

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



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:

**CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE
TIENEN LAS USUARIAS EN EDAD REPRODUCTIVA EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD SALVADOREÑO**

PRESENTADO POR:

**SONIA MARICELA CRUZ DE CÁCERES
JACKELINE GUADALUPE HERNÁNDEZ BENAVIDES
GILMA ESPERANZA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ**

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTORA EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DRA. OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

FEBRERO DE 2023

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS

RECTOR

DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO

INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

INGENIERO FRANCISCO ALARCÓN

SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

MAESTRO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

DOCTOR OSCAR VILLALOBOS

VICEDECANO

MAESTRO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA

SECRETARIO INTERINO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

**COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA CARRERA
DE MEDICINA**

ASESORES

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES

ASESORA METODOLÓGICA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA METODOLÓGICA

TRIBUNAL CALIFICADOR

DOCTOR ERIK ANTONIO RODRÍGUEZ TURCIOS

PRESIDENTE

DOCTORA XENIA AIMEE GARCÍA ORTIZ

SECRETARIO

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

VOCAL

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de El Salvador, por ser el ente rector mediante el cual nos formamos como profesionales y adquirimos los conocimientos para ejercer de manera integral en la sociedad.

A nuestros docentes, por transmitirnos el conocimiento y motivarnos para lograr nuestros objetivos.

A nuestros asesores, por la orientación y el tiempo recibido en la realización de la investigación por brindarnos los lineamientos y correcciones en mejora de nuestra formación.

DEDICATORIA

A DIOS: sobre todas las cosas, por brindarnos fortaleza, sabiduría, salud, por ayudarnos a superar cada dificultad presente en todo este tiempo de desarrollo personal y profesional, por ser nuestro apoyo espiritual cada día.

A NUESTROS PADRES: por su apoyo emocional, económico, por enseñarnos valores importantes para desarrollarnos de la mejor manera en nuestras vidas, por ser nuestro apoyo incondicional en todo momento.

A NUESTRA FAMILIA: por brindarnos su apoyo constante cada vez que fué necesario, por alentarnos y motivarnos en este largo camino profesional.

A NUESTROS DOCENTES: gracias a todos por su tiempo, consejos y dedicación, por compartir sus conocimientos, por ayudar a formarnos con disciplina y responsabilidad, por enseñarnos la importancia de la empatía y la voluntad de servir a nuestra población de la menor manera.

A NUESTRO ASESOR: Dra. Olivia Ana Lisseth Segovia Velásquez, por dedicarnos el tiempo necesario para la elaboración de la investigación, su disponibilidad y por transmitirnos sus conocimientos y orientación en cada paso para dar lo mejor de nosotros.

TABLA DE CONTENIDOS

	PÁG.
LISTA DE TABLAS.....	ix
LISTA DE GRÁFICOS.....	xi
LISTA DE ANEXOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	3
2 MARCO TEÓRICO	7
3 SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	40
4 DISEÑO METODOLÓGICO	44
5 RESULTADOS.....	52
6 DISCUSIÓN	88
7 CONCLUSIONES	93
8 RECOMENDACIONES.....	94
9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

LISTA DE TABLAS

	PÁG.
Tabla 1. Unidades de salud pública y población	45
Tabla 2. Distribución de muestras	47
Tabla 3. Escala de conocimiento	49
Tabla 4. Distribución según edad de las usuarias	52
Tabla 5. Distribución según estado familiar de las usuarias	53
Tabla 6. Distribución según procedencia de las usuarias	54
Tabla 7. Distribución según alfabetización	55
Tabla 8. Distribución según nivel educativo.....	56
Tabla 9. Distribución según ocupación	57
Tabla 10. Distribución según grupo religioso.....	58
Tabla 11. Tiene pareja	59
Tabla 12. Su pareja influye en el método de planificación familiar.....	60
Tabla 13. Ha tenido relaciones sexuales	61
Tabla 14. Edad de inicio de relaciones sexuales.....	62
Tabla 15. Edad de la menarquía	63
Tabla 16. Edad de primer embarazo	64

Tabla 17. Cuantos hijos tiene.....	65
Tabla 18. Ha tenido abortos.....	66
Tabla 19. Número de abortos	67
Tabla 20. Sabe cuáles son los métodos anticonceptivos temporales.....	68
Tabla 21. Qué tipo de método anticonceptivo conoce	69
Tabla 22. Cuáles métodos anticonceptivos ha utilizado.....	71
Tabla 23. Forma de administración del método	72
Tabla 24. Duración de los métodos anticonceptivos temporales	73
Tabla 25. Efectos secundarios de los métodos anticonceptivos temporales	74
Tabla 26. Signos y síntomas de alarma.....	75
Tabla 27. Contraindicaciones de métodos anticonceptivos temporales combinados	76
Tabla 28. Sabe cuáles son los métodos anticonceptivos permanentes.....	77
Tabla 29. Qué tipo de anticonceptivo permanente conoce	78
Tabla 30. En qué momento se realiza la esterilización femenina	79
Tabla 31. Cuál es la duración del efecto anticonceptivo permanente.....	80
Tabla 32. Posibles complicaciones al realizar la esterilización femenina	81
Tabla 33. Signos de alarma posterior a la esterilización femenina	83
Tabla 34. Cuál de los siguientes métodos es el más utilizado.....	84
Tabla 35. Nivel de conocimiento de métodos de planificación familiar	85

LISTA DE GRÁFICOS

	PÁG.
Gráfico 1. Distribución según edad de las usuarias.....	52
Gráfico 2. Distribución según estado familiar de las usuarias	53
Gráfico 3. Distribución según procedencia de las usuarias	54
Gráfico 4. Distribución según alfabetización	55
Gráfico 5. Distribución según nivel educativo	56
Gráfico 6. Distribución según ocupación.....	57
Gráfico 7. Distribución según grupo religioso	58
Gráfico 8. Tiene pareja	59
Gráfico 9. Su pareja influye en el método de planificación familiar	60
Gráfico 10. Ha tenido relaciones sexuales.....	61
Gráfico 11. Edad de inicio de relaciones sexuales	62
Gráfico 12. Edad de la menarquia.....	63
Gráfico 13. Edad de primer embarazo	64
Gráfico 14. Cuantos hijos tiene	65
Gráfico 15. Ha tenido abortos.....	66
Gráfico 16. Número de abortos	67

Gráfico 17. Sabe cuáles son los métodos anticonceptivos temporales.....	68
Gráfico 18. Qué tipo de método anticonceptivo conoce	70
Gráfico 19. Cuáles métodos anticonceptivos ha utilizado	71
Gráfico 20. Forma de administración del método	72
Gráfico 21. Duración de los métodos anticonceptivos temporales	73
Gráfico 22. Efectos secundarios de los métodos anticonceptivos temporales.....	74
Gráfico 23. Signos y síntomas de alarma	76
Gráfico 24. Contraindicaciones de métodos anticonceptivos temporales combinados.	77
Gráfico 25. Sabe cuáles son los métodos anticonceptivos permanentes	78
Gráfico 26. Qué tipo de anticonceptivo permanente conoce.....	79
Gráfico 27. En qué momento se realiza la esterilización femenina	80
Gráfico 28. Cuál es la duración del efecto anticonceptivo permanente.....	81
Gráfico 29. Posibles complicaciones al realizar la esterilización femenina	82
Gráfico 30. Signos de alarma posterior a la esterilización femenina.....	83
Gráfico 31. Cuál de los siguientes métodos es el más utilizado.....	84
Gráfico 32. Nivel de conocimiento de métodos de planificación familiar	85

LISTA DE ANEXOS

	PÁG.
Anexo 1. Glosario	99
Anexo 2. Cronograma de actividades	102
Anexo 3. Presupuesto	103
Anexo 4. Consentimiento informado	104
Anexo 5. Cuestionario	106
Anexo 6. Tabla de distribución	113

RESUMEN

La planificación familiar es el derecho que las parejas e individuos tienen de decidir responsable, libre, voluntariamente el número de hijos que quieren tener y cuándo tenerlos, constituye un pilar esencial para lograr una maternidad segura **Objetivo:** determinar el conocimiento sobre los métodos de planificación familiar que tienen las usuarias en edad reproductiva en el primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño. **Metodología** se realizó un estudio de tipo descriptivo, con un diseño transversal, prospectivo, que permitió estudiar las variables con un total de 122 usuarias en edad reproductiva. La muestra incluyó 40 usuarias de la US San Francisco Javier, 40 usuarias de US Arambala y 42 usuarias de US Corinto que cumplieron los criterios de inclusión. Este instrumento consta de 4 partes. La primera sobre las características sociodemográficas. La segunda trata sobre la historia de la vida reproductiva. La tercera abarca métodos de planificación familiar temporales. La cuarta métodos de planificación familiar permanente. Para el análisis e interpretación de resultados se utilizó el conteo de las respuestas obtenidas en cada ítem conforme a lo cual se pudo clasificar el conocimiento a través de una escala para poder realizar la prueba de hipótesis, haciendo uso de medición de frecuencias. **Resultados** sobre conocimiento de métodos de planificación familiar temporales las usuarias tienen un bajo conocimiento en un 1.6%, un nivel medio en un 22.1% y un nivel alto en un 76.2%, sobre los métodos de planificación familiar permanente las usuarias tienen un nivel de conocimiento bajo en un 7.4%, medio en 39.3% y alto en un 53.3%. **Conclusiones** las usuarias tienen un alto nivel de conocimiento sobre planificación familiar.

Palabras clave: métodos de planificación familiar, anticoncepción, mujeres en edad fértil, conocimiento, prevención de embarazo en edad temprana.

ABSTRACT

Family planning is the right that couples and individuals have to decide responsibly, freely, voluntarily the number of children they want to have and when to have them, it constitutes an essential pillar to achieve safe motherhood **Objective:** determine knowledge about family planning methods that users of reproductive age have in the first level of care of the salvadoran health system. **Methodology** A descriptive study was carried out, with a prospective, cross-sectional design, which allowed studying the variables with a total of 122 users of reproductive age. The sample included 40 users from US San Francisco Javier, 40 users from US Arambala, and 42 users from US Corinto who met the inclusion criteria. This instrument consists of 4 parts. The first on sociodemographic characteristics. The second deals with the history of reproductive life. The third covers temporary family planning methods. The fourth methods of permanent family planning. For the analysis and interpretation of results, the count of the answers obtained in each item was used, according to which knowledge could be classified through a scale to be able to carry out the hypothesis test, using frequency measurement. **Results** regarding knowledge of temporary family planning methods: 1.6% of the users have a low level of knowledge, 22.1% of a medium level, and 76.2% of a high level of knowledge; about permanent family planning methods, the users have a level of knowledge low in 7.4%, medium in 39.3% and high in 53.3%. **Conclusions** the users have a high level of knowledge about family planning.

Keywords: family planning methods, contraception, women of childbearing age, knowledge, early pregnancy prevention.

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción es vista como uno de los métodos para controlar el número y momento del embarazo, llamándose planificación familiar. Partiendo de este punto, la información sobre métodos anticonceptivos es un derecho plasmado en la salud sexual y reproductiva.

El desarrollo de la sexualidad se observa en todos los ciclos de vida de una persona, desde la niñez, adolescencia, juventud, adultez y adultos mayores. Sin embargo se comienza a manifestar en la adolescencia con el inicio de relaciones sexuales premaritales, es aquí donde radica la importancia del conocimiento de métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo.

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores riesgos en la salud de las usuarias y mayores complicaciones psicológicas y sociales, también encontramos a las mujeres con una familia establecida, las cuales tienen el derecho de decidir la cantidad de hijos que desean o si no concebir, por lo cual deben conocer la oferta de métodos de planificación existentes.

El informe final de la investigación se ha estructurado en ocho apartados los cuales se mencionan a continuación.

El primer apartado lo constituye el planteamiento del problema donde se dan a conocer los antecedentes del problema investigado en el cual se describe la importancia de la planificación familiar así como las posibles complicaciones de los embarazos precoces. Luego encontramos el enunciado del problema, posteriormente los objetivos los cuales han sido la guía para orientar el proceso de investigación, para ello se plantea un objetivo general, además para complementar se encuentran los objetivos específicos.

En el segundo apartado está constituido por el marco teórico el cual está dividido en dos secciones, la primera donde se da la fundamentación teórica sobre los métodos de

planificación familiar tanto temporales y permanentes y en la segunda sección se habla sobre el conocimiento, su definición, los tipos de conocimiento, la caracterización de este y los niveles de conocimiento.

El sistema de hipótesis forma parte del tercer apartado donde se da respuesta a la problemática planteada en un inicio con una hipótesis de trabajo y una nula, así como también se presentan las variables a estudiar de donde al hacer la operacionalización de esta tenemos como resultados los indicadores para concretizar el rumbo investigativo.

El cuarto apartado de la investigación lo conforma el diseño metodológico donde explica el tipo de investigación realizada la cual es descriptiva con un diseño transversal prospectivo. La población a investigar es de los municipios de Arambala y Corinto correspondientes al departamento de Morazán así como el municipio de San Francisco Javier en el departamento de Usulután, la cual consiste en mujeres en edad reproductiva que abarca desde los quince a los cuarenta y nueve años, obteniendo una muestra representativa de cada municipio.

La presentación de los resultados se presenta en el apartado número cinco donde se tabulan los datos obtenidos de la encuesta realizada a las pacientes, además de la interpretación, análisis y presentación gráfica.

En el apartado número seis el cual corresponde a la discusión, se hace una comparación de los datos obtenidos en los tres municipios investigados con otros estudios realizados con anterioridad, donde se encuentra que las usuarias tienen un conocimiento alto sobre métodos de planificación familiar temporales y permanentes con respecto a este estudio.

Las conclusiones corresponden al apartado número siete, las cuales se han realizado a partir de la información obtenida y organizada tanto en la parte de procesamiento descriptivo como de la prueba de hipótesis acerca del conocimiento sobre métodos de planificación familiar que tienen las usuarias en edad reproductiva en parámetros como como definición, tipos de métodos, forma de uso, duración, efectos

adversos, signos y síntomas de alarma y contraindicaciones para su uso. En el apartado ocho corresponden a las recomendaciones que como grupo se hacen a diferentes instituciones.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

La anticoncepción contribuye a mejorar las condiciones de vida de las personas, al permitirles decidir libremente tener o no tener hijos; así como el número de hijas e hijos que desean, como parte de sus derechos sexuales y reproductivos. Constituye un pilar esencial para lograr una maternidad segura y para disminuir las tasas de morbilidad materna e infantil. (1)

El conocimiento sobre la anticoncepción adecuada es importante para la salud de las mujeres y de los niños y niñas porque: 1) previene los embarazos demasiado precoces o demasiado tardíos; 2) extiende el periodo entre los nacimientos, y 3) limita el número total de hijos e hijas. Por ello, es fundamental que todas las parejas tengan acceso a información y servicios para evitar embarazos demasiado precoces, poco espaciados, demasiado tardíos o en número excesivo. (2)

En El Salvador según la base de datos consolidada de la Unidad de Atención Integral a la Mujer y la Dirección de Vigilancia Sanitaria (2009-2014), el número de las muertes maternas ha disminuido en el sector salud, de 70 casos en 2009 a 60 en 2014, para una razón de 56 por 100,000 mil nacidos vivos en 2009, a 52.63, en 2014. Esta razón incluye muertes maternas por intoxicación autoinflingida, cuyo suicidio se asoció con el embarazo. Un dato relevante es que en el análisis de las muertes maternas según el grado de prevenibilidad, 70% de las muertes fueron catalogadas como prevenibles y el 27% potencialmente prevenibles. Al igual que en otros países, el 70% de las muertes en El Salvador ocurrieron como resultado de complicaciones del embarazo y parto, tales como hemorragia, trastorno hipertensivo, sepsis y parto obstruido. En lo que respecta a la muerte infantil, según datos del Sistema de Morbilidad y hechos vitales, la tasa institucional de muerte del menor de cinco años es de 11 por mil nacidos vivos, observándose un incremento de 2.6 puntos comparado con 2009. (1)

En Latinoamérica, hasta tres cuartos de la población reporta inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años, siendo esta una etapa del desarrollo en la que aún no se cuenta con las herramientas personales, ni la capacidad de realizar una valoración adecuada de la situación, conllevado en muchas ocasiones a una serie de prácticas sexuales inseguras. El 29% de personas reportan haberse unido/casado antes de los 18 años y los embarazos en adolescentes representan el 30% de los embarazos reportados por el Ministerio de Salud (MINSAL) y Fondo Solidario para la Salud FOSALUD a nivel nacional. (3)

La encuesta sobre maternidad y unión realizada en madres adolescentes mostró que el 64% de las entrevistadas utiliza algún método posterior a su primer embarazo, sin embargo, previo a este solo 3 de cada 10 de estas adolescentes utilizaron algún método anticonceptivo durante su primer encuentro sexual, 13.3% no tenía conocimiento sobre los métodos y más del 25% optaron porque fuera su pareja quien decidiera qué método utilizar. (3)

En El Salvador, se ha observado una disminución gradual en la tasa global de fecundidad de 2.97 hijos por cada mujer reportada por Encuesta de Salud Familiar (FESAL) 2002-2003, 2.5 hijos por mujer reportada en FESAL 2008, a 2.2 reportado en la Encuesta Nacional de Salud, (ENS) 2014. (1)

La tasa de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas se reportaba en 67.3% en FESAL 2002-2003, incrementándose a 72.5% en el siguiente quinquenio, según datos de FESAL 2008. (1)

El uso actual de la anticoncepción fue reportado por 72 por ciento de mujeres que actualmente están casadas o en unión. La prevalencia de los anticonceptivos varía entre 79 por ciento en la región metropolitana y 65 por ciento en la región paracentral. Cerca de 75 por ciento de las mujeres casadas en el área urbana y 68 por ciento en el área rural usan un método anticonceptivo. (4)

Las adolescentes tienden a usar menos la anticoncepción que las mujeres mayores. Solo cerca de 61 por ciento de las mujeres entre los 15 y los 19 años, casadas o en

unión actualmente, usa un método anticonceptivo en comparación con el 64 por ciento de las mujeres de 20 a 24 años, mientras que el uso de la anticoncepción entre las mujeres mayores (de 35 años en adelante) varía entre 72 y 77 por ciento. (4)

Es importante retomar los objetivos y las estrategias que se refieren a la prevención de embarazos no planeados y no deseados; en el enfoque de derechos y de la salud sexual y reproductiva.

1.2 Enunciado del problema

De la problemática antes descrita se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuál es el conocimiento sobre los métodos de planificación familiar que tienen las usuarias en edad reproductiva en el primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño?

1.3 Justificación del estudio

La anticoncepción contribuye a mejorar las condiciones de vida de las personas, al permitirles decidir libremente la concepción; así como el número de hijas e hijos que desean, como parte de sus derechos sexuales y reproductivos.

