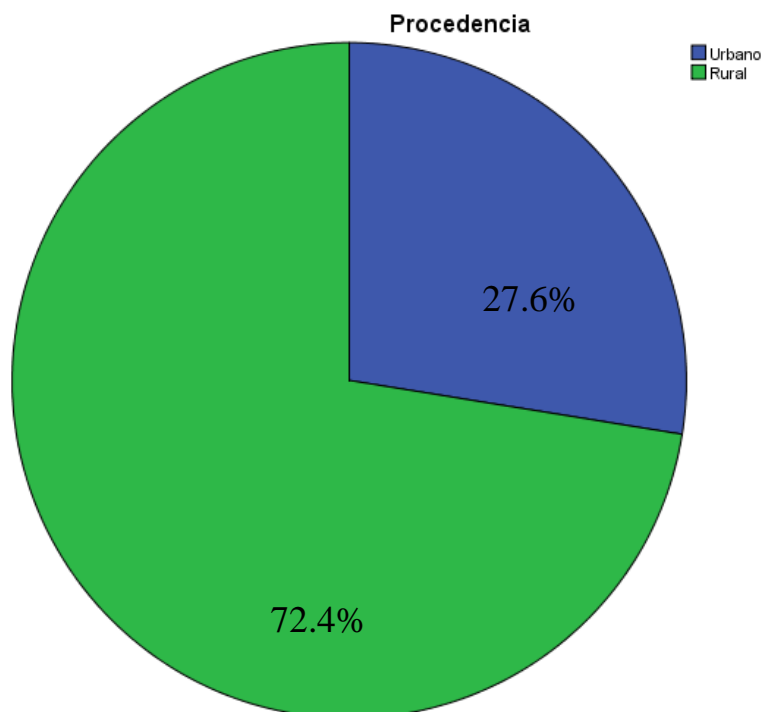
	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	54	27.6
Rural	142	72.4
Total	196	100.0

Fuente: Encuesta dirigida a la población de estudio

Análisis: A partir de la tabla anterior se puede evidenciar que la mayoría de la población en estudio pertenecen a la zona rural con 72.4% y el resto 27.6% pertenece a la zona urbana.

Interpretación: La mayoría de las mujeres que son usuarias activas de los métodos de planificación familiar pertenecen a la zona rural debido a que dos unidades en estudio se encuentran ubicadas en las afueras de la ciudad, el resto de la población se encuentran en el área urbana.

GRAFICO N° 3. PROCEDENCIA



Fuente: Tabla N° 5

TABLA N° 6. ESCOLARIDAD

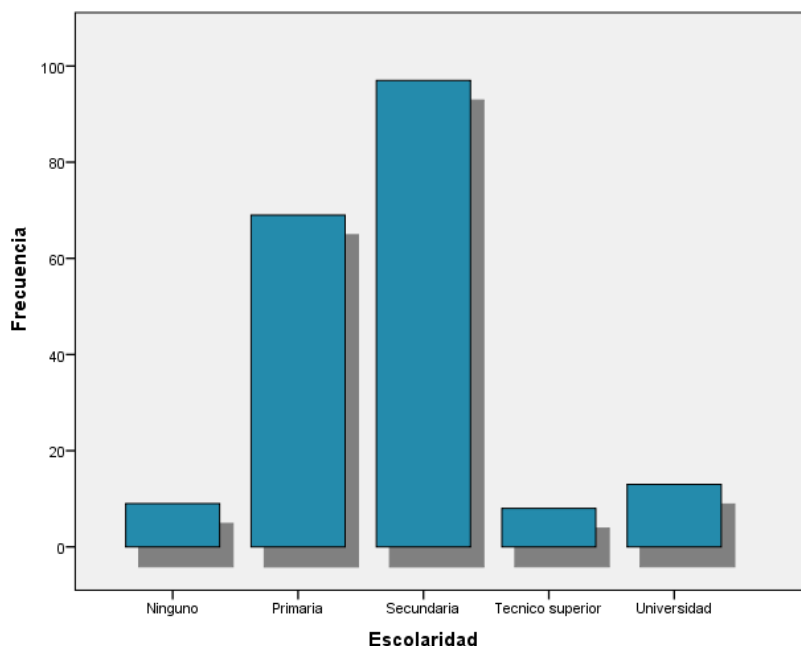
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	9	4.6
Primaria	69	35.2
Secundaria	97	49.5
Técnico superior	8	4.1
Universidad	13	6.6
Total	196	100.0

Fuente: Encuesta dirigida a la población de estudio

Análisis: La tabla anterior muestra que el 49.5% corresponde a mujeres que estudiaron hasta la secundaria, seguido de un 35.2% hasta primaria, luego el 6.6% universidad, el 4.6% ningún estudio y solo 4.1% técnico superior.

Interpretación: Se observa que la escolaridad predominante de las mujeres en estudio es secundaria, seguida por mujeres que cursaron primaria, luego una cantidad considerable de mujeres cursando estudios en la universidad, en menor cantidad mujeres que no tienen ningún grado de escolaridad y el menor porcentajes aquellas que poseen una carrera técnica.

GRAFICO N° 4. ESCOLARIDAD



Fuente: Tabla N° 6

TABLA N° 7. ESTADO CIVIL

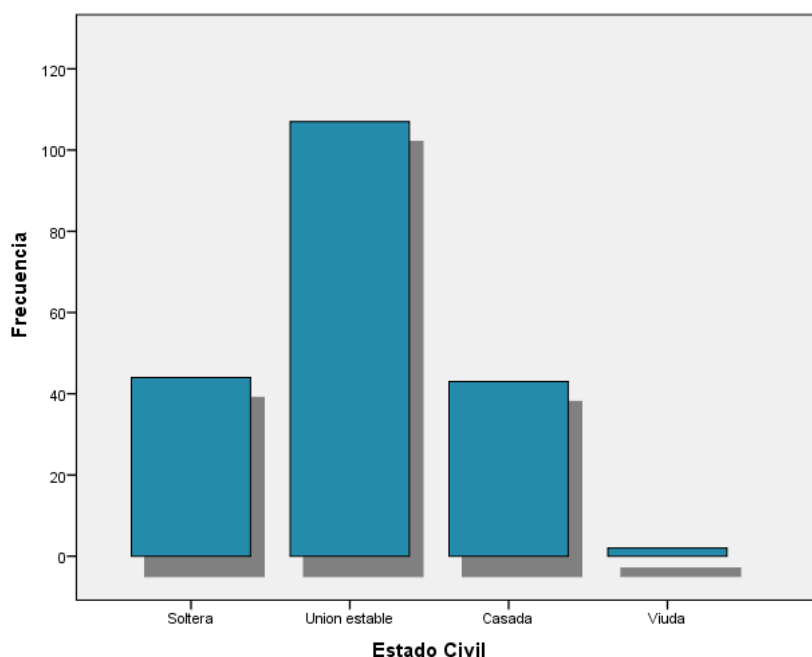
	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	44	22.4
Unión estable	107	54.6
Casada	43	21.9
Viuda	2	1.0
Total	196	100.0

Fuente: Encuesta dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se muestra que las mujeres en estudio se encuentran en estado civil de unión estable con un 54.6%, las mujeres solteras un 22.4% seguida por casada en 21.9% y un 1% se encuentran viudas

Interpretación: Se puede ver que la tabla anterior muestra que la gran mayoría de las mujeres se encuentran viviendo en unión estable con su compañero de vida, no teniendo una relación familiar legalizada, seguida de mujeres solteras o que tienen un noviazgo no formal, luego una cantidad considerable de mujeres casadas que aún no optan por un método definitivo o permanente y solo una mínima cantidad se encuentran viudas.