La anticoncepción constituye un pilar esencial para lograr una maternidad segura y para disminuir las tasas de morbilidad materna e infantil ya que las razones destacables de muerte materna incluyen muertes por intoxicación autoinflingida, cuyo suicidio se asoció con el embarazo, al igual que en otros países, el 70% de las muertes en El Salvador ocurrió como resultado de complicaciones del embarazo y parto, tales como hemorragia, trastorno hipertensivo, sepsis y parto obstruido

En Centroamérica, específicamente en estudio realizado en Guatemala, los factores que influyen en el no uso de métodos modernos de planificación son aquellos

relacionados al acceso (26%), oposición a usar métodos por parte del cónyuge (15%), temor a efectos secundarios (19%) y prohibiciones religiosas (13%).

La promoción del ejercicio responsable de los derechos reproductivos y salud reproductiva de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia.

Es por esto que la presente investigación se enfocará en determinar el conocimiento sobre métodos de planificación familiar que tienen las usuarias en edad reproductiva a través de los recursos disponibles en el primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño a fin de contribuir con el sistema de salud y con la sociedad para fomentar la promoción de la salud, con la novedad de tener un estudio facilitador en el proceso de comprensión de los factores relacionados al poco conocimiento de métodos anticonceptivos partiendo de la perspectiva de las mismas usuarias en edad fértil y ayudando a comprender las barreras, paradigmas y construcciones que poseen en torno al uso de métodos anticonceptivos y con la finalidad de contar con evidencia científica, necesaria y pertinente para el desarrollo de mejores intervenciones que contribuyan a aumentar y mejorar los procesos de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para el beneficio de la sociedad salvadoreña promoviendo acciones que mejoren el desarrollo y los derechos de la población salvadoreña.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar el conocimiento sobre los métodos de planificación familiar que tienen las usuarias en edad reproductiva en el primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño.

1.4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente las mujeres en edad reproductiva del primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño.
- Indagar la historia de la vida reproductiva de las mujeres en estudio.
- Describir el nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar temporales y permanentes que tienen las usuarias en edad reproductiva de primer nivel del sistema de salud salvadoreño.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Planificación familiar

2.1.1 Definición

Es el derecho que las parejas e individuos tienen de decidir responsable, libre, voluntariamente el número de hijos que quieren tener y cuándo tenerlos. (5)

La planificación familiar permite a las personas decidir cuántos hijos tener, si acaso alguno, y determinar los intervalos entre los embarazos.

Generalidades sobre los métodos de planificación familiar

Los métodos de planificación contribuyen a mejorar las condiciones de vida de las personas, al permitirles decidir libremente tener o no tener hijos; así como el número de hijas e hijos que desean, como parte de sus derechos sexuales y reproductivos. Constituye un pilar esencial para lograr una maternidad segura y para disminuir las tasas de morbilidad materna e infantil. (1)

Cabe mencionar que la salud está determinada socialmente y no solamente el acceso a métodos de anticoncepción podrán generar cambios en la salud sexual y reproductiva de las personas sino la interacción entre todos los factores que inciden en los hábitos sexuales de la población, aquí el papel importantísimo de los usuarios que

hacen uso de los servicios y de igual forma de los profesionales de la salud para que brinden las orientaciones e información más oportuna. (1)

La salud reproductiva es “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. (1)

La promoción de la salud aplicada a la anticoncepción, considera: la creación de entornos saludables, el reforzamiento de acciones comunitarias, educativas y de salud, para la toma de decisiones en forma libre e informada con relación a la misma. (1)

2.2 Clasificación de los métodos de planificación familiar

Los métodos de planificación familiar también llamados métodos anticonceptivos se clasifican en 3 grandes grupos: métodos anticonceptivos temporales, métodos anticonceptivos permanentes, métodos anticonceptivos de emergencia.

2.2.1 Métodos anticonceptivos temporales

Los métodos temporales son aquellos que brindan protección únicamente mientras la usuaria o el usuario los utiliza, estos métodos son convenientes para las personas que quieren esperar, espaciar o limitar los embarazos. (1)

El objetivo de los métodos temporales es evitar el embarazo durante un periodo específico de tiempo.

Entre los métodos anticonceptivos temporales tenemos:

A. Métodos anticonceptivos hormonales

Los anticonceptivos hormonales son las hormonas sexuales femeninas, los estrógenos sintéticos combinados con progesterona sintética (gestágenos) o los gestágenos solos.

Los anticonceptivos hormonales más ampliamente usados son los anticonceptivos orales combinados. (6)

Se usan por vía oral, intramuscular, transdérmico, transvaginal o subdérmica, con el objetivo de prevenir el embarazo. (1)

Existen de dos tipos: combinados y solo de progestina. (1)

Otras formas de anticonceptivos hormonales son los transdérmicos mediante parches, los inyectables de gestágenos o de una combinación de gestágenos y estrógenos, los implantes subdérmicos que liberan gestágenos y los anillos vaginales que liberan gestágenos sólo o la combinación de estrógenos y gestágenos. (6)

a. Anticonceptivos hormonales combinados

La ovulación puede inhibirse tanto por los estrógenos como por los gestágenos, individualmente. Hay un sinergismo farmacológico cuando ambas hormonas se combinan, y se consigue una supresión de la ovulación con dosis mucho menores de cada una de ellas. (6)

Definición: contienen estrógenos y progestina y su vía de administración puede ser oral, inyectable mensual, transdérmico (parche) y transvaginal (anillo). (1)

Mecanismo de acción: consiste en inhibir el pico de hormona luteinizante (LH), inhibir el aumento de hormona foliculoestimulante (FSH) y el reclutamiento, la dominancia y la selección folicular también logran espesar el moco cervical, producir atrofia endometrial y alterar el transporte tubárico. (7)

Duración del efecto anticonceptivo: está limitada a cada uno de los ciclos en los que se usa correctamente. (1)

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. (1)

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. (1)

Efectos secundarios posibles: cefalea, náuseas y vómitos, mareo, sensibilidad mamaria, irregularidades menstruales y cambios del estado de ánimo. (1)

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. (1)

Las contraindicaciones absolutas y relativas para el uso de los anticonceptivos hormonales combinados son las siguientes:

Contraindicaciones absolutas

Lactancia las 6 primeras semanas posparto

Fumadoras de más de 35 años que fumen más de 15 cigarrillos al día

Hipertensión arterial crónica

Múltiples factores de riesgo cardiovascular

Antecedentes personales y/o episodio agudo de enfermedad tromboembólica

Cirugía mayor con inmovilización progresiva

Antecedente de cardiopatía isquémica

Valvulopatías complicadas

Lupus eritematoso sistémico

Migraña con aura

Cáncer de mama actual

Cirrosis descompensada

Hepatopatías

Contraindicaciones relativas:

Lactancia materna desde las 6 semanas a los 6 meses postparto hasta los 21 días post parto.

Fumadoras de más de 35 años que fuman menos de 15 cigarrillos diarios

Dislipidemias conocidas

Migraña con aura en menores de 35 años

Migraña sin aura en mayores de 35 años

Diabetes de más de 20 años de evolución con mal control metabólico

b. Anticonceptivos orales combinados (ACO)

Mecanismo de acción: los ACO combinados, los parches combinados y el NuvaRing, suprimen los niveles basales de hormona foliculoestimulante (FSH) y de LH. Disminuyen la capacidad de la hipófisis de sintetizar gonadotropinas en respuesta a la GnRH hipotalámica. No maduran los folículos ováricos, se produce poco estradiol y no hay pico de LH a mitad de ciclo. No hay ovulación, no se forma el cuerpo lúteo y no se produce progesterona. (6)

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

Uso del método: 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)

Beneficios: los anticonceptivos orales aportan una anticoncepción muy efectiva, previniendo un problema importante de salud pública, los embarazos no deseados. Los ACO combinados bloquean la ovulación y ofrecen una considerable protección frente al embarazo ectópico. (6) Beneficios relacionados con la menstruación, inhibición de la ovulación, menos quistes ováricos, menos gestaciones ectópicas, disminución de cáncer de ovario, aumento de la masa ósea, disminución del acné. (6)

Administración del método: en presentación de 21 pastillas se ingiere 1 cada día, de preferencia a la misma hora, seguida de 7 días de descanso. Los ciclos siguientes deben iniciarse después del período de 7 días de descanso, sin ingesta de pastillas, independientemente del sangrado menstrual. (1)

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). (1)

Fertilidad después de uso de ACO: después de dejar los ACO, los ciclos ovulatorios pueden tardar en reaparecer unos pocos meses. (6)

Sexualidad: en un estudio que registró todos los episodios de comportamiento sexual iniciados por la mujer, a lo largo del ciclo menstrual, se detectó un aumento de la actividad sexual en el momento de la ovulación. Este aumento no estaba presente en las mujeres que tomaban ACO. (6)

c. Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)

Los inyectables mensuales contienen 2 hormonas un progestágeno y un estrógeno iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno que produce el cuerpo de la mujer. También reciben el nombre de anticonceptivos inyectables combinados, AIC, o “la inyección”. Funcionan fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación). (8)

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. (1)

Descripción o tipo:

5 mg. de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de Noretisterona.

5 mg. de Cipionato de estradiol más 25 mg. de Acetato de medroxiprogesterona. (1)

Uso del método: puede iniciar en cualquier momento del ciclo, en que la persona proveedora esté razonablemente segura de que la usuaria no está embarazada.

Se recomienda iniciar entre el primero y el séptimo día del ciclo menstrual, dependiendo de la presentación escogida. Sí se inicia después de este período utilizar un método de barrera o abstinencia por 7 días.

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

En el postaborto: Podrá usarse de inmediato o dentro de los 7 días posteriores a un aborto. Posterior a los 7 días, se podrá iniciar este método en cualquier momento en que se pueda estar razonablemente seguro que no está embarazada. (1)

Eficacia: depende de la puntualidad, el mayor riesgo de embarazo es cuando la mujer se atrasa en su inyección o la omite. Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 3 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año. (1)

Administración del método: aplicar una vez al mes por vía intramuscular profunda y sin masaje en el sitio de preferencia de la usuaria; teniendo especial cuidado en no derramar ninguna cantidad del líquido. (1)

Cuando se utiliza la composición de 5 mg. de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de Noretisterona. 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. (1)

Efectos secundarios: no menstruación, aumento de peso, cefaleas y mareos sensibilidad en los senos. (8)

Casi todas las mujeres pueden utilizar inyectables mensuales de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que: hayan tenido hijos o no, no estén casadas, tengan cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres de más de 40 años, hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo, fumen cigarrillos, sin importar la cantidad diaria, y sean menores de 35 años de edad, tengan o hayan tenido anemia en

el pasado, tengan várices, estén infectadas con VIH, estén o no en terapia antirretroviral, a menos que esa terapia incluya ritonavir. (8)

d. Parches Combinados

Definición: es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, flexible, que se adhiere a la piel. Libera continuamente 2 hormonas, una progestina y un estrógeno, como las hormonas naturales, progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer, directamente a través de la piel al torrente sanguíneo. (1)

Descripción o tipo: el parche tiene una superficie de 20 cm². Libera una dosis diaria de 150 µg de norelgestromina, el metabolito activo del norgestimato, y 20 µg de EE. El parche se lleva durante 1 semana, luego se cambia por uno nuevo para otros 7 días, continuando durante 3 semanas y después 1 semana sin parches. (6)

Requiere usar un pequeño parche adhesivo en la parte superior externa del brazo, espalda, muslos, abdomen o glúteos, en algún lugar que esté limpio y seco; pero no en las mamas. Se usa sobre la piel todos los días y todas las noches. (1)

Inicio del método: se recomienda iniciar el primer o segundo día de la menstruación. (1)

Conducta a seguir por uso incorrecto del método: en caso de inicio tardío de un nuevo ciclo (después de la semana de descanso): Este método tiene hasta dos días de seguridad. (1)

e. Anillo vaginal combinado

Definición: se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina, y libera continuamente dos hormonas: una progestina y un estrógeno como las hormonas naturales progesterona y estrógeno producidos en el organismo de la mujer. (1)

El anillo vaginal tiene un diámetro externo de 54 mm y una sección de 4 mm. Libera una dosis diaria de 120 µg de etonogestrel, el metabolito activo del desogestrel, con 15 µg de EE. Este anillo, blando y flexible, se lleva en la vagina durante 3 semanas, después se retira durante 1 semana, después de la cual se vuelve a colocar un nuevo anillo. (6)

Cómo insertar el anillo: la mujer puede elegir la posición que le quede más cómoda, por ejemplo, de pie con una pierna levantada, en cuclillas o acostada, debe apretar los lados opuestos del anillo aproximándose 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. (1)

B. Anticonceptivos hormonales sólo de progestina

El mecanismo de acción de los anticonceptivos de gestágeno solo depende, en gran medida, de la dosis. Con bajos niveles sanguíneos de gestágenos, la ovulación aparecerá ocasionalmente. Con la “minipíldora” de gestágeno solo, que aporta 0,3 mg de noretindrona al día un 40% de los ciclos son ovulatorios, un 25% tiene función lútea inadecuada, un 18% presenta maduración folicular sin ovulación y un 18% tiene supresión completa del desarrollo folicular. Hay producción de estradiol y del pico de estradiol que normalmente provocaría la liberación hipofisaria de LH; sin embargo, no hay respuesta con el pico de LH y, por lo tanto, la ovulación no se produce. Con niveles mayores de gestágenos en sangre, la cantidad de FSH basal es menor, y hay menos actividad folicular, menor producción de estradiol y no hay pico de LH. (6)

Incluimos aquí a las píldoras de progestina (PP), los implantes de levonorgestrel (LNG) (Implanon®) o de etonorgestrel (ETG) (Jadelle®, Norplan®), al acetato de medroxiprogesterona depot (AMPD) y al enentato de noretisterona (NET-EN), ambos incluidos en el mismo grupo. (7)

a. Anticonceptivos orales solo de progestina (AOPS)

Definición: son píldoras que contienen bajas dosis de progestinas, no contienen estrógenos y que se ingieren diariamente en forma continua. (1)

Descripción o tipo: existen 2 formulaciones:

500 mcg. de linestrenol.

75 mcg. de desogestrel

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. (1)

Administración del método: se debe iniciar entre el primero y quinto día de la menstruación. Se ingiere una tableta diaria, ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación, por todo el tiempo en que se desee usar el método. (1)

Debido a que el efecto anticonceptivo de cada tableta dura 24 horas, es necesario tomar la tableta a la misma hora, y seguir estrictamente la ingestión diaria. (1)

b. Anticonceptivos inyectables sólo de progestina

Definición: los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos que contienen solamente una progestina sintética (no contienen estrógeno). Son de larga duración, que se aplican cada dos ó tres meses, según el tipo de inyectable. (1)

Descripción o tipo: existen 3 formulaciones diferentes, todas contienen una progestina sintética esterificada:

-200 mg. de enantato de noretisterona (NET-EN) en ampollas de 1 ml. de solución oleosa.

-150 mg. de acetato de medroxiprogesterona microcristalina (DMPA) en ampollas de 3 ml. de suspensión acuosa. (1)

El acetato de medroxiprogesterona depot (DMPA), una inyección intramuscular única de 150 mg suprimirá la ovulación, en la mayoría de las mujeres, durante 14 semanas o más (188). Probablemente, debido a los altos niveles del gestágeno en sangre, la eficacia parece que no se reduce con la administración de otros fármacos, y no depende del peso de la paciente. Las mujeres tratadas con DMPA sufren alteraciones del ciclo menstrual y tienen spotting inicial y sangrados a intervalos irregulares. (6)

El retorno de la fertilidad es más tardío que con los otros métodos hormonales. Aproximadamente a los 14 meses de discontinuado el método, las tasas de embarazo ya son semejantes a las de mujeres que no han usado métodos anticonceptivos. No se han reportado casos de infertilidad permanente aducible al método. (1)

Seguridad: el acetato de medroxiprogesterona depot suprime la producción ovárica de estrógenos, y puede suponerse que afecta a la densidad ósea. Estudios prospectivos han demostrado una pérdida de masa ósea durante el tratamiento con DMPA que se recupera después de su retirada. (6)

Beneficios: el acetato de medroxiprogesterona depot parece que tiene muchos de los beneficios no anticonceptivos que poseen los anticonceptivos orales combinados. Se han comunicado disminuciones de la anemia, de la enfermedad inflamatoria pélvica, del embarazo ectópico y del cáncer de endometrio. El riesgo de cáncer de mama durante los primeros 4 años de uso parece que está ligeramente aumentado, pero no hay relación con el uso a largo plazo ni un aumento general del riesgo de cáncer de mama. Por lo tanto, es improbable cualquier relación causal entre el DMPA y el cáncer de mama. (6)

Uso del método: pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual en que se esté razonablemente seguro que la mujer no está embarazada, preferentemente durante los primeros siete días del ciclo menstrual. Si el método se inicia después del día siete del ciclo, debe usarse un método de respaldo, como condones o abstinencia durante siete días. (1)

En el postparto, en mujeres lactantes, se debe iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se pueden iniciar inmediatamente después del evento. (1)

Administración del método: el enantato de noretisterona (NET-EN): 1 ampolla inyectable profunda cada dos meses; no debe darse masaje en el sitio de aplicación.

Acetato de medroxiprogesterona (DMPA): 1 ampolla inyectable profunda cada tres meses.

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

Conducta a seguir por uso incorrecto del método: la NET-EN tiene un periodo de seguridad de 2 semanas y la DMPA de 4 semanas. En el caso de 104 mg. de acetato de medroxiprogesterona subcutánea el período de seguridad es de dos semanas. (1)

c. Anticonceptivos subdérmicos solo de progestina

Definición: es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, de aplicación subdérmica y que contiene una progestina sintética (no contiene estrógeno) la cual es liberada a dosis diarias muy pequeñas en forma controlada para alcanzar el efecto anticonceptivo deseado. (1)

El Implanon® es un sistema de una sola varilla subdérmica que contiene etonogestrel. El implante libera 60 µg de etonogestrel al día, suficiente para inhibir completamente la ovulación durante, al menos, 3 años. El sistema de varilla única se inserta y retira fácilmente. (6)

Efectos secundarios posibles: alteración del patrón de sangrado menstrual, manifestado ya sea por amenorrea, sangrado intermitente leve o prolongado aumento del peso corporal, acné, cambios de humor, cefalea no migrañosa, náuseas y mareos, sensibilidad mamaria. (1)

Duración del efecto anticonceptivo: el efecto anticonceptivo con la utilización del implante de dos cilindros de levonorgestrel es de cinco años, con el de un cilindro de etonorgestrel es de 3 años y el de dos varillas flexibles ha sido aprobado para 4 años.

Uso del método: los implantes pueden colocarse en cualquier momento del ciclo menstrual, en que se esté razonablemente seguro que la mujer no está embarazada, preferiblemente durante los primeros 5 días del ciclo menstrual con el de un cilindro y 7 días con el de dos cilindros. (1)

Si el método se inicia después del quinto o séptimo día respectivamente debe usarse un método anticonceptivo de respaldo, durante los 7 días siguientes. (1)

d. Anillo vaginal liberador de progesterona

Definición: este es un método nuevo, se utiliza para ampliar la eficacia anticonceptiva de la amenorrea de la lactancia entre las mujeres que amamantan. Los anillos vaginales de progesterona, se insertan en la vagina para un uso continuo de hasta tres meses y se cambian por uno nuevo si la lactancia continúa y se desea prolongar la anticoncepción. (1)

Mecanismo de acción: el anillo vaginal de progesterona funciona difundiendo un flujo continuo de progesterona a través de las paredes vaginales, aproximadamente 10 mg por día, esta entra en el torrente sanguíneo y regula la fertilidad de la mujer al suprimir la ovulación. La progesterona también espesa el moco cervical, impidiendo la penetración del esperma en el útero. (1)

Efectividad: los ensayos clínicos han demostrado una alta eficacia anticonceptiva (por encima del 98,5 por ciento) y un buen perfil de seguridad. El anillo de progesterona no proporciona protección contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. (1)

Uso del método: las mujeres pueden usar estos anillos de manera continua durante un año. A pesar de que no se recomienda, el anillo se puede retirar durante las relaciones sexuales durante dos horas. Si el anillo se retira durante más tiempo, se

debe utilizar un método adicional de anticoncepción los siguientes siete días. Con la introducción de alimentos complementarios o una reducción en la frecuencia de la lactancia, los anillos de progesterona deben reemplazarse por otro método eficaz si se desea continuar con la anticoncepción. (1)

Son más apropiados para las mujeres que están amamantando ya que no contienen estrógeno, lo que podría reducir la producción de leche. La razón más común para dejar de usar los anillos de progesterona es el destete, ya que las mujeres eligen una anticoncepción más eficaz después de reducir los episodios de lactancia. (1)

C. Dispositivos Intrauterinos: de cobre y hormonales (DIU)

Actualmente hay dos DIU disponibles: el T380A de cobre y la T liberadora de levonorgestrel. El DIU T380A de cobre tiene bandas de cobre en los brazos cruzados de la T, además del hilo de cobre alrededor del tallo, aportando una superficie de 380 mm de cobre. Está aprobado para el uso continuado durante 10 años. (6)

La T de levonorgestrel está aprobada para usarse durante 5 años. Ambos métodos proporcionan una anticoncepción segura, a largo plazo, con una efectividad equivalente a la ligadura tubárica. (6)

Los DIU más utilizados actualmente en El Salvador son los medicados, de los cuales el más usado es el de polietileno en forma de T recubierto de cobre (TCu-380A). (1)

Mecanismo de acción: Los dispositivos intrauterinos provocan la formación de una “espuma biológica” dentro de la cavidad uterina que contiene hebras de fibrina, células fagocíticas y enzimas proteolíticas. Los DIU de cobre liberan una pequeña cantidad del metal de forma continua, produciendo una respuesta inflamatoria incluso mayor. Todos los DIU estimulan la producción de prostaglandinas dentro del útero, que provocan la contracción del músculo liso y la inflamación. El ambiente intrauterino alterado interfiere el paso de los espermatozoides a través del útero, impidiendo la fecundación. (6)

El levonorgestrel contenido en el DIU es mucho más potente que la progesterona natural. Se cree que el levonorgestrel produce atrofia endometrial, así como una respuesta inflamatoria intrauterina. (6)

El DIU no es un abortivo. La eficacia anticonceptiva no depende de la interferencia con la implantación, aunque este fenómeno también ocurre y es el fundamento de la utilización del DIU de cobre para la anticoncepción de emergencia. (6)

Duración del efecto anticonceptivo: La protección anticonceptiva se inicia inmediatamente después de su inserción y el efecto de la TCu-380A dura hasta 12 años. La duración de los DIU hormonales es de cinco años. (1)

El retorno a la fertilidad es inmediato al retiro del dispositivo.

Efectividad: El dispositivo intrauterino es un método altamente efectivo. Tanto Tcu-380A como el DIU hormonal presentan un índice de falla al primer año de uso de 0.6 al 0.8%. Protege contra el riesgo de embarazo. Puede proteger contra el cáncer endometrial. (1)

Uso del método: El DIU puede insertarse en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo, de preferencia en los primeros 7 días del ciclo menstrual., si han transcurrido más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual no necesita utilizar método anticonceptivo adicional. (1)

En el postparto la inserción debe realizarse preferentemente dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea. También se puede hacer la colocación del DIU antes de que la usuaria sea dada de alta dentro de las 48 horas postparto inmediato. Inmediatamente o durante los primeros siete días después del legrado por aborto incompleto no séptico.

La inserción del DIU solamente debe ser realizada por personal de salud debidamente capacitado. (1)

Efectos secundarios: el DIU en general es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros 3 meses posteriores a la inserción y pueden manifestarse de la siguiente manera: dolor pélvico durante el período menstrual, aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual. (1)

Signos de alarma: entre los signos de alarma descritos tenemos los siguientes: dolor abdominal severo con o sin fiebre, secreción vaginal purulenta, hemorragia vaginal, amenorrea de 6 semanas o más, hilos no visibles, ni palpables. (1)

Criterios de elegibilidad: el dispositivo intrauterino tiene muchas situaciones donde lo podemos elegir como método anticonceptivo, sin embargo presenta contraindicaciones: (7)

Contraindicaciones relativas: antecedente o enfermedad actual de síndrome coronario agudo, lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia severa, migraña con aura a cualquier edad, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) para su inicio.

Contraindicaciones absolutas: embarazo, sepsis puerperal, sangrado vaginal inexplicable, cáncer de cuello uterino, cáncer de endometrio, fibromas uterinos, cervicitis purulenta, tuberculosis pélvica. (1)

D. Métodos de barrera

Definición: son métodos temporales que impiden la unión del espermatozoide con el óvulo (fecundación).

Por su naturaleza se dividen en 2 grupos: físicos y químicos. (1)

A. Físicos:

a. Condón (masculino – femenino)

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. (1)

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. (1)

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. (1)

Beneficios: los preservativos de látex y otros métodos de barrera reducen el riesgo de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Con el uso coherente de los métodos de barrera se reducen la gonorrea, el ureaplasma y la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y sus secuelas (infertilidad tubárica). (6)

Efectos secundarios posibles: en muy raras ocasiones puede presentarse reacción alérgica al látex, en cuyo caso se debe reforzar la consejería para orientar la elección de otro método. (1)

Criterios de elegibilidad: no existe ninguna condición médica para limitar su uso, excepto cuando haya alergia al látex. (1)

Uso del método

Condón masculino: debe usarse en cada relación sexual y debe colocarse desde el inicio del coito, con el pene erecto, antes de la penetración. Debe retirarse el pene de la vagina cuando aún está erecto para evitar la salida del semen. Para quitarse el condón, se toma de la base y se desliza suavemente desde la misma. (1)

Instrucciones para uso de condón masculino

1. Debe tener a su alcance un condón en buen estado, cuya fecha de caducidad no haya vencido.

2. En el momento apropiado (con el pene erecto) abra el paquete con las manos, con mucho cuidado. Si se rasga o rompe puede permitir el paso del esperma o permitir el intercambio de fluidos con la pareja y así incrementar el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual.

3. Se toma el condón de la punta y con los dedos índice y pulgar se saca el exceso de aire que esta parte del preservativo tiene. Se coloca el condón en el glande. El lado correcto es el que permite deslizarlo.

4. Se desenrolla el condón con cuidado hasta que llegue a la base del pene. Si el pene no tiene circuncisión, se baja la piel antes de colocar el condón.

5. Después de la eyaculación y con el pene aún erecto se quita el condón sosteniéndolo de la base para evitar esparcir el semen. Se usa un condón nuevo para cada acto sexual. (1)

El condón femenino: debe colocarse antes de la penetración. Está diseñado para usarse una sola vez. La mujer debe colocarlo introduciendo el extremo cerrado de la funda en el fondo de la vagina y dejar el extremo abierto fuera de la vagina. Para quitarse el condón se toma del extremo visible con el cuidado de no derramar el semen. (1)

Instrucciones de uso de condón femenino

1. Abra el paquete cuidadosamente.

2. Note que el condón tiene dos anillos: uno pequeño y otro grande. Sujete el anillo pequeño con los dedos pulgar, índice y medio.

3. Busque una posición cómoda. Escoja, entre permanecer recostada, sentada con sus rodillas separadas, o parada con un pie colocado sobre un banco o lugar elevado.

Apriete el anillo pequeño y colóquelo en el interior de la vagina, empujándolo hacia adentro con los dedos tanto como le sea posible.

4. Introduzca un dedo en el interior del condón y empuje nuevamente el anillo pequeño dentro tanto como sea posible.

5. Asegúrese de que el anillo externo quede afuera del cuerpo. El anillo externo debe quedar sujeto a su cuerpo cuando el pene esté dentro del condón.

6. Después de que su pareja haya eyaculado, retire cuidadosamente el condón, retorciendo el anillo externo y jalando el condón hacia afuera, cuidando que el semen no se derrame. Use uno nuevo en cada contacto sexual. (1)

b. Diafragma y Capuchón cervical

Definición: 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. (1)

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

Efectividad: en condiciones habituales de uso, la tasa de embarazo accidental es del 20%(tasa típica). Usado en forma correcta y sistemática la tasa de embarazo accidental del diafragma es de 6% y la del capuchón de 9%(tasa teórica).

El capuchón cervical en mujeres con hijos reduce su efectividad, y tiene tasa típica de 40% y teórica de 26%(muy poco efectivo)

Efectos secundarios posibles: lesión vaginal por técnica incorrecta para remoción del diafragma, dolor debido a la presión en la vejiga y el recto por tamaño inadecuado para la usuaria, vaginitis, secreción vaginal inusual. (1)

El uso del diafragma, sobre todo su uso prolongado durante múltiples coitos, parece que aumenta el riesgo de infección vesical. El riesgo de cistitis aumenta con el número de días a la semana que se utiliza el diafragma. (6)

Criterios de elegibilidad: puede usarse el método (categoría 1): en general no existen condiciones médicas que restrinjan su uso.

Puede usarse el método, beneficios superan riesgos en las siguientes condiciones (categoría 2): mujeres post parto (hay mayor riesgo de falla) valvulopatía cardiaca complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda). Infección del tracto urinario. (1)

Uso del método: tanto el diafragma como el capuchón cervical deben insertarse con espermicida en la vagina antes de la relación sexual y no retirarse sino hasta después de seis horas de que el hombre haya tenido su última eyaculación.

Después de retirado, debe lavarse con agua limpia y jabón suave; verificar si no está roto llenándolo de agua u observándose contra la luz. Debe secarlo y guardarlo en un lugar limpio, oscuro y fresco. (1)

B. Químicos o espermaticidas de uso vaginal

Definición: los espermicidas son sustancias que se introducen profundamente en la vagina, próximo al cérvix, antes del sexo, que matan el espermatozoide.

El más ampliamente utilizado es el Nonoxinol-9. Otros son el cloruro de benzalconio, clorhexidina, menfegol, octoxinol-9 y docusato de sodio. (8)

Funcionan rompiendo la membrana de las células del espermatozoide, matándolas o entorpeciendo su movimiento. Esto evita el contacto del espermatozoide con un óvulo. (8)

Los espermicidas que contienen sólo nonoxinol-9 parece que son bastante menos efectivos que los preservativos y los diafragmas para prevenir la gestación. Las mujeres

que utilizan con frecuencia espermicidas con nonoxinol-9 tienen mayores tasas de lesiones genitales que las que no los usan. Estas lesiones pueden incrementar el riesgo de ETS y de VIH. Las mujeres que usan espermicidas con regularidad tienen mayores índices de colonización vaginal por *Escherichia coli* y pueden estar predispuestas a una bacteriuria por *E. coli* después de las relaciones. (6)

Presentación: tableta, óvulo y película en presentación individual o en tubos de varias unidades. Además, espumas, jaleas y gel en tubo con su aplicador. (1)

La duración del efecto anticonceptivo está limitada al tiempo de utilización correcta del método (alrededor de una hora después de la aplicación). (1)

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). (1)

Efectos secundarios: 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. (1)

Uso del método: aplicación vaginal 15 minutos antes de cada relación sexual y no más de una hora antes. No practicar lavados vaginales al menos seis horas después del coito.

En caso de que se de una nueva relación sexual, debe aplicarse nuevamente el espermicida. (1)

Inicio de método: en cualquier momento de la vida sexual activa de usuaria, incluyendo el período postparto y postaborto. (1)

E. Métodos naturales

Los métodos naturales se definen como las técnicas de evitar el embarazo a través de la observación de los síntomas y signos que se producen de forma natural en las fases fértil y estéril del ciclo menstrual. (9)

A. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)

Existen varios métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad, y consisten en la aplicación de signos y síntomas asociados con los cambios fisiológicos hormonales cercanos a la ventana de fertilidad, aunados a la probabilidad estadística de ocurrencia de la ovulación en un momento determinado, a fin de identificar el inicio y el final de la ventana de fertilidad. Cuando esta última se conoce, se puede ayudar a las mujeres a lograr o prevenir un embarazo. (10)

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. (1)

B. Basados en síntomas

Están basados en la observación de signos de fertilidad, por ejemplo las secreciones cervicales y la temperatura basal. (1)

a. 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. (1)

b. 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. (1)

c. 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. (1)

d. Método sintotérmico

Este método es denominado así porque combina varios síntomas y signos. (Temperatura corporal basal, calendario, moco cervical y otros síntomas ovulatorios). (1)

C. 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. (1)

a. 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.

b. 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. (8)

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.

Efectos secundarios: no se describen efectos colaterales atribuibles al método. Sin embargo, cuando existe falta de comunicación entre la pareja esto puede ser motivo de desacuerdo conyugal y tensión emocional. (1)

D. Coito Interrumpido (CI)

El coito interrumpido (CI), también conocido como retiro, es un método anticonceptivo tradicional en el cual el hombre retira totalmente su pene de la vagina, y lo aleja de los genitales externos de su pareja, antes de eyacular. (1)

El CI previene que el esperma se introduzca en la vagina de la mujer, y de esta manera se evita el contacto entre el espermatozoide y el óvulo.

Este método es apropiado para parejas:

-Altamente motivadas y que son capaces de usar este método de manera eficaz.

-Con razones religiosas o filosóficas que no les permiten usar otros métodos anticonceptivos,

-Que necesitan la anticoncepción de manera inmediata y han iniciado un acto sexual sin tener a su disposición métodos alternos,

-Que necesitan un método temporal mientras están a la espera de iniciar otro método,

-Que tienen relaciones sexuales con poca frecuencia.

Beneficios: algunos beneficios del CI son que el método, cuando se usa correctamente, no afecta la lactancia materna y está siempre disponible para uso primario o como un método de respaldo.

Además, el CI no implica un gasto económico ni el uso de sustancias químicas. No existen riesgos de salud asociados directamente al CI.

Advertencias con el uso del método: el uso correcto del CI y su efectividad depende de la disposición y habilidad de la pareja para utilizar el retiro en cada coito. No protege de ITS/VIH. (1)

E. De lactancia y amenorrea (MELA)

Definición: el MELA es un método de planificación familiar que se basa en la infertilidad natural postparto cuando se cumplen los 3 criterios siguientes:

Amenorrea, lactancia exclusiva o casi exclusiva, requiere amamantar con frecuencia durante el día y la noche, dentro de los primeros 6 meses postparto. (1)

Mecanismo de acción: la ovulación se suprime durante la lactancia. La succión del bebé eleva los niveles de prolactina y reduce la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) del hipotálamo, reduciendo la liberación de hormona luteinizante (LH) y, por lo tanto, inhibiendo la maduración folicular. La duración de esta supresión es variable, y está influenciada por la frecuencia y la duración de la lactancia, el espacio de tiempo desde el nacimiento y, probablemente, por el estado nutricional de la madre. Incluso

continuando la lactancia, al final puede reiniciarse la ovulación, pero es poco probable que ocurra antes de los 6 meses, sobre todo si la mujer está amenorreica y la lactancia es completa, sin otra alimentación al bebé. Para una fiabilidad anticonceptiva máxima, los intervalos entre las tomas no deben ser mayores de 4 h, durante el día, y de 6 h, por la noche, y los complementos de alimentación no deben sobrepasar el 5 al 10% del total. (6)

Efectividad del método: es sumamente efectivo. La tasa de embarazo accidental es del 2%. La extracción de la leche puede ser algo menos efectiva para prevenir el embarazo que el pecho directo y la tasa de embarazo en ese caso es del 5%. (1)

Criterios de elegibilidad médica: no existen condiciones médicas en las cuales el MELA esté restringido y no existe ninguna evidencia documentada de un impacto negativo en la salud materna. En mujeres con ciertas enfermedades crónicas, el elevado rango de tasas de fracaso a estos métodos puede exponer a la usuaria a un riesgo inaceptable de embarazo no deseado. (1)

Las principales indicaciones de la lactancia materna siguen siendo la necesidad de proporcionar al niño un alimento ideal y protegerlo contra las enfermedades. Sin embargo, ciertas condiciones u obstáculos que afectan la lactancia materna, también pueden afectar la duración de la amenorrea haciéndola menos útil como una elección con fines de planificación familiar. Estas incluyen:

Infecciones tales como hepatitis viral activa, lesiones sifilíticas en la mama, portador del VIH.

Condiciones que afecten al recién nacido y puedan afectar la lactancia materna son: deformidades congénitas de la boca, hendiduras palatinas, recién nacido de bajo peso o prematuro, algunos desequilibrios metabólicos de la infancia. (1)

2.2.2 Métodos anticonceptivos permanentes

Son aquellos que evitan de manera definitiva el embarazo y son recomendados para las personas que ya no desean tener más hijos; estos se efectúan de dos formas: la esterilización femenina y la esterilización masculina (vasectomía). (1)

La anticoncepción quirúrgica definitiva es el método más común para el control de la natalidad en Estados Unidos. Las técnicas laparoscópicas para la mujer y la vasectomía para el hombre son seguras y están disponibles en todos los estados. La edad media de la esterilización es de 30 años. (6)

A. Esterilización quirúrgica femenina

La esterilización femenina es un método permanente que evita la fertilidad en la mujer. Es un procedimiento quirúrgico en el que las trompas de Falopio, que transportan el óvulo desde el ovario hasta el útero, se bloquean (se atan y se cortan, se cauterizan o se cierran con un anillo o grapa). (1)

Según el momento de realización se clasifica en: postparto e intervalo.

Por la vía utilizada este método se clasifica en: mini laparotomía, laparoscopia, laparotomía.