GRAFICO N° 5. ESTADO CIVIL



Fuente: Tabla N° 7

TABLA N° 8. OCUPACION

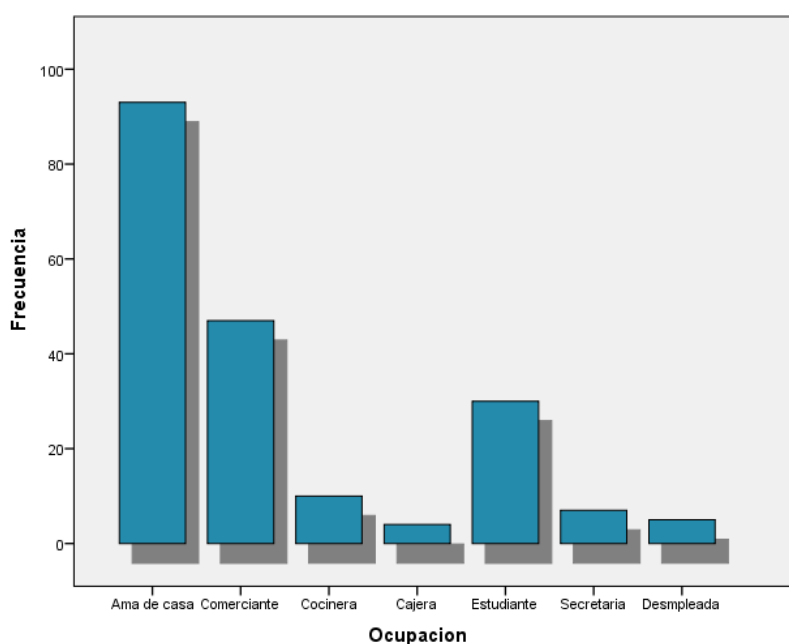
	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	93	47.4
Comerciante	47	24.0
Cocinera	10	5.1
Cajera	4	2.0
Estudiante	30	15.3
Secretaria	7	3.6
Desempleada	5	2.6
Total	196	100.0

Fuente: Encuesta dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se aprecia que un 47.4% es ama de casa, un 24% es comerciante, un 15.3% es estudiante, un 5,1% es cocinera, un 3.6% es secretaria, un 2.6% es desempleada, 2% es cajera.

Interpretación: la mayoría de las mujeres que utilizan métodos de planificación familiar y son usuarias activas, son ama de casa o realizan oficios domésticos, seguida por mujeres comerciantes, una cantidad considerable de mujeres son estudiantes de secundaria y universitarias, seguidas por mujeres manipuladoras de alimentos, luego mujeres que ejercen la profesión de secretaria, una poca cantidad mujeres desempleadas, y la minoría cajeras.

GRAFICO N° 6. OCUPACION



Fuente: Tabla N° 8

TABLA N° 9. CONOCIMIENTOS

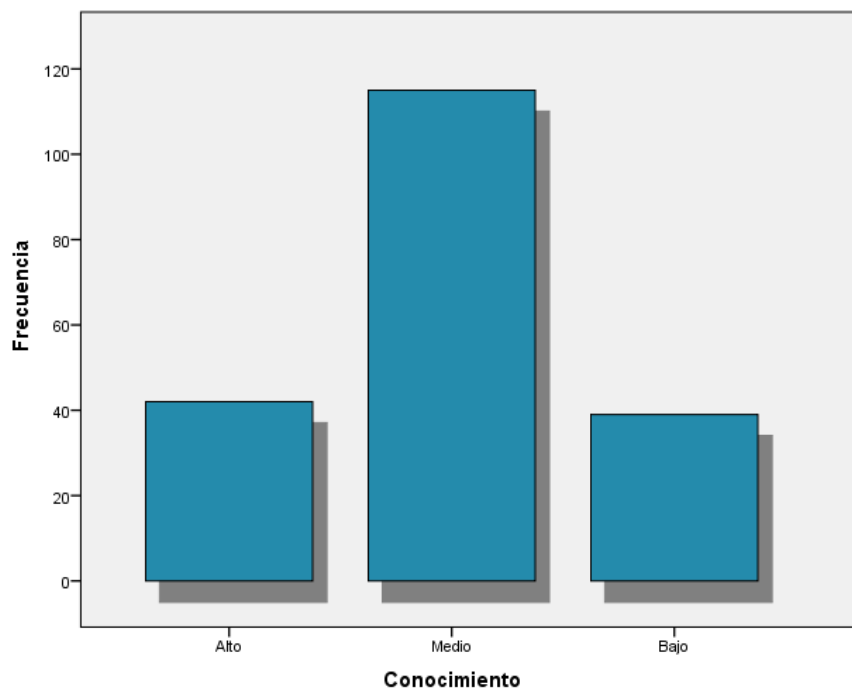
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alto	42	21.4
	Medio	115	58.7
	Bajo	39	19.9
	Total	196	100.0

Fuente: Encuesta dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se muestra que un 58.7% tienen un conocimiento medio, un 21.4% conocimiento alto y un 19.9% conocimiento bajo.

Interpretación: La mayor cantidad de mujeres que son usuarias activas en los programas de planificación familiar tienen un conocimiento medio acerca de ello, que una cuarta parte de las mujeres poseen conocimiento alto y una minoría posee bajo o poco conocimiento de los métodos de planificación familiar.

GRAFICO N° 7. CONOCIMIENTOS



Fuente: Tabla N° 9

TABLA N° 10. PREGUNTA SOBRE CONOCIMIENTOS

El condón protege de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH

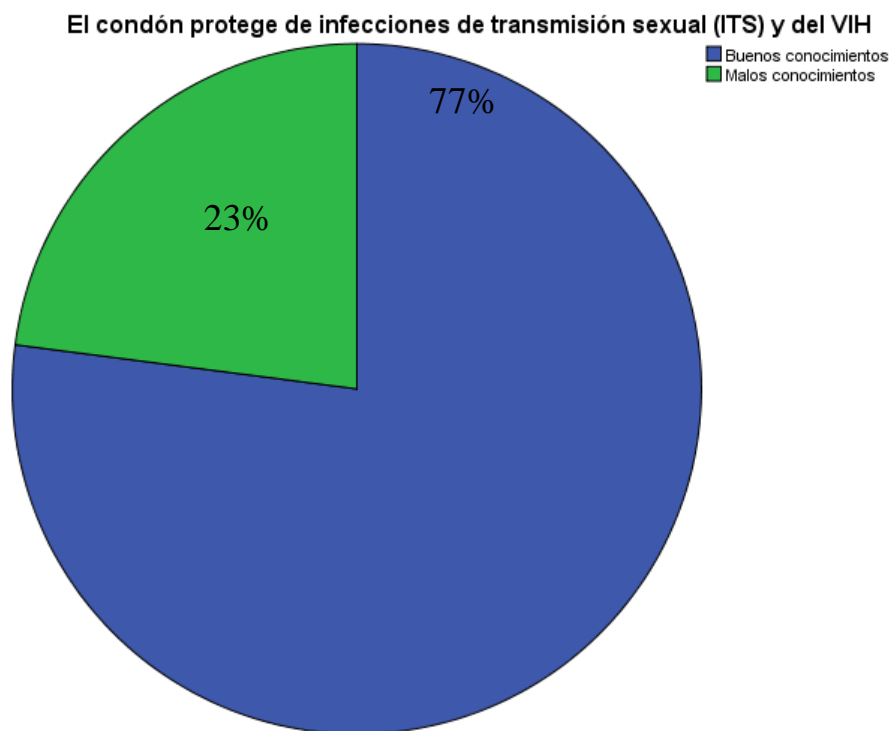
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Buenos conocimientos	151	77.0
	Malos conocimientos	45	23.0
	Total	196	100.0