El bloqueo de las trompas de Falopio evita que los espermatozoides se unan con el óvulo, evitando así la fecundación. (1)

La esterilización femenina brinda protección inmediata y es de carácter permanente. (1)

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

Entre sus beneficios se encuentran: ayuda a proteger contra los riesgos del embarazo, protege contra la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), protege contra el cáncer de ovario.

Los signos de alarma post procedimiento quirúrgico son: fiebre, dolor severo en región abdominal, distensión abdominal, sangrado, cambios de color en herida operatoria. (1)

Dentro de las posibles complicaciones tenemos, las complicaciones anestésicas, perforación de vísceras, hemorragias, infecciones. (1)

B. Esterilización masculina: Vasectomía

Es un método permanente que evita la fertilidad en el hombre. Es un procedimiento de cirugía menor que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides hacia el semen; por consiguiente, el semen es eyaculado sin espermatozoides. (1)

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta 3 meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de condón u otro método anticonceptivo, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo. Este método es permanente. (1)

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

En los casos que se realice el espermograma después de la vasectomía hay menos de 1 embarazo por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía. (2 por 1000). Esto significa que 998 de cada 1000 mujeres cuyas parejas se han practicado vasectomía no quedarán embarazadas. (1)

Este método tiene los beneficios de ser seguro, permanente y conveniente, tiene menos efectos colaterales y complicaciones que muchos métodos utilizados por la mujer. (1)

Los signos de alarma posibles son fiebre, dolor severo, inflamación, sangrado de herida operatoria o hematoma escrotal.

Efectos secundarios posibles, no se conocen efectos secundarios asociados directamente al método.

Las complicaciones quirúrgicas son los hematomas escrotales, la infección de la herida y la epididimitis. (6)

Práctica de anticoncepción en Unidades de Salud Básica, Intermedia y Especializada

La utilización de métodos de planificación familiar temporales en el primer nivel de atención, requiere de un trabajo coordinado, en función de la atención integral a las usuarias y usuarios que asisten a los diferentes establecimientos de salud. (1)

Para cada uno de los métodos es importante que los prestadores de servicios conozcan los diferentes métodos, la existencia a nivel local, su descripción, sus mecanismos de acción, duración del efecto anticonceptivo, retorno de la fertilidad, efectividad, así como las categorías para los criterios de elegibilidad médica, modo de uso, procedimientos requeridos para su inicio, conducta a seguir por uso incorrecto, seguimiento, efectos secundarios posibles, signos de alarma.

Los métodos de planificación familiar permanentes como la realización de la esterilización femenina y masculina, requieren de un trabajo coordinado en los diferentes niveles de atención de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) en función de la promoción, captación, preparación y realización del procedimiento quirúrgico. (1)

Para el caso de los métodos permanentes es importante que todo el personal que labora dentro de las Unidades de Salud básica, intermedia y especializada, conozca la existencia del servicio de anticoncepción los diferentes establecimientos de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS); por lo tanto es importante que los prestadores directos de estos servicios conozcan el proceso de atención, los aspectos básicos de la consejería, el consentimiento informado y de los procedimientos quirúrgicos que den respuesta a las necesidades de las usuarias y usuarios, en el entendido que son métodos definitivos y que por consiguiente proporcionan la finalización del proceso reproductivo. (1)

Provisión de servicios de anticoncepción a nivel comunitario

En todo el mundo se ha observado que los servicios comunitarios pueden aumentar el uso de anticonceptivos. Los programas de distribución comunitaria facilitan el acceso a los métodos anticonceptivos y la información relativa a la anticoncepción a las personas dónde éstas viven, en lugar de hacer que las personas acudan a los establecimientos u otros lugares para recibir estos servicios. (1)

El Ministerio de Salud cuenta con una red comunitaria de promotores y promotoras de salud en las áreas rural y de difícil acceso, quienes acercan los servicios de salud reproductiva a las personas que lo demanda, brindando educación, consejería, detección de riesgos, para la referencia oportuna a los establecimientos de salud. (1)

En este contexto este personal de salud tiene un rol importante dentro de la comunidad para contribuir en la disminución del riesgo reproductivo de las mujeres al proveer servicios de Anticoncepción. (1)

2.3 Conocimiento

2.3.1 Definición

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y

especie. Científicamente, es estudiado por la epistemología, que se la define como la 'teoría del conocimiento'; etimológicamente, su raíz madre deriva del griego episteme, ciencia, pues por extensión se acepta que ella es la base de todo conocimiento. Su definición formal es "Estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias". (11)

2.3.2 Caracterización del conocimiento

Basados en este desarrollo del homo sapiens, al conocimiento se le caracteriza siguiendo el medio con que se le aprehende; así, al conocimiento obtenido por la experiencia se le llama conocimiento empírico y al que procede de la razón, conocimiento racional. Ambas son etapas o formas válidas para conocer. (11)

Conocimiento empírico o conocimiento vulgar

En sus inicios, el hombre por observación natural comienza a ubicarse en la realidad, apoyado en el conocer que le da la experiencia de sus sentidos y guiado únicamente por su curiosidad. Este conocer inicial aprendido en la vida diaria se llama empírico, por derivar de la experiencia, y es común a cualquier ser humano que cohabite una misma circunstancia. (11)

Conocimiento filosófico

Conforme el hombre avanza, busca conocer la naturaleza de las cosas y para entender mejor su entorno, y a él mismo, se cuestiona cada hecho aprehendido en la etapa del conocimiento empírico. Este cambio propicia una nueva forma de alcanzar el conocimiento, a la que denomina filosofía.

La filosofía se caracteriza por ser crítica, metafísica, cuestionadora, incondicionada, universal. (11)

Conocimiento científico

El hombre sigue su avance y para mejor comprender su circunstancia explora una manera nueva de conocer. A esta perspectiva la llama investigación; su objetivo es explicar cada cosa o hecho que sucede a su alrededor para determinar los principios o

leyes que gobiernan su mundo y acciones. La principal diferencia entre conocimiento científico y filosófico es el carácter verificable de la ciencia, para lo que ella misma configura numerosas ramas especializadas. (11)

La caracterización del conocimiento científico se estructura en base a la relación interdependiente de sus elementos:

- Teoría, característica que implica la posesión de un conocimiento ya adquirido y validado en base a explicaciones hipotéticas de situaciones aisladas, explicadas total o insuficientemente, pero con las que se puede establecer construcciones hipotéticas para resolver un nuevo problema.

- Método, procedimiento sistemático que orienta y ordena la razón para, por deducción o inducción, obtener conclusiones que validen o descarten una hipótesis o un enunciado.

- Investigación, proceso propio del conocimiento científico creado para resolver problemas probando una teoría en la realidad sustantiva, dejando a salvo ir en sentido inverso, de la realidad a la teoría. (11)

Según su naturaleza, el conocimiento científico se caracteriza como selectivo, metódico, objetivo, verificable. (11)

Existen niveles para la medición de conocimiento y ellos se dividen en:

Conocimiento Alto: existe una adecuada función cognoscitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es fundamentada y acertada, además. Identifica, estructura y utiliza la información para obtener un resultado.

Conocimiento Medio: llamado también regular, hay una integración parcial de ideas, manifiesta conceptos básicos, identifica, estructura y utiliza la información en forma no tan efectiva.

Conocimiento Bajo: hay una idea desorganizada, deficiente e inadecuada distribución cognoscitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados, no identifica, ni estructura, ni utiliza la información.

3 SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis de trabajo

Hi: Las usuarias en edad reproductiva en el primer nivel de atención del Sistema de Salud salvadoreño, tienen conocimiento medio y alto sobre los métodos de planificación familiar temporales y permanentes.

3.2 Hipótesis nula

Ho: Las usuarias en edad reproductiva en el primer nivel de atención del Sistema de Salud salvadoreño, tienen conocimiento bajo sobre los métodos de planificación familiar temporales y permanentes.

3.3 Operacionalización de las variables

Hipótesis	Variables	Conceptualización	Dimensiones	Indicadores
				- Edad
Hi: Las usuarias en edad reproductiva en el primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño, tienen conocimiento medio y alto sobre métodos de planificación familiar	V1. Conocimiento de métodos de planificación familiar	Es el proceso progresivo y gradual que las mujeres en edad reproductiva adquieren sobre la definición, tipo de método, uso, duración, efectos secundarios y contraindicaciones sobre métodos de planificación familiar	Características sociodemográficas	- Estado familiar
				- Procedencia
				- Escolaridad
				- Ocupación
				- Grupo religioso
			Historia de la vida reproductiva	- Edad de la menarquia
				- Edad de primera relación sexual
				- Edad de primer embarazo
				- Número de embarazos
				- Número de partos
				- Número de abortos

Hipótesis	Variables	Conceptualización	Dimensiones	Indicadores
			Métodos de planificación familiar temporales	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de cada método - Tipos de método - Uso de los métodos - Duración del efecto - Efectos secundarios - Signos de alarma - Contraindicaciones
			Conocimiento bajo, medio y alto	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos más utilizados por las usuarias

Hipótesis	Variables	Conceptualización	Dimensiones	Indicadores
			Métodos de planificación familiar permanentes	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de cada método - Tipos de métodos - Uso de los métodos - Duración del método - Efectos secundarios - Signos de alarma - Contraindicaciones - Métodos más utilizados por las usuarias

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, se empleó un diseño transversal, prospectivo que permitió estudiar las variables según los indicadores que se presentan en esta investigación.

4.1.1 Según el tiempo de ocurrencia de los hechos el estudio fue:

Prospectivo: porque se registró la información según fueron ocurriendo los fenómenos en la investigación, y se tomaron en cuenta las usuarias en edad fértil, y con base al estudio se analiza el conocimiento sobre los métodos de planificación temporales y permanentes.

4.1.2 Según el periodo y la secuencia de la investigación, fue de tipo:

Transversal: se estudiaron las variables usuarias en edad reproductiva y conocimiento sobre métodos de planificación familiar, haciendo un corte en el tiempo, durante el período de septiembre a noviembre de 2022.

4.1.3 En base al alcance de los resultados, la investigación fue de tipo:

Descriptiva: porque estuvo dirigida a describir a las usuarias en edad reproductiva, y determinar el nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar temporales y permanentes de la población en estudio.

4.1.4 Según la fuente de los datos con que se obtuvo la información, fue un estudio de tipo:

Documental: se consultaron fuentes bibliográficas del Ministerio de Salud de El Salvador, se revisaron libros, revistas, artículos web y tesis doctorales para dar

fundamento teórico al mismo, el cual sirvió de marco de referencia para la ejecución de la investigación, el análisis y la interpretación de los resultados.

De campo: El estudio se desarrolló en el primer nivel de atención del Sistema de salud salvadoreño, los datos se obtuvieron de forma directa empleando un cuestionario dirigido a la población

4.1.5 Tomando en base el análisis y procesamiento de los datos, la investigación tiene:

Enfoque cuantitativo: porque se establecieron hipótesis y se emplearon técnicas estadísticas para el análisis e interpretación de los datos recolectados por el instrumento de investigación, los cuales permitieron aceptar o rechazar las hipótesis formuladas.

4.2 Universo y muestra

La población consta de 5515 mujeres entre los 15 y 49 años usuarias de las Unidades de Salud de Arambala Morazán, Corinto Morazán y San Francisco Javier Usulután.

Tabla 1 Unidades de salud pública y población

	Morazán Arambala	Usulután San Francisco Javier	Morazán Corinto	Total
Total	548	746	4211	5515

Fuente: Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública

Muestra

Se tomó como muestra las mujeres en edad fértil de los municipios de Arambala, Corinto y San Francisco Javier.

Para determinar la muestra se aplicó la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{(N - 1)E^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

Z: Es el nivel de confianza para poder determinar el estudio

P: Probabilidad de ser elegido en el estudio

Q: Probabilidad de no ser elegido en el estudio

N: Tamaño de la población

E: Precisión o error

n: Tamaño de la muestra del estudio

Procedimiento para determinar la muestra donde:

Z = 1.56 confianza del 94% para prueba unilateral derecha

P = 0.5

Q = 0.5

N = 5515

E = 0.07

N = ?

$$n = \frac{(1.56)^2(0.5)(0.5)(5515)}{(5515 - 1)(0.07)^2 + (1.56)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(2.4336)(0.5)(0.5)(5515)}{5514 (0.0049) + (2.4336)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{3355.326}{27.019 + 0.6084} = \frac{3355.326}{27.6274}$$

$$n = 122.21 \approx 122 \text{ mujeres}$$

Al dividir por promedio entre las unidades de salud, da aproximadamente:

Tabla 2 Distribución de muestras

N= tamaño de la muestra de la población	Morazán Arambala	Usulután San Francisco Javier	Corinto Morazán	
Total	40	40	42	122

Fuente: Elaboración propia

4.3 Criterios para establecer la muestra

El error muestral quedó con un 7% y el nivel de confianza con un 94%.

Esto debido a que el universo es muy grande y se tuvo que incrementar el error muestral.

Debemos considerar lo siguiente para definir el margen de error:

A mayor margen de error existe un menor grado de confianza en la investigación y viceversa.

Del tamaño de la muestra dependen muchos factores de nuestra investigación. ¿Qué tanto puede el error de la muestra aleatoria afectar nuestras encuestas?

El margen de error nos da una estadística; mientras más pequeños sean estos márgenes, los resultados de nuestras encuestas serán más exactos. En una muestra probabilística cada elemento de la población tiene una probabilidad de selección.

4.3.1 Criterios de inclusión

Usuaris femeninas entre 15 a 49 años que consultan en las unidades de salud de Arambala Morazán, Corinto Morazán, San Francisco Javier Usulután.

Todas las usuarias entre 15 y 18 años que presentaron carta de consentimiento informado autorizada por sus padres o personas responsables.

Usuaris que después de la entrevista médica decidieron participar en la investigación y firmaron la hoja de aceptación de consentimiento informado.

4.3.2 Criterios de exclusión

Usuaris entre 15 y 19 años que no presenten autorización de consentimiento informado.

Usuaris que, aunque fueron entrevistadas y se les explicó el objetivo de la investigación no accedieron a participar y se retiraron.

Mujeres que no se encuentren en el rango de edad reproductiva establecido

4.4 Tipo de muestreo

Se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico, específicamente el muestreo por conveniencia, debido a que el investigador seleccionó la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión ya identificados para los fines del estudio.

4.5 Técnicas de recolección de datos

Técnicas documentales: se obtuvo información bibliográfica, consultando una serie de registros, como libros, manuales, páginas electrónicas y revistas, así como también guías clínicas del Ministerio de Salud de El Salvador.

Técnica de campo: Se utilizó la encuesta, la cual consiste en una interrogación escrita a las personas con el fin de obtener determinada información necesaria para la investigación. Dirigida a las mujeres en edad reproductiva a fin de obtener el nivel de conocimiento que tienen sobre métodos de planificación familiar. (ANEXO 3)

4.6 Instrumentos

Se aplicó el cuestionario: Nivel de conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos, estructurado de 31 preguntas cerradas que incluyen preguntas dicotómicas y de opción múltiple, todas concisas y coherentemente escritas, dispuestas en un orden lógico y secuencial para facilitar la comprensión por parte de los participantes. En el encabezado del instrumento se colocaron las preguntas correspondientes a las características sociodemográficas de la población. El resto de preguntas se dividen en 3 apartados que corresponden a las dimensiones de las variables en estudio dichos apartados son: Historia de la vida reproductiva compuesto por 9 preguntas; métodos de planificación familiar temporales 8 preguntas; métodos de planificación temporal permanentes 7 preguntas. (ANEXO 3)

Niveles y Baremos de las dimensiones del conocimiento en el uso de los métodos anticonceptivos.

Tabla 3. Escala de conocimiento

DIMENSIÓN	ITEM	BAJO	MEDIO	ALTO
Características sociodemográficas	SIN ESCALA			
Historia de la vida reproductiva	SIN ESCALA			
Métodos de planificación familiar temporales	8	0-2	3-5	6-8
Métodos de planificación familiar permanentes	7	0-2	3-5	6-7
Métodos de planificación familiar temporales y permanentes	15	0-5	6-10	11-15

Fuente: Elaboración propia.

Los niveles de conocimiento fueron establecidos en tres segmentos de estudio: métodos de planificación familiar temporales, métodos de planificación permanentes, y la suma de ambos, estos fueron medidos en tres categorías: bajo, medio y alto.

En el segmento métodos de planificación familiar temporales se evalúan 8 preguntas en el cual la categoría bajo se ponderó con un valor de 0 - 2 preguntas, medio de 3 - 5 preguntas y alto de 6 - 8 preguntas correctas.

En el segmento métodos de planificación familiar permanentes se evalúan 7 preguntas en el cual la categoría bajo se ponderó con un valor de 0-2 preguntas, medio de 3-5 preguntas y alto de 6-7 preguntas

En el segmento métodos de planificación familiar temporales y permanentes se evalúan la sumatoria es decir 15 preguntas en el cual la categoría baja se ponderó de 0-5 preguntas, medio de 6-10 preguntas y alta de 10-15 preguntas correctas.

4.7 Plan de análisis

1. Plan de Tabulación de Datos

Se tabularon los datos obtenidos por el instrumento de investigación auxiliándose del programa ofimático Microsoft Office Excel 2019. Se creó una base de datos con las respuestas de cada pregunta, las cuales fueron analizadas y puestas en cuadros y gráficas para la confrontación e interpretación de los resultados.

2. Análisis de datos

El análisis que se realizó a los datos fue cualitativamente según las variables en estudio, también se tomaron en cuenta los porcentajes obtenidos en cada pregunta para poder rechazar o aceptar las hipótesis planteadas en la investigación, los datos se analizaron aplicando el método estadístico porcentual el cual reflejó los datos obtenidos en cada pregunta. Además, se estableció una escala de conocimiento basada en la cantidad de respuestas obtenidas. (Ver anexo 5)

3-Análisis de Hipótesis

Para el análisis de las hipótesis se tomó en cuenta lo siguiente:

1. Se aceptará la hipótesis del trabajo si la media aritmética porcentual fuera mayor igual al 60% indicando que los usuarios poseen conocimiento.
2. Se aceptará la hipótesis nula si la media aritmética porcentual fuera menor al 60% indicando que las usuarias no poseen conocimientos sobre las variables en estudio.

4.8 Consideraciones éticas

La participación en el estudio fue consciente, voluntaria, y confidencial, explicando a cada usuaria la importancia y el objetivo del estudio así como también la importancia de su colaboración para la realización de este, para lo cual se elaboró un “consentimiento informado” con el que se obtuvo la autorización y el consentimiento de cada usuaria en edad fértil, se explicó además a las usuarias que dicha información será confidencial y utilizada únicamente para fines académicos.

5 RESULTADOS

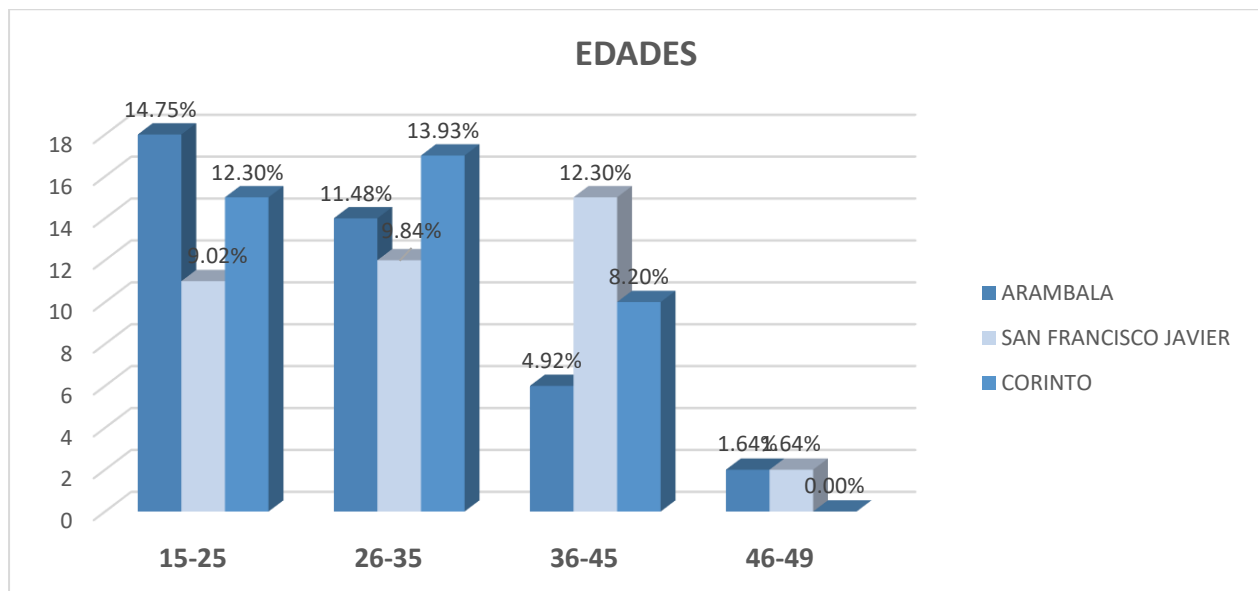
Características sociodemográficas de la población en estudio

Tabla 4. Distribución según edad de las usuarias

EDADES	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%		%
15-25	18	14.75	11	9.02	15	12.30	44	36.07
26-35	14	11.48	12	9.84	17	13.93	43	35.25
36-45	6	4.92	15	12.30	10	8.20	31	25.41
46-49	2	1.64	2	1.64	0	0.00	4	3.28
TOTAL	40	32.8	40	32.8	42	34.46	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 1. Distribución según edad de las usuarias



Fuente: Datos proporcionados por la tabla 4

Análisis: se tiene que el 36.07% se encuentran en el rango de 15 a 25 años y hay un ligero predominio de la población, muy cercanamente el grupo que oscila entre 26 a 35 años con un 35.25%, teniendo un 25.41% entre las edades de 36 a 45 años y un pequeño grupo entre las edades de 46 a 49 años con un 3.28%.

Interpretación: El gráfico número uno muestra los resultados correspondientes al comportamiento de la edad de las mujeres encuestadas donde observamos que la

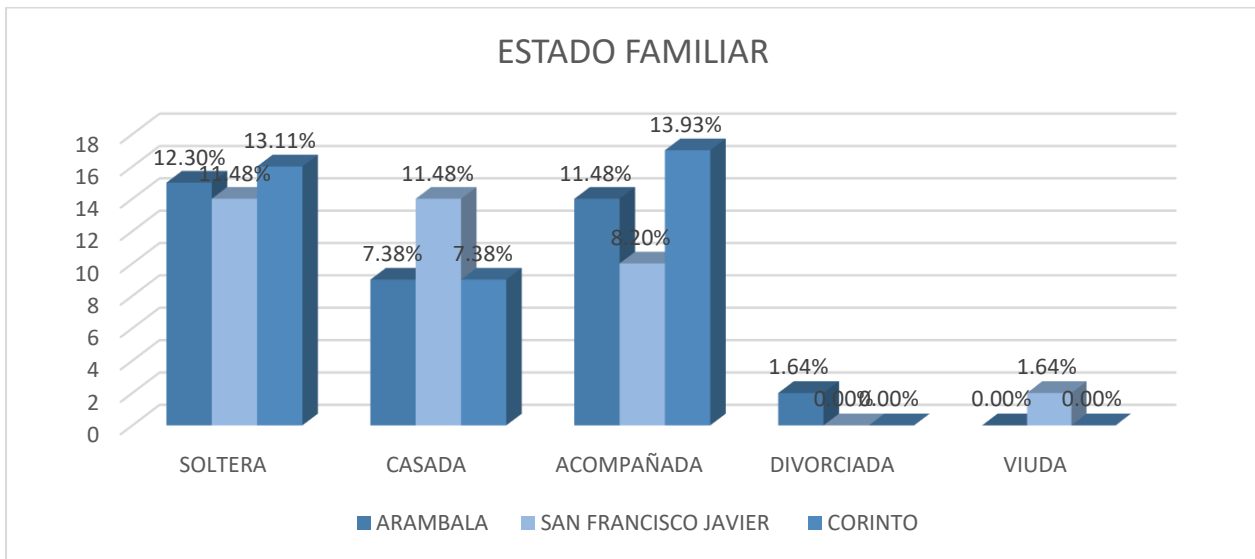
mayoría de mujeres en edad reproductiva que consulta estos establecimiento se encuentra y entre las edades de 15 a 25 años y en un porcentaje muy similar mujeres de 26 a 35 años y en su minoría mujeres de 46 a 49 años.

Tabla 5. Distribución según estado familiar de las usuarias

ESTADO FAMILIAR	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SOLTERA	15	12.30	14	11.48	16	13.11	45	36.89
CASADA	9	7.38	14	11.48	9	7.38	32	26.23
ACOMPAÑADA	14	11.48	10	8.20	17	13.93	41	33.61
DIVORCIADA	2	1.64	0	0.00	0	0.00	2	1.64
VIUDA	0	0.00	2	1.64	0	0.00	2	1.64
TOTAL	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 2. Distribución según estado familiar de las usuarias



Fuente: Datos proporcionados por tabla 5

Análisis: Según los resultados obtenidos el 36.89% de la población en su estado civil es soltera, un 33.61% de las mujeres en los tres municipios están acompañadas y un 26.23 por ciento se encuentra casada

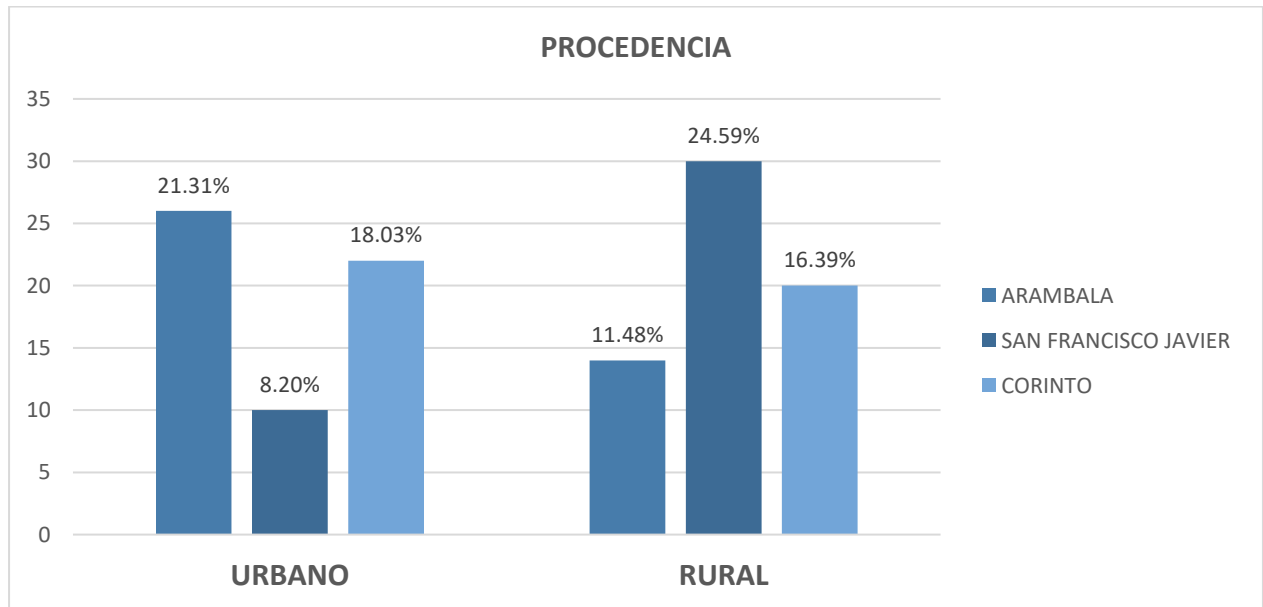
Interpretación: el gráfico número dos nos muestra el estado familiar de las usuarias, lo que nos indica que la mayoría de ellas en un 59.84% están acompañadas o casadas y en menor porcentaje se encuentran soltera 36.89%, y en un 3.28% se encuentran viudas o divorciadas.

Tabla 6. Distribución según procedencia de las usuarias

PROCEDENCIA	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
URBANO	26	21.31	10	8.20	22	18.03	58	47.54
RURAL	14	11.48	30	24.59	20	16.39	64	52.46
Total	40	32.79	40	32.79	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 3. Distribución según procedencia de las usuarias



Fuente: Datos proporcionados por tabla 6

Análisis: el 52.46% de las mujeres encuestadas son originarias de la zona rural y el 47.54% son del área urbana de estos municipios.

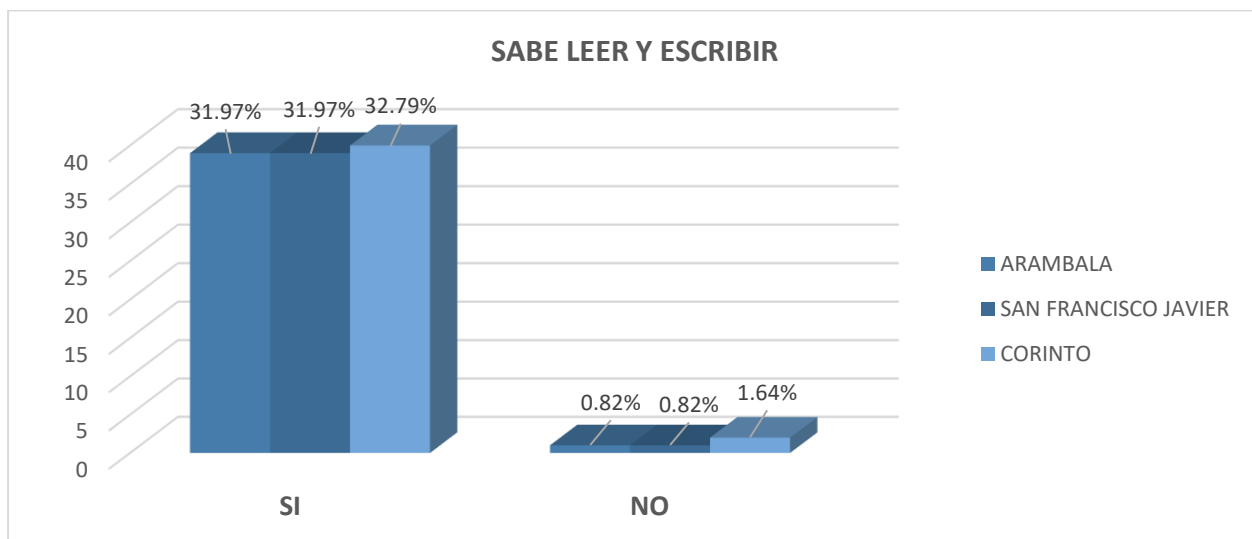
Interpretación: el gráfico 3 nos muestra que las usuarias encuestadas en su mayoría son del área rural y en menor frecuencia del área urbana.

Tabla 7. Distribución según alfabetización

SABE LEER Y ESCRIBIR	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	39	31.97	39	31.97	40	32.79	118	96.72
NO	1	0.82	1	0.82	2	1.64	4	3.28
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 4. Distribución según alfabetización



Fuente: Datos proporcionados por tabla 7

Análisis: El 96.72 por ciento de las mujeres entrevistadas contestaron que saben leer y solo el 3.28 por ciento manifestaron que no.

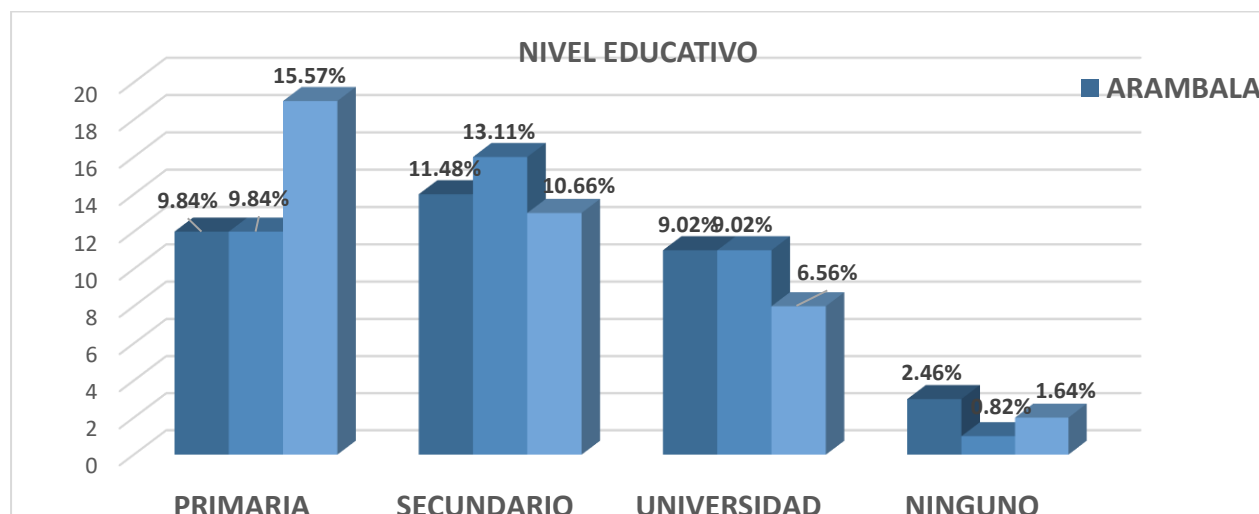
Interpretación: el Gráfico N°4 nos muestra que en mayor frecuencia las mujeres entrevistadas saben leer y escribir, y en muy poca cantidad no saben.

Tabla 8. Distribución según nivel educativo

NIVEL EDUCATIVO	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	FTA	%
PRIMARIA	12	9.84	12	9.84	19	15.57	43	35.25
SECUNDARIO	14	11.48	16	13.11	13	10.66	43	35.25
UNIVERSIDAD	11	9.02	11	9.02	8	6.56	30	24.59
NINGUNO	3	2.46	1	0.82	2	1.64	6	4.92
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 5. Distribución según nivel educativo



Fuente: Datos proporcionados por tabla 8

Análisis: El 70.5% de las mujeres entrevistadas presentan un nivel de estudio entre primaria y secundaria con un 24.59% tiene un nivel de estudio alto, ya que manifiestan que tienen estudios universitarios, también se destaca que solamente un 4.95% no presentan un nivel de escolaridad.

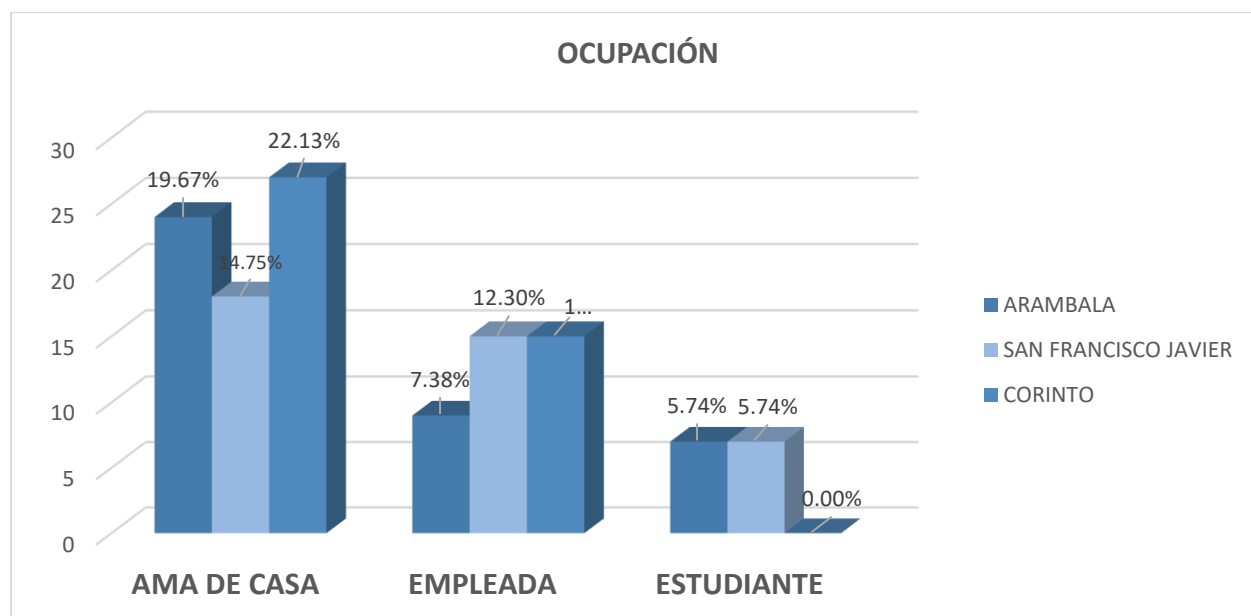
Interpretación: En el gráfico n° 5 nos muestra que entre las mujeres entrevistadas predomina el nivel educativo entre primaria y secundaria siendo Corinto el municipio donde observamos mayor cantidad de usuarias que solo han cursado la primaria, y un bajo nivel de usuarias universitarias.

Tabla 9. Distribución según ocupación

OCUPACIÓN	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
AMA DE CASA	24	19.67	18	14.75	27	22.13	69	56.56
EMPLEADA	9	7.38	15	12.30	15	12.30	39	31.97
ESTUDIANTE	7	5.74	7	5.74	0	0.00	14	11.48
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 6. Distribución según ocupación



Fuente: Datos proporcionados por tabla 9

Análisis: el 56.5% de las mujeres son amas de casa, un 31.97% empleadas entre servicios varios y un 11.48 por ciento manifestaron que son estudiantes.