Fuente: Encuesta dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se muestra que un 77% poseen buenos conocimientos y un 23% poseen malos conocimientos con respecto a la pregunta el condon protege de infecciones de transmisión sexual y del VIH

Interpretación: La mayoría de las mujeres activas en el programa de planificación familiar considera que el condón protege de infecciones de transmisión sexual y del VIH lo que se transforma en buenos conocimientos, y solo un pequeño porcentaje de mujeres cree que el condón no protege de estas enfermedades lo que se convierte en malos conocimientos

GRAFICO N° 8. PREGUNTA SOBRE CONOCIMIENTOS



Fuente: Tabla N° 9

TABLA N° 11. ACTITUDES

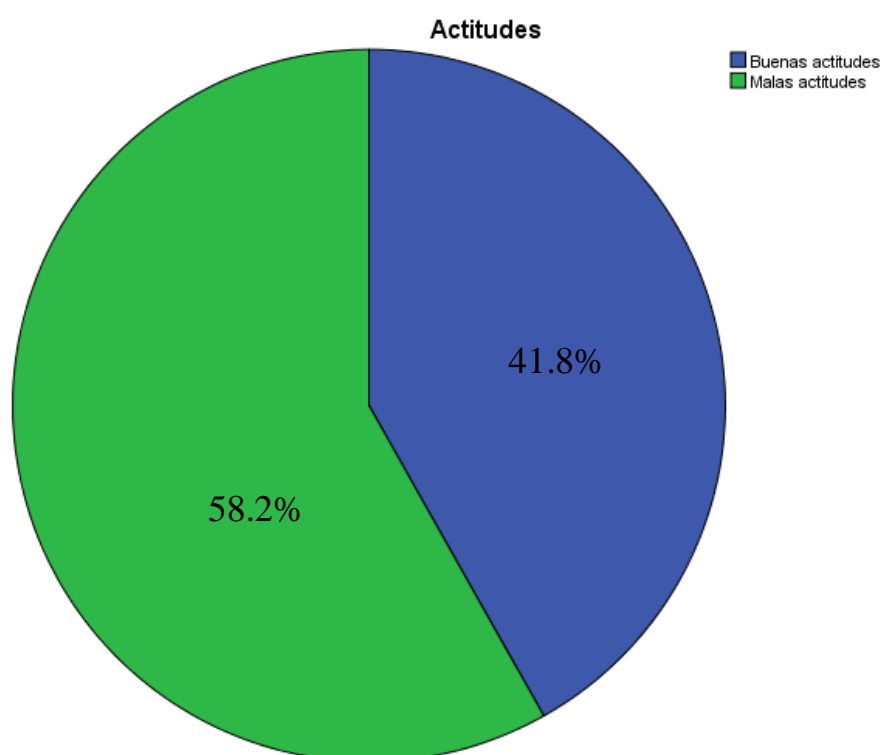
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Buenas actitudes	82	41.8
	Malas actitudes	114	58.2
	Total	196	100.0

Fuente: Encuesta dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se muestra que un 58.2% poseen malas actitudes y un 41.8% poseen buenas actitudes

Interpretación: La mayor parte de las mujeres tienen malas actitudes respecto a los métodos de planificación familiar en contraste con un porcentaje menor de mujeres que tienen buenas actitudes

GRAFICO N° 9. ACTITUDES



Fuente: Tabla N° 11

TABLA N° 12. PREGUNTA SOBRE ACTITUDES

Considera usted que al usar el condón se disfruta menos de la relación sexual

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Buenas actitudes	55	28.1
	Malas actitudes	141	71.9
	Total	196	100.0

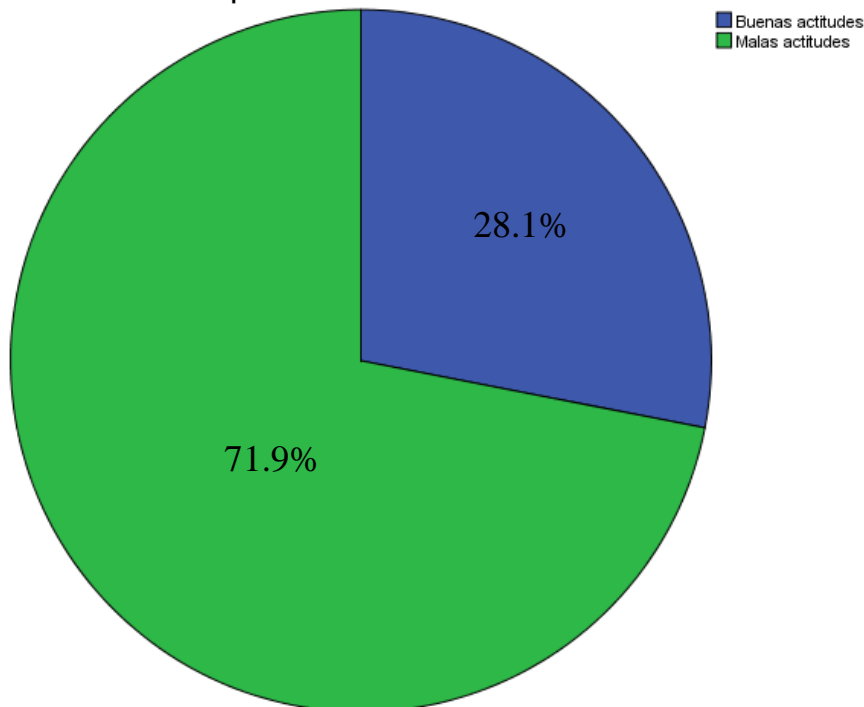
Fuente: Encuesta dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se muestra que un 71.9% tienen malas actitudes y solo un 28.1% tienen buenas actitudes

Interpretación: La mayor parte de las mujeres consideran que al usar condón se disfruta menos de la relación sexual, la cual fue la pregunta más representativa sobre malas actitudes y una minoría considera que usar el condón no afecta en si se disfruta o no la relación sexual, lo cual lo convierte en buenas actitudes

GRAFICO N° 10 PREGUNTA SOBRE ACTITUDES

Considera usted que al usar el condón se disfruta menos de la relación sexual



Fuente: Tabla N° 12

TABLA N° 13. PRACTICAS

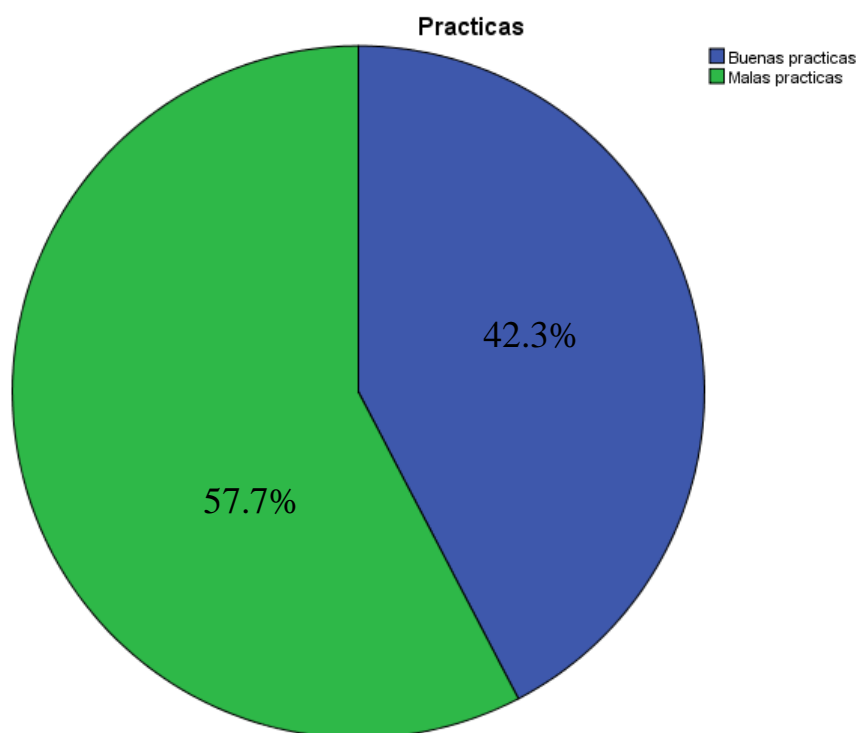
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Buenas practicas	83	42.3
	Malas practicas	113	57.7
	Total	196	100.0