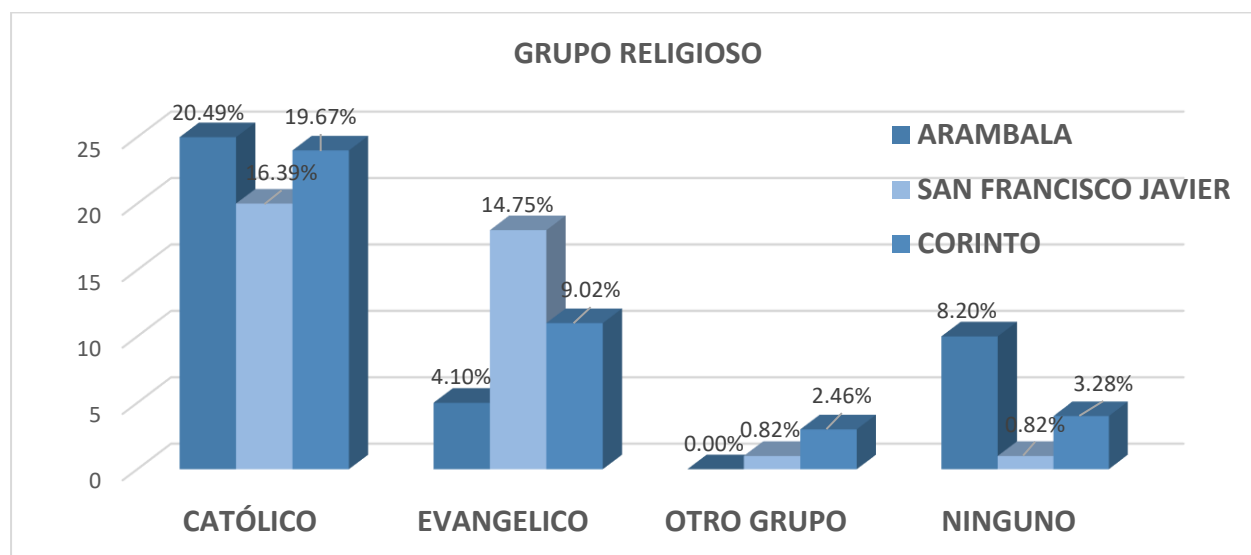
Interpretación: De acuerdo al gráfico 5 se presentan las ocupaciones en general de las mujeres encuestadas, en donde se interpreta que hay un predominio de usuarias amas de casa la cual pudiera indicarnos que tiene una dependencia directa de sus esposos y ser más inestables en algunos casos relacionadas con los métodos de planificación familiar, en un menor porcentaje de usuarias se encuentran las empleadas y las estudiantes que podrían ser más independientes en la toma de decisiones de su salud sexual y reproductiva.

Tabla 10. Distribución según grupo religioso

GRUPO RELIGIOSO	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
CATÓLICO	25	20.49	20	16.39	24	19.67	69	56.56
EVANGELICO	5	4.10	18	14.75	11	9.02	34	27.87
OTRO GRUPO	0	0.00	1	0.82	3	2.46	4	3.28
NINGUNO	10	8.20	1	0.82	4	3.28	15	12.30
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 7. Distribución según grupo religioso



Fuente: Datos proporcionados por tabla 10

Análisis: El 56.56% de las mujeres encuestadas respondió que pertenecen a la religión católica, el 27.87% manifestaron ser evangélicas y un 3.28% expresaron otra, sin identificar su religión, hasta llegar a un 12.30% de mujeres que no profesan ninguna religión.

Interpretación: El gráfico 7 contiene los datos que describen el comportamiento del credo religiosos en la muestra en estudio donde en los 3 municipios observamos un predominio de usuarias que profesan la religión católica, sin embargo en San Francisco Javier observamos una similitud con el credo evangélico, y una pequeña porción de encuestadas de otros grupos religiosos o que no profesan ninguna religión.

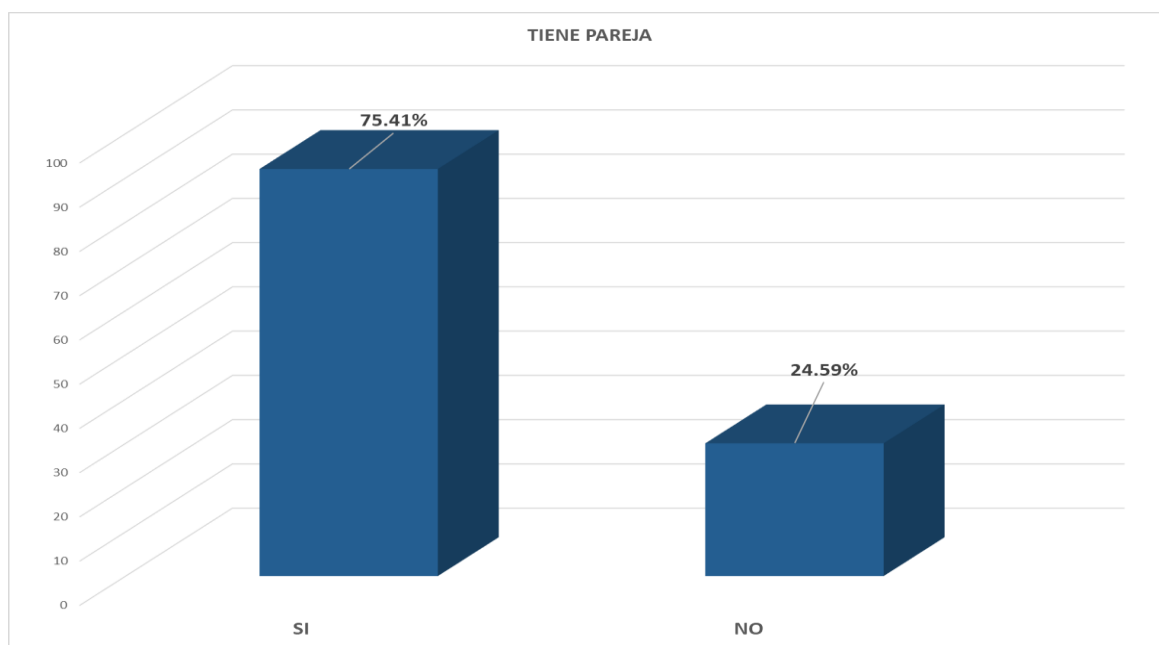
Historia de la vida reproductiva

Tabla 11. Tiene pareja

TIENE PAREJA	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	29	23.77	30	24.59	33	27.05	92	75.41
NO	11	9.02	10	8.20	9	7.38	30	24.59
Total	40	32.85	40	32.79	42	34.43	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 8. Tiene pareja



Fuente: Datos proporcionados por tabla 11

Análisis: del 100% de las encuestadas un 75.41% manifiestan que tienen una relación de pareja, 4.59% expresó que no tiene pareja en la actualidad.

Interpretación: del total de 122 mujeres encuestadas en los tres municipios 92 mujeres manifiestan que tienen una relación de pareja, lo cual nos puede indicar que muchas de ellas pueden estar en situaciones de embarazo y en relación a su pareja pueden determinar los métodos para tener una planificación familiar ordenada y una frecuencia de 30 usuarios expresó que no tiene pareja, pero son mujeres que se

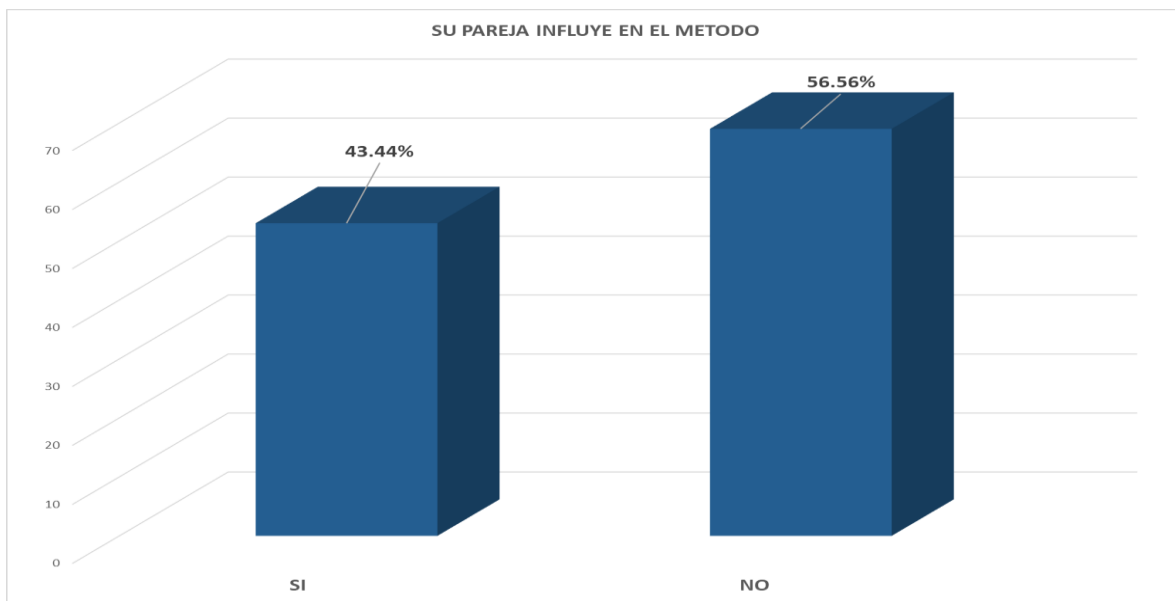
encuentran en una edad fértil y por lo tanto deben tener el conocimiento adecuado en relación a los métodos de planificación.

Tabla 12. Su pareja influye en el método de planificación familiar

SU PAREJA INFLUYE EN EL MÉTODO	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	15	12.30	20	16.39	18	14.75	53	43.44
NO	25	20.49	20	16.39	24	19.67	69	56.56
Total	40	32.80	40	32.80	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 9. Su pareja influye en el método de planificación familiar



Fuente: Datos proporcionados por tabla 12

Análisis: En base a los datos proporcionados por las mujeres entrevistadas un 56.56% expresaron que su pareja no tiene ninguna influencia en el método de planificación familiar seleccionado por ella y un 43.44% manifestó que si influye.

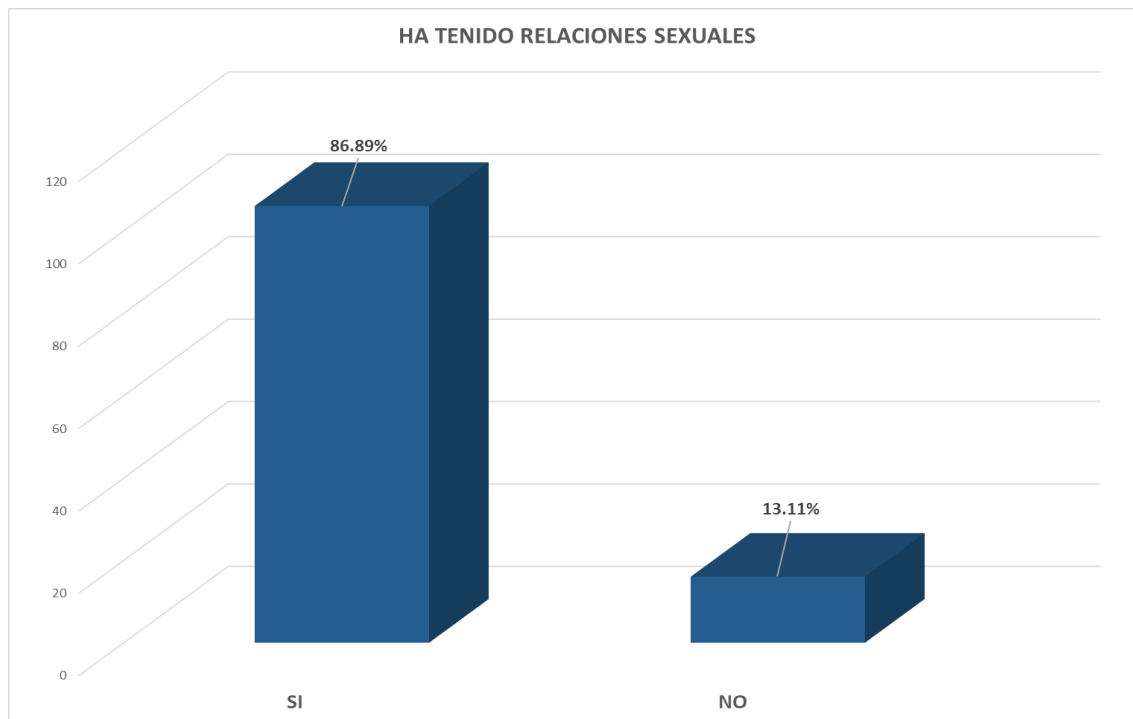
Interpretación: Según los datos proporcionados en la gráfica 9 indica que en la mayoría de las usuarias no influye la opinión de su pareja a la hora de decidir usar o no métodos anticonceptivos, pero en un porcentaje levemente inferior la pareja si influye en la toma de esta decisión.

Tabla 13. Ha tenido relaciones sexuales

HA TENIDO RELACIONES SEXUALES	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	33	27.05	35	28.69	38	31.15	106	86.89
NO	7	5.74	5	4.10	4	3.28	16	13.11
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 10. Ha tenido relaciones sexuales



Fuente: Datos proporcionados por tabla 13

Análisis: De la población encuestada un total de un 86.89% refieren haber iniciado relaciones sexuales y un 13.11% mujeres que no han iniciado o tenido relaciones sexuales.

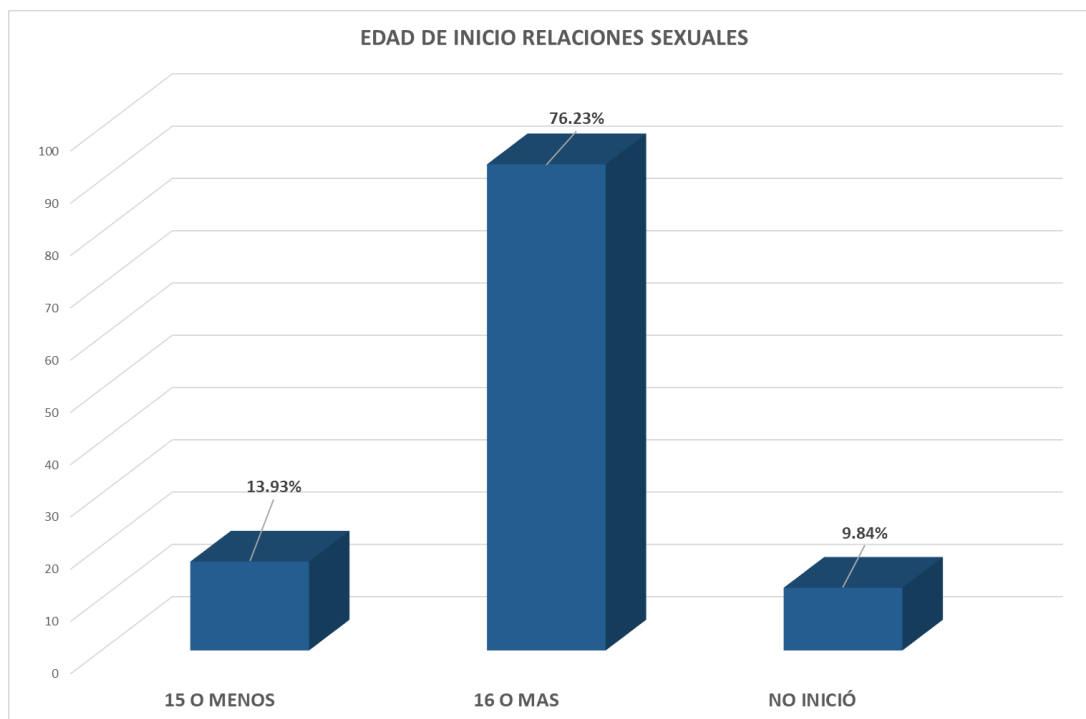
Interpretación: En este gráfico nos indica que hay un porcentaje representativo de usuarias de 116 que ya iniciaron o mantienen relaciones sexuales activas, mientras que en menor frecuencia de solo 16 mujeres aun no inicia vida sexual activa.

Tabla 14. Edad de inicio de relaciones sexuales

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
15 O MENOS	9	7.38	5	4.10	3	2.46	17	13.93
16 O MAS	28	22.95	30	24.59	35	28.69	93	76.23
NO INICIÓ	3	2.46	5	4.10	4	3.28	12	9.84
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 11. Edad de inicio de relaciones sexuales



Fuente: Datos proporcionados por tabla 14

Análisis: El 76.23% de las usuarias tuvo su primera relación sexual en la edad de los 16 años en adelante, el 13.93% tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años y solo el 9.84% indicó que no habían iniciado relaciones sexuales

Interpretación: Dell total de 122 mujeres encuestadas, en su mayoría 93 usuarias iniciaron relaciones sexuales a los 16 años y 17 mujeres iniciaron relaciones antes de los 15 años y 12 aun no inician relaciones sexuales. Esto pudiera denotar que estas

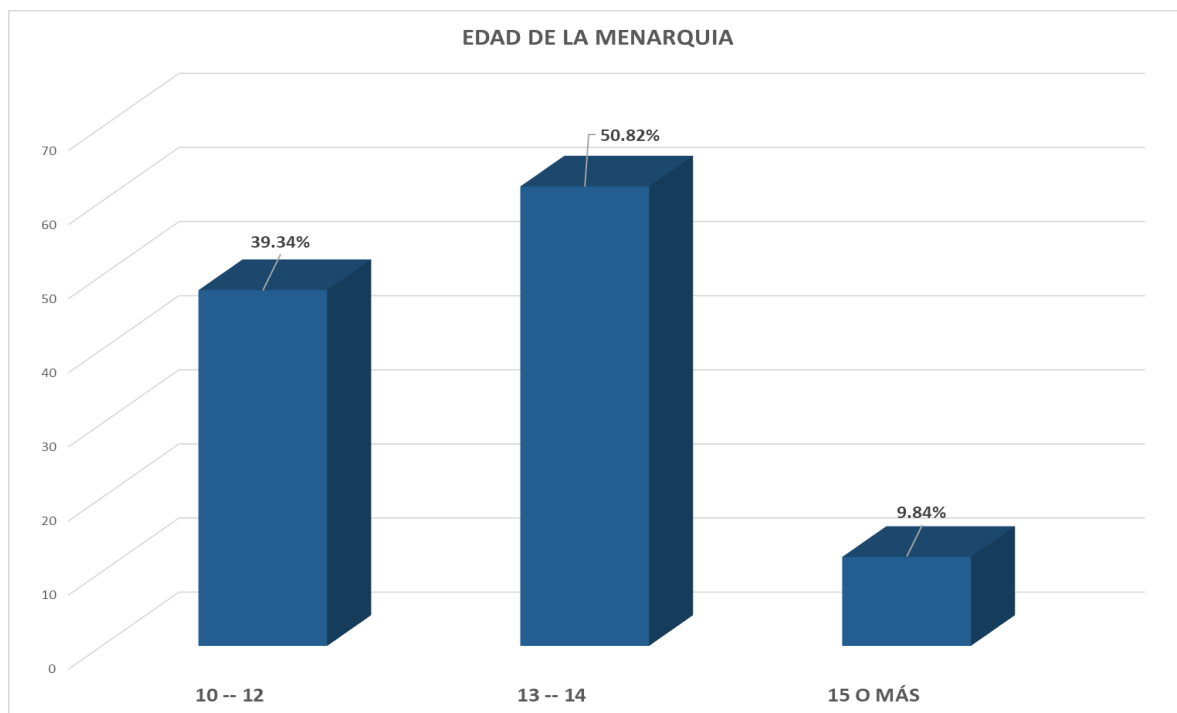
mujeres no tuvieron fuente de información en cuanto al uso de métodos de planificación familiar y postergación de inicio de relaciones sexuales.

Tabla 15. Edad de la menarquia

EDAD DE LA MENARQUIA	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
10 - 12	14	11.48	22	18.03	12	9.84	48	39.34
13 - 14	22	18.03	16	13.11	24	19.67	62	50.82
15 O MÁS	4	3.28	2	1.64	6	4.92	12	9.84
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 12. Edad de la menarquia



Fuente: Datos proporcionados por tabla 15

Análisis: El 50.82% expresaron que entre la edad de los 13 a 14 años tuvieron la menarquia Y el 39.34% entre los 10 y 12 años, teniendo un 9.84% que presentaron la menarquia entre los 15 o más años.

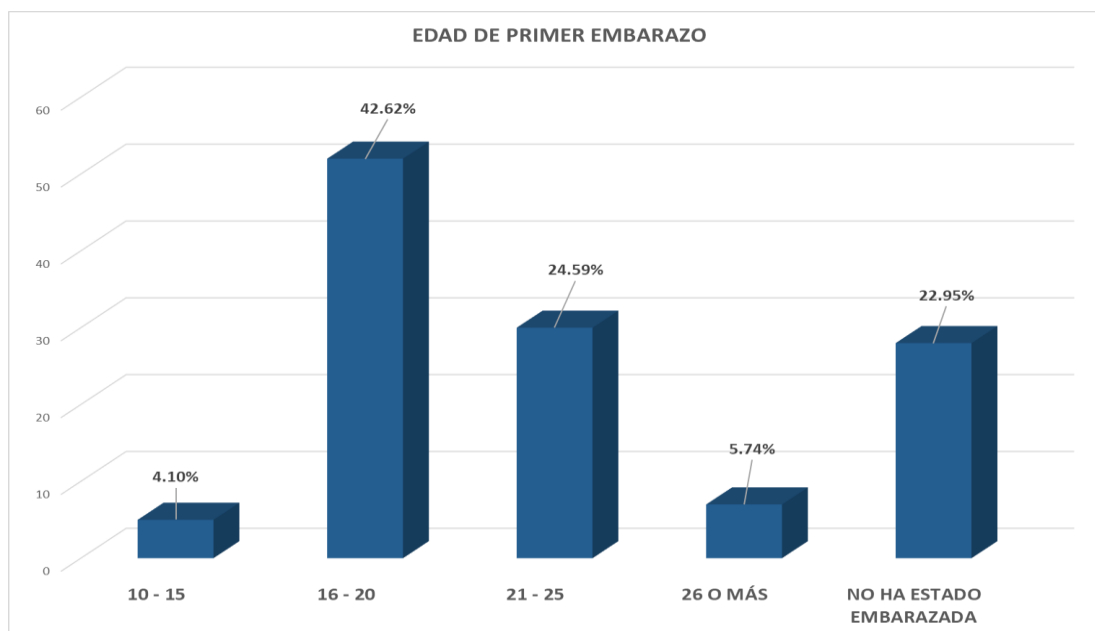
Interpretación: según el gráfico 12 podemos observar que la mayoría de las usuarias han presentado la menarquia alrededor de los 13 y 14 años de edad, entendiendo que es una edad media de la adolescencia, sin embargo le siguen las edades entre 10 y 12 años, por lo cual nos damos cuenta que en nuestro país las mujeres presentan la menarquia a temprana edad comparando los datos con las adolescentes de 15 o más años.

Tabla 16. Edad de primer embarazo

EDAD DE PRIMER EMBARAZO	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
10 - 15	4	3.28	0	0.00	1	0.82	5	4.10
16 - 20	16	13.11	14	11.48	22	18.03	52	42.62
21 - 25	8	6.56	11	9.02	11	9.02	30	24.59
26 O MÁS	2	1.64	3	2.46	2	1.64	7	5.74
NO HA ESTADO EMBARAZADA	10	8.20	12	9.84	6	4.92	28	22.95
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 13. Edad de primer embarazo



Fuente: Datos proporcionados por tabla 16

Análisis: EL 42.6% de las entrevistadas tuvo su primer embarazo entre los 16 a 20 años, seguido de un 24% de las usuarias encuestadas que tuvieron su primer embarazo a los 21 a 25 años, un 22.9% de las usuarias aún no ha estado embarazada y solo un 5.74% de las mujeres lo postergó después de los 26 años y un 4.10% lo hicieron prematuramente entre los 10-15 años.

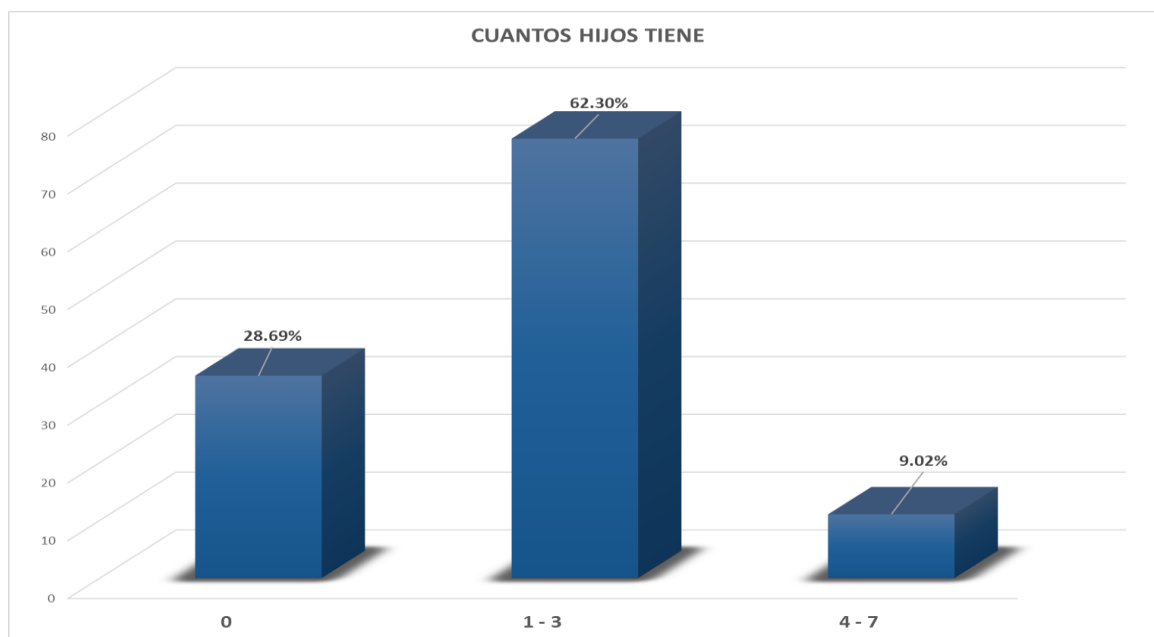
Interpretación: Esto nos indica que en los 3 municipios la mayoría de embarazos es en edades adolescentes y adultos jóvenes lo que podría indicarnos que el conocimiento e información que se tiene sobre métodos de planificación es escaso. En contraste con la menor frecuencia de sólo 7 mujeres mayores de 26 años que estarían más preparadas física, económica y emocionalmente para un embarazo.

Tabla 17. Cuantos hijos tiene

CUANTOS HIJOS TIENE	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
0	13	10.66	13	10.66	9	7.38	35	28.69
1 – 3	22	18.03	24	19.67	30	24.59	76	62.30
4 – 7	5	4.10	3	2.46	3	2.46	11	9.02
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.43	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 14. Cuantos hijos tiene



Fuente: Datos proporcionados por tabla 17

Análisis: El 62.30% indicaron que tienen entre 1 a 3 hijos, el 9.02% indicaron que tienen entre 4 y 7 hijos y un 28.69% contestaron que no tienen hijos.

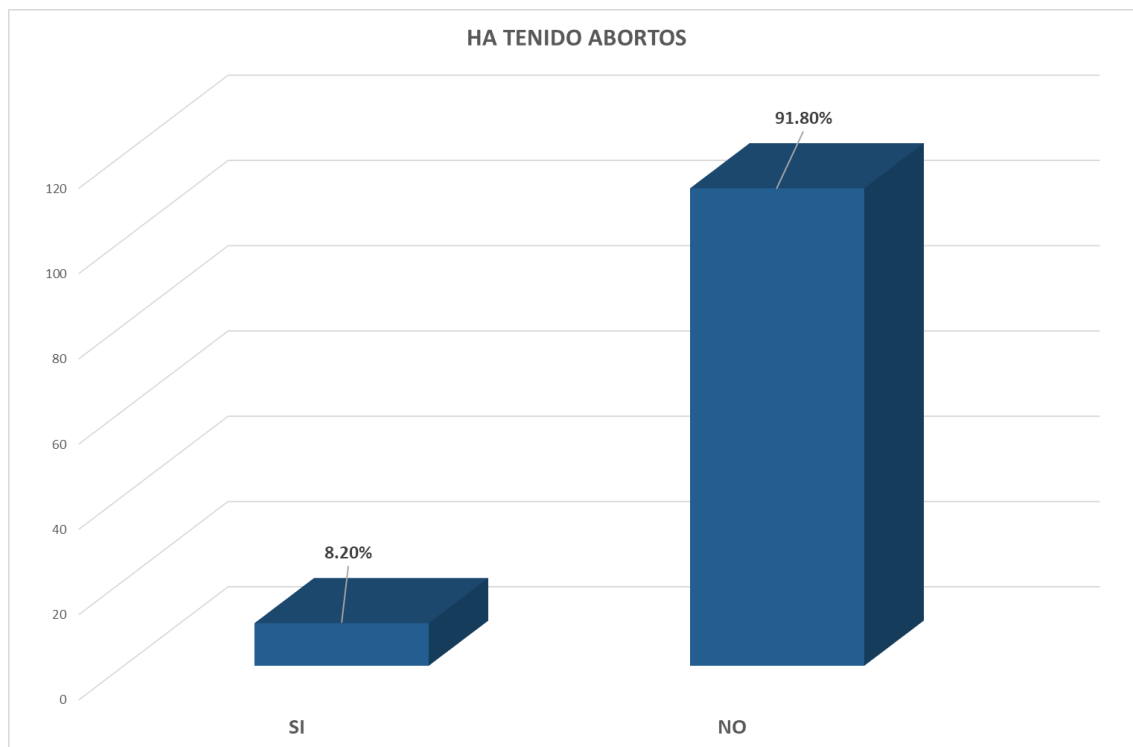
Interpretación: al observar los datos del gráfico 14 podemos entender que la mayor parte de las usuarias tiene entre 1 y 3 hijos y una pequeña parte de estas tienen entre 4 y 7 hijos, con lo que se interpreta que la mayoría de usuarias muy probablemente han hecho uso de métodos anticonceptivos por lo cual han determinado una paridad satisfecha con un menor número de hijos.

Tabla 18. Ha tenido abortos

HA TENIDO ABORTOS	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	5	4.10	1	0.82	4	3.28	10	8.20
NO	35	28.69	39	31.97	38	31.15	112	91.80
Total	40	32.8	40	32.8	42	32.8	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 15. Ha tenido abortos



Fuente: Datos obtenidos por tabla 18

Análisis: Del total de la población encuestada un 8.20 por ciento manifestaron que habían tenido abortos y una mayoría significativa del 91.80 por ciento contestaron que no.

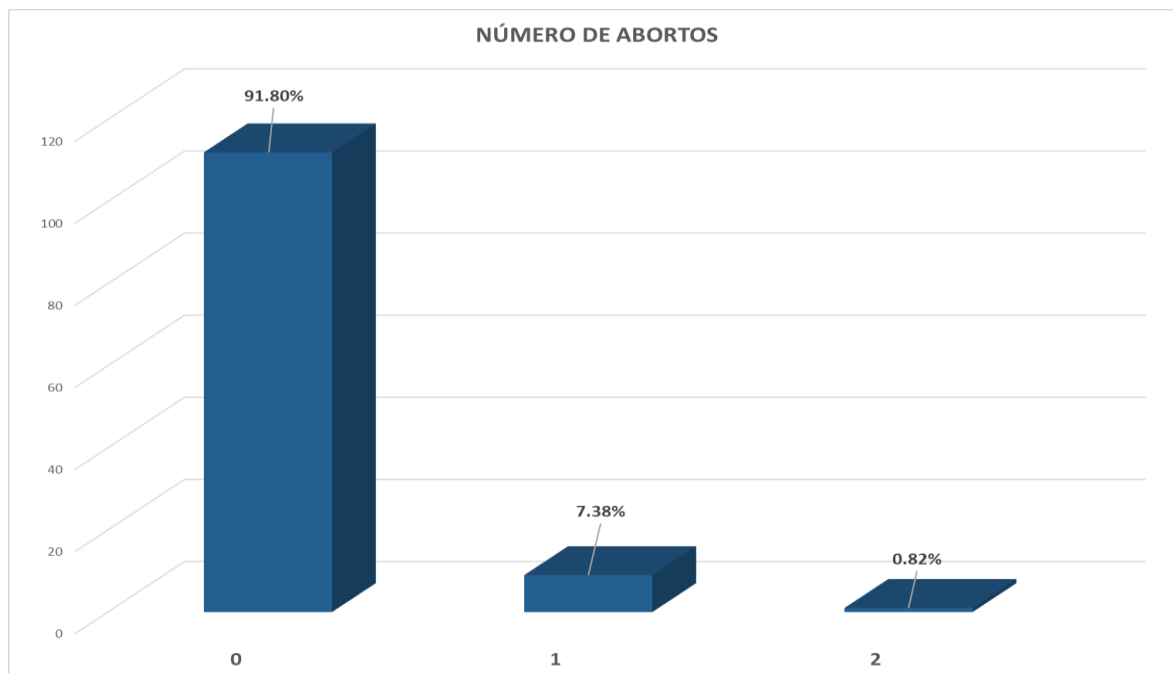
Interpretación: Del total de 122 mujeres encuestadas solo 10 manifestaron que habían tenido abortos y 112 manifestaron no sufrir abortos. Esto podríamos relacionarlo con la edad de inicio de embarazo de las mujeres donde observamos mayoritariamente el primer embarazo en adultas jóvenes.

Tabla 19. Número de abortos

NÚMERO DE ABORTOS	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1	4	3.28	1	0.82	4	3.28	9	7.38
2	1	0.82	0	0.00	0	0.00	1	0.82
0	35	28.69	39	31.97	38	31.15	112	91.80
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 16. Número de abortos



Fuente: Datos obtenidos de tabla 19

Análisis: El 91.8% de las mujeres encuestadas no ha tenido ningún aborto en su vida, mientras que el 7.38% ha experimentado en una ocasión un aborto y el 0.82% ha tenido 2 abortos.

Interpretación: según los datos obtenidos la mayoría de usuarias no ha experimentado abortos y una pequeña cantidad de usuarias han tenido 1 o 2 abortos, lo cual puede estar relacionado a un riesgo reproductivo mínimo en la población encuestada o a un buen control prenatal brindado en estas poblaciones.

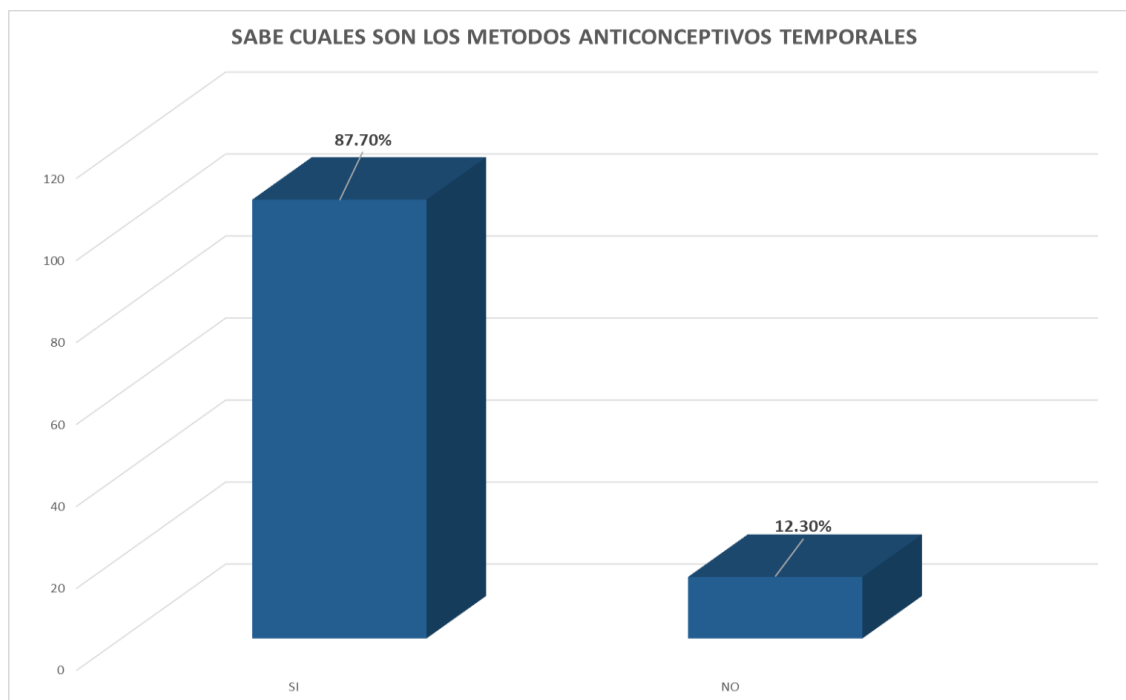
Métodos de planificación familiar temporales

Tabla 20. Sabe cuáles son los métodos anticonceptivos temporales

SABE CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	37	30.33	34	27.87	36	29.51	107	87.70
NO	3	2.46	6	4.92	6	4.92	15	12.30
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 17. Sabe cuáles son los métodos anticonceptivos temporales



Fuente: Datos obtenidos de tabla 20

Análisis: Del total de encuestadas el 87.70% de las mujeres saben cuáles son los métodos anticonceptivos temporales y un 12.30% expresaron desconocer e identificar cuáles eran.