Fuente: Encuesta dirigida a la población de estudio

Análisis: La tabla anterior muestra que un 57.7% tiene malas prácticas y un 42.3% tiene buenas prácticas

Interpretación: La mayoría de las mujeres que son usuarias activas en las unidades comunitarias de salud familiar en estudio tienen malas prácticas frente al uso de los métodos de planificación familiar y un menor porcentaje realiza buenas prácticas

Grafico N° 11. PRACTICAS



Fuente: Tabla N° 13

TABLA N° 14. PREGUNTA SOBRE PRÁCTICAS

Uso usted o su pareja algún método anticonceptivo en tu primera relación sexual

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Buenas practicas	61	31.1
	Malas practicas	135	68.9
	Total	196	100.0

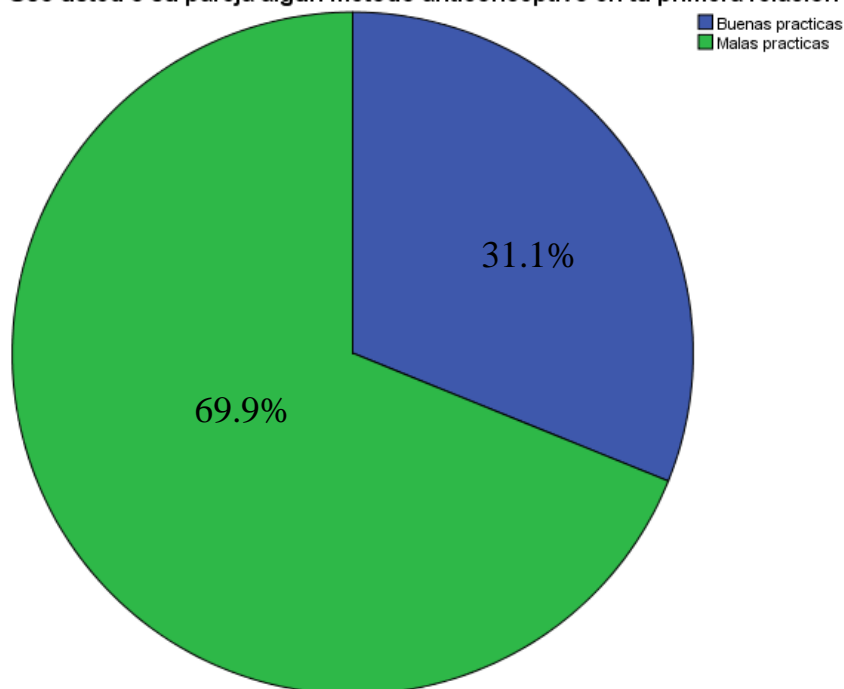
Fuente: Encuesta dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se muestra que un 68.9% realizan malas prácticas y un 31.1% realizan buenas practicas

Interpretación: Se tomó la pregunta más representativa sobre prácticas en la cual se encontró que la mayoría de mujeres no uso ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual por lo tanto lo convierte en malas prácticas, y solo un porcentaje menor de mujeres utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual por lo tanto realizan buenas practicas

GRAFICO N° 12. PREGUNTA SOBRE PRÁCTICAS

Uso usted o su pareja algún método anticonceptivo en tu primera relación sexual



Fuente: Tabla N° 14

7. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis 1

Hi: Las usuarias de métodos de planificación familiar no poseen conocimientos sobre el tema.

H0: Las usuarias de métodos de planificación familiar poseen conocimientos sobre el tema.

Relación de pacientes que conocen los métodos de planificación familiar

TABLA N° 15. NIVEL DE CONOCIMIENTOS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alto	42	21.4
	Medio	115	58.7
	Bajo	39	19.9
	Total	196	100.0

Pruebas de chi-cuadrado

TABLA N° 16. PRUEBA DE CHI CUADRADO PARA NIVEL DE CONOCIMIENTOS

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.380	2	.827
Razón de verosimilitud	.381	2	.826
Asociación lineal por lineal	.080	1	.778
N de casos válidos	196		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16.32.

ANALISIS: Para realizar la comprobación de hipótesis se utilizó el chi cuadrado el cual se obtuvo de la siguiente manera.

GL: 2

$X_{2obt} < X_{2crit}$ = Se acepta la hipótesis nula

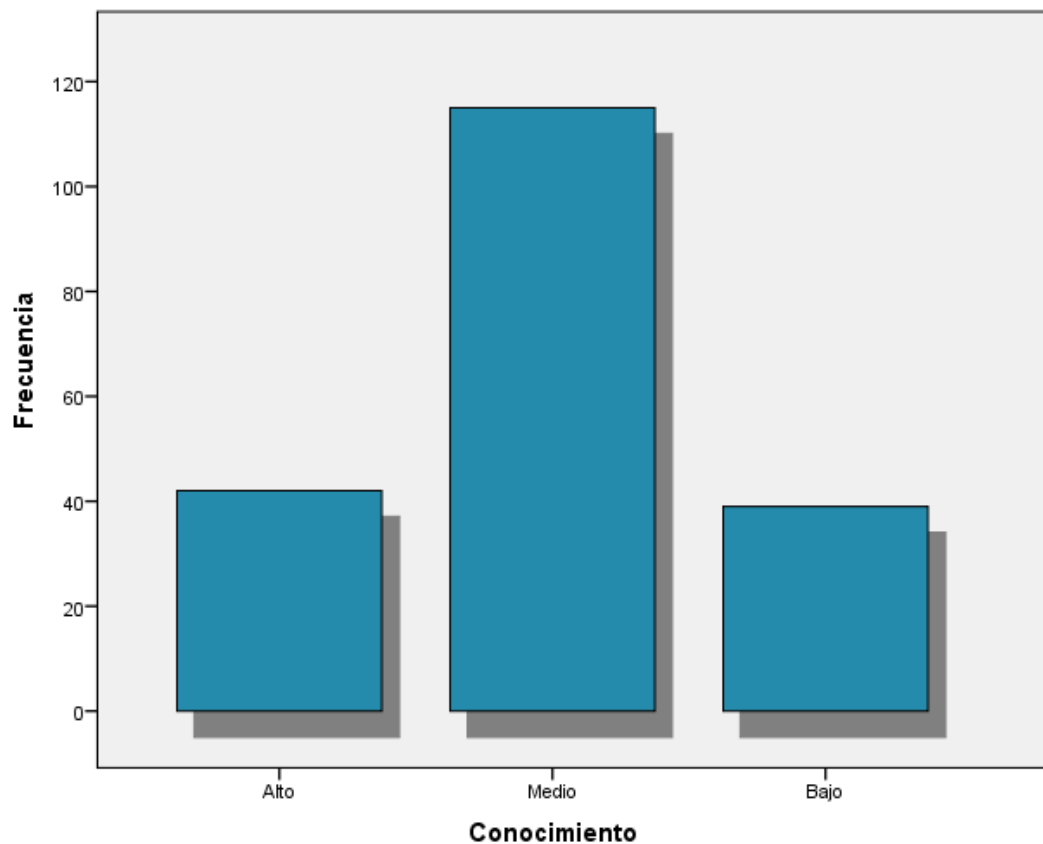
$X_{2obt} > X_{2crit}$ = Se rechaza la hipótesis nula

Dónde: $X_{2obt} = .380$ y $X_{2crit} = 9,210$

Si $X^2_{obtenido}$ es igual .380 y $X^2_{critico}$ es igual 9,210 significa que X^2_{obt} es menor que X^2_{crit} por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de trabajo

ANALISIS: La mayor cantidad de mujeres que son usuarias activas en los programas de planificación familiar tienen un conocimiento medio acerca de ello, que una cuarta parte de las mujeres poseen conocimiento alto y una minoría posee bajo o poco conocimiento de los métodos de planificación familiar.

GRAFICO N° 13 CONOCIMIENTOS



Fuente: Tabla N° 9

Hipótesis 2.

Hi: Las usuarias inscritas y activas en el programa de planificación familiar toman actitudes no favorables respecto al tema.

H0: Las usuarias inscritas y activas en el programa de planificación familiar toman actitudes favorables respecto al tema

Relación de pacientes que tienen actitudes los métodos de planificación familiar

TABLA N° 17. ACTITUDES

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Buenas actitudes	82	41.8
	Malas actitudes	114	58.2
	Total	196	100.0

TABLA N° 18. PRUEBA DE CHI CUADRADO PARA ACTITUDES

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.889 ^a	2	.143
Razón de verosimilitud	3.955	2	.138
Asociación lineal por lineal	.538	1	.463
N de casos válidos	196		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16.52.

ANALISIS: Para realizar la comprobación de hipótesis se utilizó el chi cuadrado el cual se obtuvo de la siguiente manera.

GL: 2

$X_{2obt} < X_{2crit}$ = Se acepta la hipótesis nula

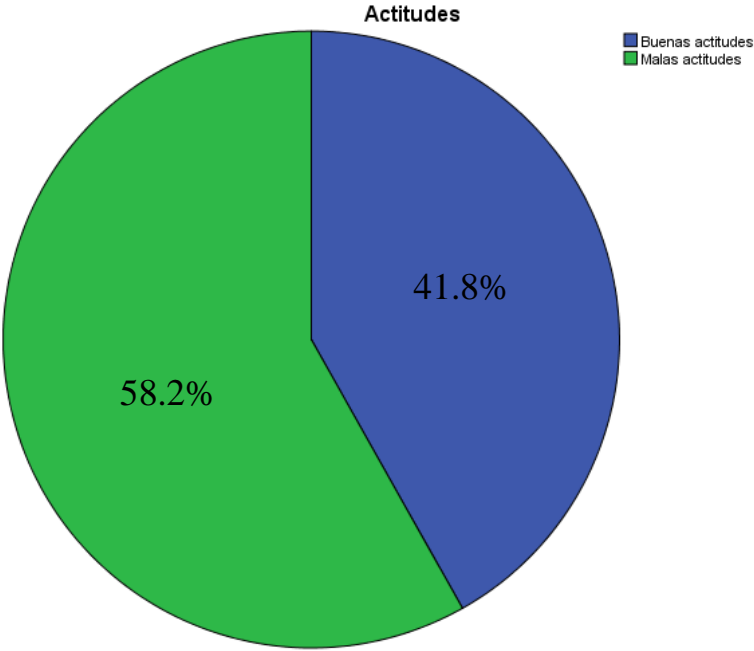
$X_{2obt} > X_{2crit}$ = Se rechaza la hipótesis nula

Dónde: $X_{2obt} = 3.889$ y $X_{2crit} = 0.103$

Si $X_{2obtenido}$ es igual 3.889 y $X_{2critico}$ es igual 9,210 significa que X_{2obt} es mayor que X_{2crit} por lo que se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula

ANALISIS: La mayor parte de las mujeres tienen malas actitudes respecto a los métodos de planificación familiar en contraste con un porcentaje menor de mujeres que tienen buenas actitudes

Grafico N° 14 ACTITUDES



Fuente: Tabla N° 10

Hipótesis 3.

Hi: Las usuarias mantienen prácticas inadecuadas sobre los métodos de planificación familiar

H0: Las usuarias realizan prácticas adecuadas sobre los métodos de planificación familiar

Relación de pacientes que tienen practicas los métodos de planificación familiar

TABLA N° 19. TIPO DE PRÁCTICA

		Practicas	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Buenas practicas	83	42.3
	Malas practicas	113	57.7
	Total	196	100.0

Pruebas de chi-cuadrado

TABLA N° 20. PRUEBA DE CHI CUADRADO PARA PRÁCTICAS

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.637 ^a	1	.425		
Corrección de continuidad	.425	1	.514		
Razón de verosimilitud	.639	1	.424		
Prueba exacta de Fisher				.465	.258
Asociación lineal por lineal	.634	1	.426		
N de casos válidos	196				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 34.72.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

ANALISIS: Para realizar la comprobación de hipótesis se utilizó el chi cuadrado el cual se obtuvo de la siguiente manera.

GL: 1

$X_{2obt} < X_{2crit}$ = Se acepta la hipótesis nula

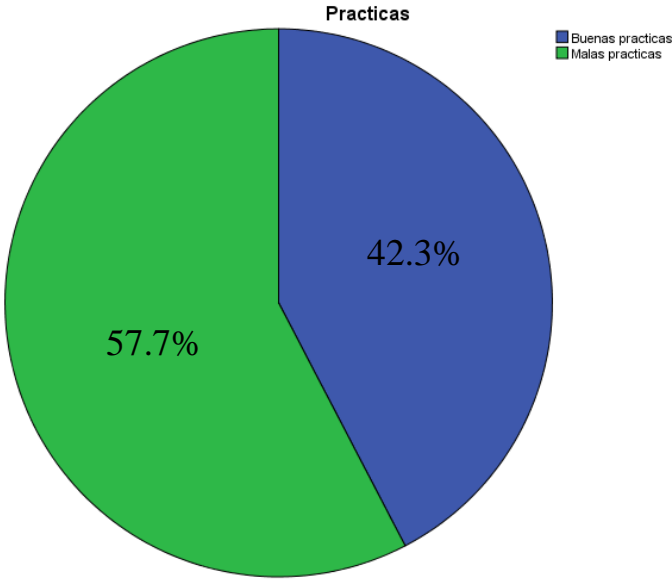
$X_{2obt} > X_{2crit}$ = Se rechaza la hipótesis nula

Dónde: $X_{2obt} = 0.637$ y $X_{2crit} = 0.004$

Si $X_{2obtenido}$ es igual 0.637 y $X_{2critico}$ es igual 0.004 significa que X_{2obt} es mayor que X_{2crit} por lo que se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula.

ANALISIS: La mayoría de las mujeres que son usuarias activas en las unidades comunitarias de salud familiar en estudio tienen malas prácticas frente al uso de los métodos de planificación familiar y un menor porcentaje realiza buenas prácticas

Grafico N°15. PRACTICAS



Fuente: Tabla N° 17

8. DISCUSION

El presente trabajo de investigación trata sobre el nivel de conocimientos que poseen usuarias de métodos de planificación familiar y si poseen buenas o malas actitudes y prácticas, de usuarias inscritas en el programa de planificación familiar de las unidades comunitarias de salud familiar de Moncagua, San Miguel, La Presita, San Miguel y Perquín, Morazán. Para lo cual se realizó un instrumento tipo Likert a la población antes mencionada.

El estudio tuvo una población total de 196 mujeres, de las cuales un 58.7% de encuestadas tenían un nivel de conocimiento medio, pero en más del 57% poseían malas actitudes y prácticas, lo que refleja que un mayor conocimiento no exime de que existan mejores actitudes o prácticas en las usuarias.

El 56.1% de la población oscilaba edades entre 15 a 25 años, y casi la mitad de la población había cursado por lo menos bachillerato, por el nivel educativo que se esperaba que existiera un mayor conocimiento de métodos de planificación y por ende actitudes hacia los métodos buenas, junto con las prácticas.

La religión católica sigue prevaleciendo en el grupo de usuarias, probablemente desarrollado por el efecto tradicional de la cultura misma de la familia salvadoreña. Casi un 50% de usuarias mantienen una unión estable con sus parejas actuales.

En contraste con las actitudes, la adquisición de métodos de planificación familiar les resulta ser muy fácil, dependiendo de la disponibilidad que el ministerio de salud les ofrezca, sabiendo esto, sobre las prácticas fue un porcentaje menor de usuarias que aseguran que han utilizado algún método de protección durante una primera relación sexual con su pareja.

El método más utilizado por las usuarias fue la inyección, sabiendo que todas las unidades de salud tienen a su disposición hasta cuatro tipos (preservativo, DIU, mini píldoras, Implanon) de métodos diferentes.

9. CONCLUSIONES

Las usuarias que están inscritas en planificación familiar en la Unidad de Salud Familiar Intermedia de Moncagua, San Miguel y Especializadas La Presita, San Miguel y Perquín, Morazán, las cuales la mayoría tiene entre 15 y 20 años, poseen un conocimiento alto en un 21.4%, intermedio de 58.7% y bajo de 19.9% respecto a métodos anticonceptivos careciendo en su mayor parte de información relacionada con efectos adversos, uso y diversidad de estos.

Con estos datos podemos aceptar la hipótesis alternativa en el cual enunciamos que las usuarias no poseen conocimientos sobre los métodos de planificación familiar.

La actitud que demostraron tener las usuarias fue desfavorable en un 58.2% y favorable en un 41.8% en cuanto a su uso, orientación y consejería sobre métodos anticonceptivos, así como también sobre los beneficios del uso de preservativo para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y método para evitar embarazos no deseados, caso contrario con la elección del método el cual la mayoría de usuarias decide escoger su método sin consultarlo con su pareja.

Finalmente con estos datos se acepta también la hipótesis alternativa sobre las actitudes de las usuarias ya que estas no son favorables en las usuarias de métodos anticonceptivos.

Sobre la practica un 42.3% posee buenas prácticas, mientras que un 57.7% posee practicas inadecuadas en el uso de métodos anticonceptivos, la mayoría de usuarias refiere obtener su método de planificación en unidades de salud y que no es difícil para ellas obtenerlo, en cambio estas poseen malas prácticas debido a que en su mayoría no utilizan preservativos en relaciones sexuales de primera vez.

Más de la mitad de las usuarias poseen prácticas inadecuadas en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, aceptando la hipótesis alternativa de nuestra investigación

El método de planificación familiar más usado por nuestras usuarias son los inyectables en un 71.4%, seguidos por la DIU T de cobre en un 14.3% y los menos usados: píldora en un 7.2%, implante en un 4.1%, MELA en un 1.5% y preservativos en un 1%.

10.RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD:

Promover y Desarrollar mensajes educativos sobre el buen uso y responsabilidad en el manejo de los Métodos Anticonceptivos en las usuarias, a través de medios de comunicación más frecuentemente utilizados.

Coordinar con las usuarias para brindar capacitaciones, respecto al tema de métodos anticonceptivos, haciendo énfasis en los conocimientos generales de los métodos, las prácticas de los mismos y las actitudes favorables que deben tomar.

A LAS UNIDADES DE SALUD:

Crear y reactivar clubes con usuarias en las unidades de salud, con un ambiente de confianza y con personal capacitado, donde se les impartan charlas sobre los métodos anticonceptivos y se respondan cualquiera de sus inquietudes y así puedan acudir a tener libre acceso a la información sobre dicho tema y poder optar por el método anticonceptivo más adecuado según las características y necesidades de cada mujer. Promover el uso del condón y otros tipos de métodos anticonceptivos para que las usuarias tengan una visión más amplia y encuentren múltiples opciones a la hora de elegir un método anticonceptivo.

Dar capacitaciones con frecuencia al personal de atención primaria para fortalecer sus conocimientos sobre cómo dar una consulta y consejería eficaz con énfasis en el uso de los mismos en cada grupo de usuarias.

A LOS PROFESIONALES DE SALUD:

Brindar charlas educativas en los centros escolares sobre educación sexual impartidas por un personal calificado en este tema a fin de ofrecerles a los adolescentes información real y actualizada sobre dicho tema; esto para prolongar el inicio de vida sexual o una vez iniciada sea confiable y segura.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jonathan S. Berek MD M. GINECOLOGIA DE NOVAK. 15th ed. Jonathan S. Berek MD M, editor. ESPAÑA: LIPPINCOTT, WILLIAMS,WILKINS; 2015. 1744 p.

2. MINSAL. Lineamientos tecnicos para la provicion de servicios de antioncepcion. EL SALVADOR: MINSAL; 2016. 206 p.

3. F CG. Obstetricia de Williams. 23rd ed. Mc-Graw-Hill, editor. 2011. 1385 p.

4.Ciarmatori SI, Discacciati V, Mülli V. Manual para el uso de métodos anticonceptivos. [Internet]. ESPAÑA: Ned Ediciones; 2016. 89 p. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=IEvGCwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

5. HOFFMAN, S. S. (2012). *GINECOLOGIA DE WILLIAMS*. MEXICO DF: MC GRAW HILL.

6.BENEFICIOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y DE LA ANTICONCEPCIÓN

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception?fbclid=IwAR24Ckv-kK3VzWDuLWPRaOOOeMSkzn-gNomdu4H8Sqeg0-gl1fEvEZe3rz0>

7.CONOCE TODOS LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA TU LIBRE ELECCIÓNhttps://profamilia.org.co/servicios/metodos-anticonceptivos/?fbclid=IwAR3N0JI4YO6kY2_uaVOQyOp7ydKUvOVkjAQkjCNqUgzBAJ9X1G-mi14FmbQ

8.<https://web.archive.org/web/20090628071226/http://www.noah-health.org/es/pregnancy/contraception/contraception/basics.html>

10. LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Yo _____ de _____ años de edad, he sido elegido para participar voluntariamente en la investigación llamada **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS USUARIAS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE MONCAGUA Y ESPECIALIZADAS LA PRESITA, SAN MIGUEL Y PERQUÍN MORAZÁN, AÑO 2019.**

Se me ha explicado en que consiste dicha investigación, entiendo el propósito de la misma, por lo que doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma o huella dactilar de la persona que lo otorga

ANEXO 2. Cronograma de Actividades a Desarrollar en el Proceso de Graduación Ciclo I y II Año 2019

Meses	FEB/2019				MARZ/2019				ABRIL/2019				MAY/2019				JUN/2019				JUL/2019				AGOST/2019				SEPT/2019				OCT/2019				NOV/2019				DIC/2019															
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4												
Actividades																																																								
1. Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías	█				█				█				█				█				█				█				█				█				█				█				█				█				█			
2. Inscripción del proceso de graduación.	█																																																							
3. Aprobación del tema de investigación																																																								
4. Elaboración del Protocolo de Investigación	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█																																										
5. Presentación escrita del Protocolo de Investigación																																																								
6. Ejecución de la Investigación																	█	█	█	█	█	█	█	█																																
7. Procesamiento de los datos																					█	█	█	█																																
8. Elaboración de la discusión y prueba de hipótesis																									█																															
9. Elaboración de Conclusiones y recomendaciones																													█																											
10. Redacción del Informe Final																																	█																							
11. Entrega del Informe Final																																																								
12. Exposición de Resultados y Defensa del Informe final de Investigación																																																								

ANEXO 3. INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA



DATOS GENERALES

- Edad cumplida: ____ años
- Religión: Católica ____ Evangélica ____ Adventista ____ Ninguna ____
Otra especifique: _____
- Procedencia: Urbana ____ Rural ____
- Escolaridad: Ninguno ____ Primaria ____ Secundaria ____ Técnico superior ____
Universidad ____
- Estado civil: Soltera ____ Unión estable ____ Casada ____ Viuda ____
- Ocupación: _____
- ¿Ha acudido al programa de planificación familiar? SI ____ NO ____

SOBRE CONOCIMIENTOS. MARQUE SEGÚN CORRESPONDA

		SI	NO	NO SE
1	Sabes que son los métodos anticonceptivos			
2	Conoce por lo menos un método anticonceptivo			
3	La píldora se toma en cualquier día después que paso la regla			
4	La píldora protege de las infecciones de transmisión sexual (ITS)			
5	Dentro de las reacciones de la píldora se encuentran: mareos, dolor de cabeza, aumento de peso y sangrado.			
6	La píldora es un método exclusivo de la mujer			

7	El DIU está recomendado en las mujeres que no han tenido hijos			
8	La píldora debe tomarla tanto el hombre como la mujer, al mismo tiempo para que sea más efectiva.			
9	El condón lo usa solo el hombre			
10	El condón protege de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH			
11	El condón protege de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH			
12	El condón se coloca cuando el pene esta erecto (duro) y antes de iniciar la relación sexual.			
13	El mismo condón se puede usar varias veces			
14	El condón usado de forma correcta, es un método 100% eficaz para la prevención del embarazo.			
15	El DIU (la T de Cobre) es solo para la mujer.			
16	Los métodos anticonceptivos deben de ser elegido en pareja			
17	Durante la relación sexual terminar afuera es un método seguro para evitar embarazo.			
18	Dar más de 8 veces diario pecho materno en los primeros 6 meses posparto es un método 100% seguro?			
19	Una sola relación sexual es suficiente para que se produzca un embarazo.			
20	El método del ritmo es cuando la pareja evita tener relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer			
21	La vermagest, postinor, son pastillas para la mañana siguiente, es un método anticonceptivo que puede usarse diario.			
22	La Norigyn es un método anticonceptivo inyectable.			
23	El anticonceptivo inyectable se aplica el último día de la menstruación.			

SOBRE ACTITUDES. EN DONDE:

1. TOTALMENTE DE ACUERDO
2. DE ACUERDO
3. INDECISA
4. EN DESACUERDO
5. TOTALMENTE EN DESACUERDO

		1	2	3	4	5
1	Considera usted que la consejería y orientación sobre los métodos anticonceptivos es muy importante.					
2	Usted considera que puede utilizar métodos anticonceptivos.					
3	Consideras que el condón y las píldoras son métodos adecuados para evitar el embarazo en mujeres menores de 20 años					
4	Considera usted que al usar el condón se disfruta menos de la relación sexual.					
5	Creas que los adolescentes tienen suficiente y adecuada información sobre los métodos anticonceptivos.					
6	Es difícil para usted conseguir métodos anticonceptivos.					
7	Conversarías con tu pareja como protegerse de enfermedades de transmisión sexual y SIDA					
8	Si te causara molestias algún método anticonceptivo considerarías que debes usar otro.					
9	Utilizarías tú el condón como método anticonceptivo.					

10	Aconsejarías a tu pareja de algún método anticonceptivo					
11	Crees que es tu pareja la que debe de decidir que métodos debes usar y que no vas a usar.					
12	Consideras tu que tener muchos hijos es riesgoso para la mujer.					
13	Considera usted que es el hombre quien decide el número de hijos que se puede tener.					
14	Consideras el uso de anticonceptivo un pecado.					
15	Cree usted que debe utilizarse métodos anticonceptivos en relaciones ocasionales.					
16	El uso del condón es una protección contra el SIDA					

SOBRE LA PRÁCTICA:

1. Número de parejas sexuales
2. Ha tenido relaciones sexuales durante su periodo menstruales
3. Ha utilizado usted algún tipo de método natural
4. Ha usado alguna vez el condón femenino durante sus prácticas sexuales
5. Tu pareja ha utilizado condón alguna vez.
6. Usaste tu o tu pareja algún método anticonceptivo en tu primera relación sexual.
7. Has usado métodos anticonceptivos alguna vez.
8. Has tomado decisiones en conjunto con tu pareja para elegir un método anticonceptivo.
9. Estas utilizando algún método anticonceptivo.
10. Has ido a la unidad de salud a planificar.

11. ¿Qué métodos o método usas actualmente? (PUEDE SUBRAYAR MAS DE UNA)

- a) Método de ritmo.
- b) Método de moco cervical
- c) Píldora
- d) Inyectable
- e) T de cobre
- f) Preservativos
- g) Lactancia materna
- h) Ninguno

12. ¿Dónde acudes para obtener métodos anticonceptivos? (PUEDE SUBRAYAR MÁS DE UNA)

- a) Farmacias.
- b) Centros de salud.
- c) Familiares.
- d) Conocidos.
- e) Otros.
- f) Ninguno.

ANEXO 4. ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACO: Anticonceptivos orales

EE: Etinilestradiol

ETS: Enfermedades de transmisión sexual

DIU: Dispositivo intrauterino

OMS: Organización mundial de la salud

PF: Planificación familiar

MELA: Método de la amenorrea de la lactancia

MINSAL: Ministerio de salud

UCSF: Unidad comunitaria de salud familiar

UCSFI: Unidad comunitaria de salud familiar intermedia

UCSFE: Unidad comunitaria de salud familiar especializada

ANEXO 5. GLOSARIO

Anticoncepción: Conjunto de métodos que se emplean para evitar la fecundación y por consiguiente el embarazo

Amenorrea: Ausencia de menstruación (uno o más periodos menstruales)

Ciclo menstrual: El ciclo menstrual consiste de una serie de cambios regulares que de forma natural ocurren en el sistema reproductor femenino los cuales hacen posible el embarazo o la menstruación, en caso de que el primero no tenga lugar. Durante este ciclo se desarrollan los gametos femeninos. Un ciclo menstrual normal consta de 28 días + o - 7

Coitus interruptus o coito interrumpido: El coitus interruptus o coito interrumpido, también conocido como retirada o marcha atrás, es un método de contracepción en el cual una pareja tiene relaciones sexuales, pero el pene es retirado prematuramente y el semen es eyaculado fuera de la vagina, o no es eyaculado y es retenido dentro del cuerpo

Dismenorrea: Consiste en una menstruación que se acompaña de dolor de fuerte intensidad

Endometrio: Membrana mucosa que recubre la cavidad del útero

Epermatozoide: Célula reproductora masculina o gameto, destinada a la fecundación del óvulo; mide de diez a sesenta micras de longitud y está compuesta de una cabeza que contiene el material cromosómico y de una cola o flagelo que actúa como propulsor.

Espermicida: Productos químicos que se colocan en el conducto vaginal con la finalidad de evitar un embarazo

Esterilización: Es un procedimiento quirúrgico que consiste en ligar o bloquear de manera permanente las trompas de Falopio en la mujer para no quedar embarazada

Estrógenos: Los estrógenos son hormonas sexuales esteroideas de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales.

Fecundación: Es el proceso por el cual dos gametos se fusionan durante la reproducción sexual

Fertilidad: Es la capacidad de un ser vivo para procrear.

Infertilidad: es una enfermedad que consiste en la imposibilidad para concebir un hijo naturalmente o de llevar un embarazo a término

Lactancia materna exclusiva: Alimentación con leche del seno materno desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad

Menopausia: Es el momento de la vida de una mujer en el cual dejan de tener periodo menstrual debido a cambios hormonales esto suele ocurrir alrededor de los 45 a 55 años con un promedio más común a los 50 años

Menorragia: Menstruación excesiva de más de 80ml o prolongadas por más de 8 días

Menstruación: Proceso fisiológico por el que se expulsa periódicamente por el útero un ovulo maduro no fecundado que se acompaña de flujo sanguíneo y otras materias en las mujeres cada mes

Metrorragia: Hemorragia entre ciclos menstruales

Moco cervical: El moco cervical es un fluido producido en el cuello del útero, el 90 % de su composición es agua, también contiene electrolitos como calcio, sodio, potasio y componentes orgánicos como glucosa, aminoácidos, y proteínas. El volumen y la

textura del moco cervical van cambiando según sea la etapa del ciclo de ovulación en que la mujer se encuentre

Ovulación: Consiste en el desprendimiento natural de un óvulo maduro del ovario que, después de atravesar la trompa de Falopio, pasa al útero y puede ser fecundado

Ovulo: Célula reproductora femenina que se forma en el ovario de las mujeres y que una vez fecundada por el espermatozoide da origen al embrión; en la especie humana, es una célula redonda de 0,1 milímetros de diámetro.

Planificación familiar: Es un hecho que permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad

Relación sexual: Una relación sexual es el conjunto de comportamientos que realizan dos personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual. Las relaciones sexuales pueden incluir muchas prácticas como las caricias sexuales, el sexo oral o el coito mediante la penetración del pene en el introito vaginal

Usuarías: Persona que usa una cosa de manera habitual

Vaginitis: Es una inflamación o infección de la vagina que puede causar picazón, dolor y secreciones.

Vaginosis: Es una infección causada por una cantidad excesiva de ciertas bacterias que cambian el equilibrio normal de las bacterias en la vagina

ANEXO 6. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RUBROS	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
PERSONAL		
3 estudiantes de medicina egresados en servicio social	00.00	00.00
EQUIPO Y SUMINISTRO INFORÁTICOS		
3 computadoras (energía eléctrica)	20.00	60.00
200 horas redes inalámbricas	0.50	100.00
MATERIALES Y SUMINISTROS DE OFICINA		
1 Computadora portátil	500.00	500.00
3 libretas de apuntes	1.00	3.00
1 caja de lápices	2.00	2.00
1 caja de lapiceros	3.00	6.00
1500 fotocopias varias	0.05	75.00
6 anillados de informe	2.00	12.00
7 empastados	15.00	105.00
12 resmas de papel bond tamaño carta	5.00	60.00
1 impresora	50.00	50.00
5 tinta negra de impresión	28.00	140.00
3 tinta de color para impresión	32.00	96.00
10 folder	0.15	1.50
3 CD (informe final)	2.00	6.00
10% imprevistos		571.65
	GRAN TOTAL	1288.15

El costo de la investigación será financiado por el grupo investigador

Br. Stefany Nathalíe Ayala Amaya	\$429.38
Br. Ricardo Augusto García Díaz	\$429.38
Br. Calixto Elías Gómez Rubio	\$429.38

ANEXO 7. TABLA DE DISTRIBUCION DE CHI CUADRADO

g=grados de libertad p=área la derecha el valor de x de la tabla cumple que para X es chj-cuadrado con g grados de libertad P(X>x)=p

TABLA 3-Distribución Chi Cuadrado χ^2

P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado, v = Grados de Libertad

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424	1,3233	1,0742	0,8735	0,7083	0,5707	0,4549
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189	2,7726	2,4079	2,0996	1,8326	1,5970	1,3863
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416	4,1083	3,6649	3,2831	2,9462	2,6430	2,3660
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886	5,3853	4,8784	4,4377	4,0446	3,6871	3,3567
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893	6,6257	6,0644	5,5731	5,1319	4,7278	4,3515
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581	7,8408	7,2311	6,6948	6,2108	5,7652	5,3481
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032	9,0371	8,3834	7,8061	7,2832	6,8000	6,3458
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301	10,2189	9,5245	8,9094	8,3505	7,8325	7,3441
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421	11,3887	10,6564	10,0060	9,4136	8,8632	8,3428
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420	12,5489	11,7807	11,0971	10,4732	9,8922	9,3418
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314	13,7007	12,8987	12,1836	11,5298	10,9199	10,3410
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120	14,8454	14,0111	13,2661	12,5838	11,9463	11,3403
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848	15,9839	15,1187	14,3451	13,6356	12,9717	12,3398
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508	17,1169	16,2221	15,4209	14,6853	13,9961	13,3393
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107	18,2451	17,3217	16,4940	15,7332	15,0197	14,3389
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651	19,3689	18,4179	17,5646	16,7795	16,0425	15,3385
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146	20,4887	19,5110	18,6330	17,8244	17,0646	16,3382
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595	21,6049	20,6014	19,6993	18,8679	18,0860	17,3379
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004	22,7178	21,6891	20,7638	19,9102	19,1069	18,3376
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375	23,8277	22,7745	21,8265	20,9514	20,1272	19,3374
21	46,7963	43,7749	41,4009	38,9322	35,4789	32,6706	29,6151	27,6620	26,1711	24,9348	23,8578	22,8876	21,9915	21,1470	20,3372
22	48,2676	45,2041	42,7957	40,2894	36,7807	33,9245	30,8133	28,8224	27,3015	26,0393	24,9390	23,9473	23,0307	22,1663	21,3370
23	49,7276	46,6231	44,1814	41,6383	38,0756	35,1725	32,0069	29,9792	28,4288	27,1413	26,0184	25,0055	24,0689	23,1852	22,3369
24	51,1790	48,0336	45,5584	42,9798	39,3641	36,4150	33,1962	31,1325	29,5533	28,2412	27,0960	26,0625	25,1064	24,2037	23,3367
25	52,6187	49,4351	46,9280	44,3140	40,6465	37,6525	34,3816	32,2825	30,6752	29,3388	28,1719	27,1183	26,1430	25,2218	24,3366
26	54,0511	50,8291	48,2898	45,6416	41,9231	38,8851	35,5632	33,4295	31,7946	30,4346	29,2463	28,1730	27,1789	26,2395	25,3365
27	55,4751	52,2152	49,6450	46,9628	43,1945	40,1133	36,7412	34,5736	32,9117	31,5284	30,3193	29,2266	28,2141	27,2569	26,3363
28	56,8918	53,5939	50,9936	48,2782	44,4608	41,3372	37,9159	35,7150	34,0266	32,6205	31,3909	30,2791	29,2486	28,2740	27,3362
29	58,3006	54,9662	52,3355	49,5878	45,7223	42,5569	39,0875	36,8538	35,1394	33,7109	32,4612	31,3308	30,2825	29,2908	28,3361