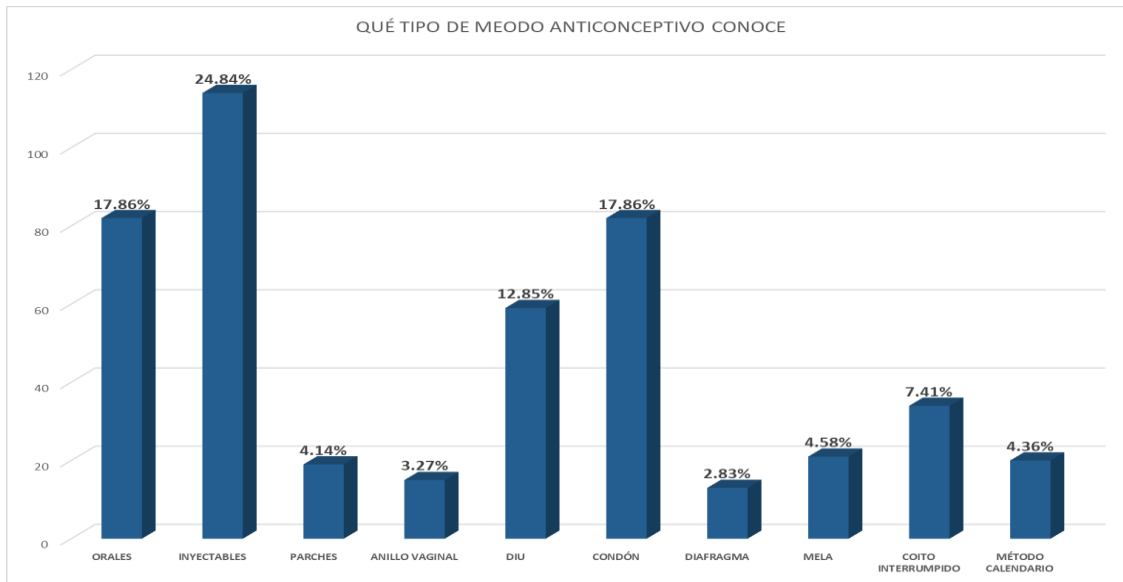
Interpretación: Según la gráfica N° 17 un gran porcentaje de usuarias reconoce cuales son los métodos anticonceptivos temporales o tiene un conocimiento sobre ellos, mientras que en una marcada menor frecuencia desconocen cuáles son los métodos anticonceptivos.

Tabla 21. Qué tipo de método anticonceptivo conoce

QUÉ TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO CONOCE	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
ORALES	32	14.95	26	23.85	24	16.44	82	17.86
INYECTABLES	40	18.69	36	33.03	38	26.03	114	24.84
PARCHES	14	6.54	1	0.92	4	2.74	19	4.14
ANILLO VAGINAL	13	6.07	1	0.92	1	0.68	15	3.27
DIU	29	13.55	11	10.09	19	13.01	59	12.85
CONDÓN	31	14.49	22	20.18	29	19.86	82	17.86
DIAFRAGMA	9	4.21	1	0.92	3	2.05	13	2.83
MELA	10	4.67	2	1.83	9	6.16	21	4.58
COITO INTERRUPTIDO	19	8.88	6	5.50	9	6.16	34	7.41
MÉTODO CALENDARIO	17	7.94	3	2.75	10	6.85	20	4.36
Total	214	100	109	100	146	100	459	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 18. Qué tipo de método anticonceptivo conoce



Fuente: Datos obtenidos de tabla 21

Análisis: con respecto a los datos obtenidos con las respuestas de las usuarias encuestadas encontramos que un 24.84% conocen los métodos anticonceptivos inyectables, un 17.86% conocen los métodos orales y el condón, y un pequeño grupo conoce el diafragma con un 2.83%.

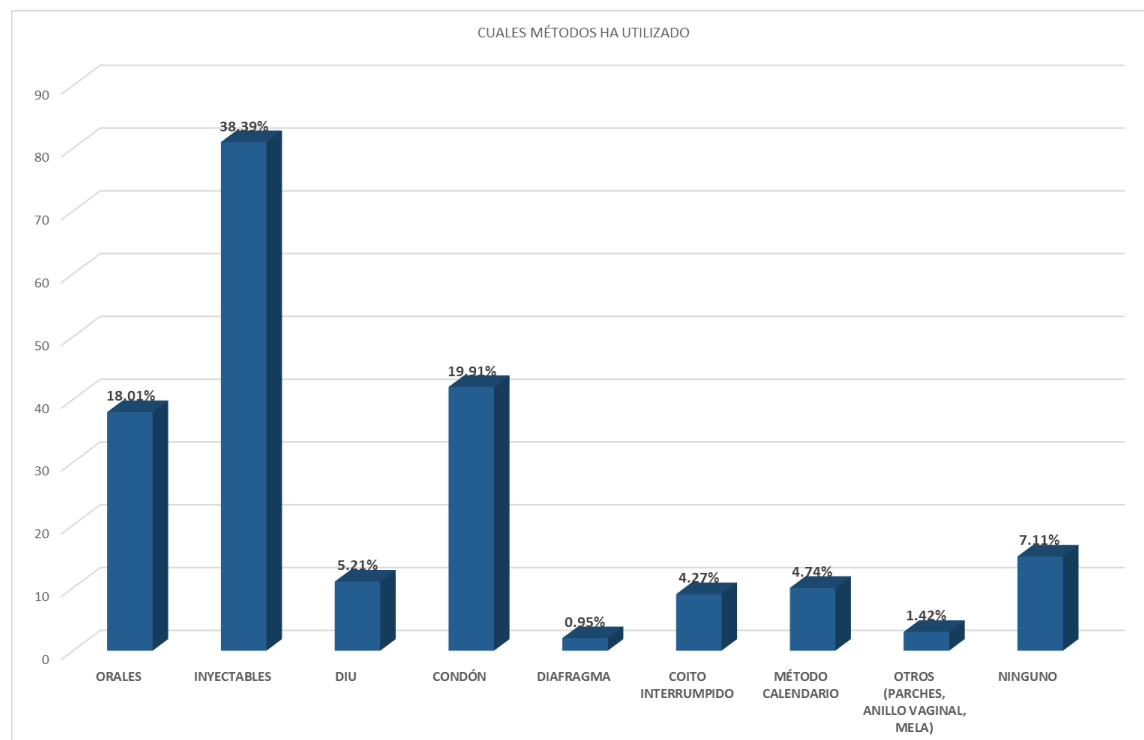
Interpretación: con los datos obtenidos podemos observar que la mayoría de las usuarias conoce los métodos anticonceptivos inyectables, siguiendo a estos el conocimiento de los métodos orales y el condón, y una pequeña parte de la población conoce los métodos como el diafragma, el anillo vaginal, los parches, y MELA, muy probable esto se deba a la oferta de métodos disponibles en nuestro sector salud.

Tabla 22. Cuáles métodos anticonceptivos ha utilizado

CUALES MÉTODOS ANTICONCEPTIVO UTILIZADO HA	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
ORALES	18	20.22	14	22.95	6	9.84	38	18.01
INYECTABLES	29	32.58	26	42.62	26	42.62	81	38.39
DIU	5	5.62	2	3.28	4	6.56	11	5.21
CONDÓN	18	20.22	13	21.31	11	18.03	42	19.91
DIAFRAGMA	1	1.12	0	0.00	1	1.64	2	0.95
COITO INTERRUMPIDO	6	6.74	0	0.00	3	4.92	9	4.27
MÉTODO CALENDARIO	5	5.62	1	1.64	4	6.56	10	4.74
OTROS (PARCHES, ANILLO VAGINAL, MELA)	3	3.37	0	0.00	0	0.00	3	1.42
NINGUNO	4	4.49	5	8.20	6	9.84	15	7.11
Total	89	100	61	100	61	100	211	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 19. Cuáles métodos anticonceptivos ha utilizado



Fuente: Datos obtenidos de tabla 22

Análisis: Los tipos de métodos más usados son los anticonceptivos inyectables con un 38.39% le sigue el condón con 19.91% Y los anticonceptivos orales un 18.1% y en una

minoría de paciente con un total de 11.33% han utilizado otros métodos anticonceptivos y un 7.11% no ha utilizado ningún método.

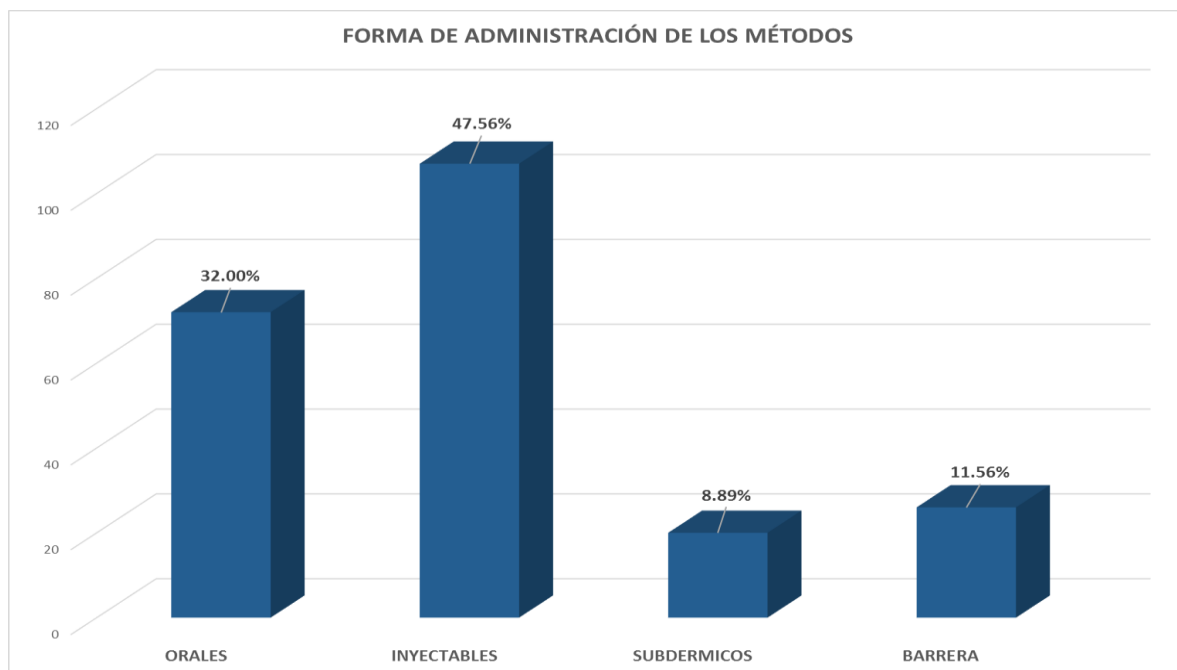
Interpretación: El gráfico 19 nos muestra que las mujeres encuestadas sexualmente activas y que utilizan métodos de planificación familiar usan con mayor frecuencia métodos inyectables, condón y anticonceptivos orales, y una pequeña minoría utiliza diafragma, DIU, coito interrupto, parches, anillo vaginal y MELA, mientras que una pequeña cantidad de paciente no ha utilizado método anticonceptivo.

Tabla 23. Forma de administración del método

FORMA DE ADMINISTRACIÓN DE MÉTODO	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
ORALES	26	30.59	24	40.00	22	27.50	72	32.00
INYECTABLES	38	44.71	31	51.67	38	47.50	107	47.56
SUBDÉRMICOS	8	9.41	3	5.00	9	11.25	20	8.89
BARRERA	13	15.29	2	3.33	11	13.75	26	11.56
Total	85	100.00	60	100.00	80	100.00	225	100.00

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 20. Forma de administración del método



Fuente: Datos obtenidos de tabla 23

Análisis: el 47.56% de las usuarias conoce la forma de administración de los métodos anticonceptivos inyectables, un 32% los orales, un grupo más pequeño con un 11.56% los métodos de barrera, y un 8.89% los métodos subdérmicos

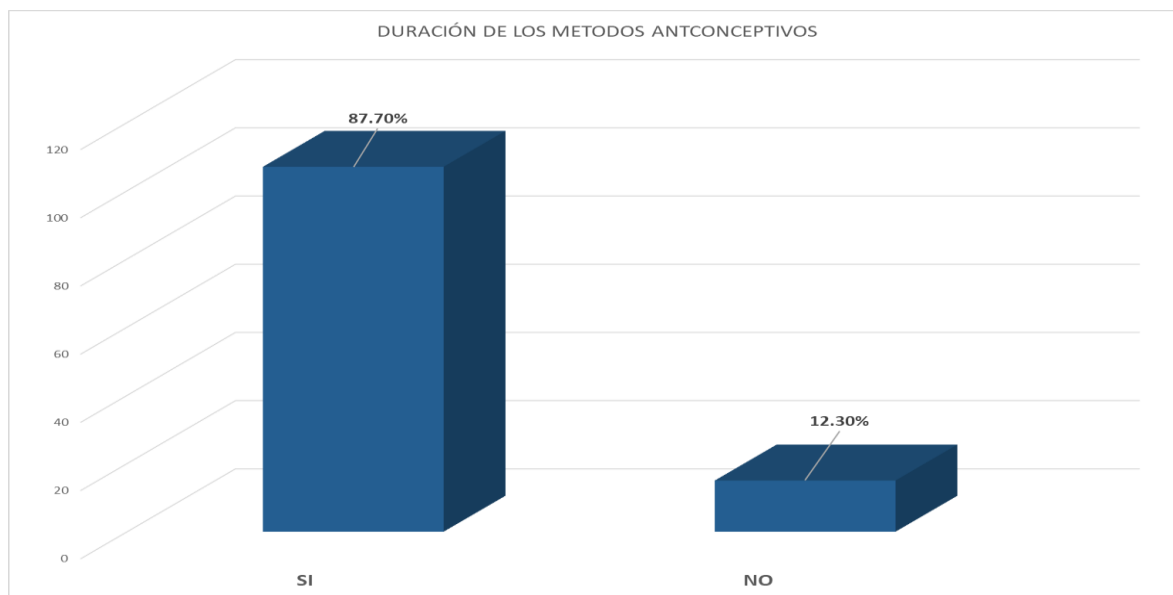
Interpretación: La mayoría de las usuarias conoce la forma de administración de los métodos anticonceptivos inyectables y orales, muy probablemente debido al uso frecuente de estos por la disponibilidad en nuestro sistema de salud y por la confianza en su efectividad, siendo de menor conocimiento los métodos subdérmicos y de barrera.

Tabla 24. Duración de los métodos anticonceptivos temporales

DURACIÓN DE LOS MÉTODOS	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	39	31.97	33	27.05	35	28.69	107	87.70
NO	1	0.82	7	5.74	7	5.74	15	12.30
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 21. Duración de los métodos anticonceptivos temporales



Fuente: Datos obtenidos de tabla 24

Análisis: El 87.70% de las mujeres entrevistadas manifestaron que conocen cual es el periodo de duración de los métodos anticonceptivos y un 12.30% no conoce.

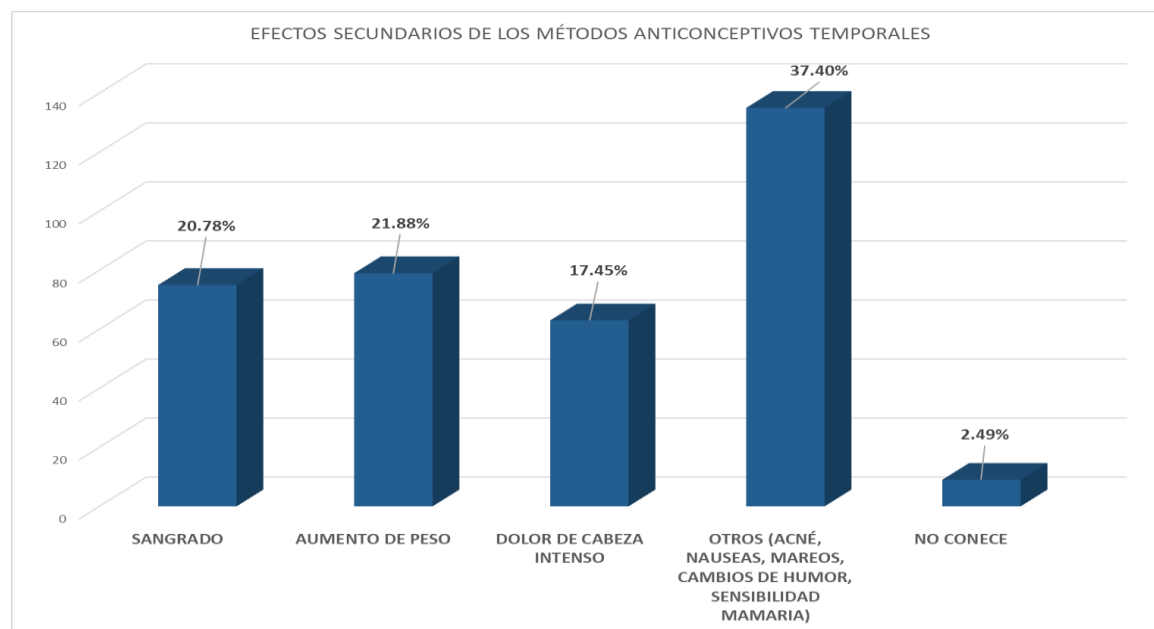
Interpretación: según los datos obtenidos podemos decir que las usuarias han utilizado métodos anticonceptivos conociendo el tiempo de duración de estos lo cual se ve relacionado con el número de hijos que han decidido tener muy probablemente por una buena efectividad y un buen uso de los métodos anticonceptivos.

Tabla 25. Efectos secundarios de los métodos anticonceptivos temporales

EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SANGRADO	28	16.87	25	34.72	22	17.89	75	20.78
AUMENTO DE PESO	31	18.67	16	22.22	32	26.02	79	21.88
DOLOR DE CABEZA INTENSO	25	15.06	12	16.67	26	21.14	63	17.45
OTROS (ACNÉ, NÁUSEAS, MAREOS, CAMBIOS DE HUMOR, SENSIBILIDAD MAMARIA)	80	48.19	15	20.83	40	32.52	135	37.40
NO CONOCE	2	1.20	4	5.56	3	2.44	9	2.49
Total	166	100	72	100	123	100	361	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 22. Efectos secundarios de los métodos anticonceptivos temporales



Fuente: Datos obtenidos de tabla 25

Análisis: Con un 37.40% el acné, náuseas, mareos, cambios de humor, sensibilidad mamaria en conjunto son los efectos adversos más conocidos de los métodos anticonceptivos, mientras que le sigue el aumento de peso con un 21.88%, el sangrado con un 20.78% y el dolor de cabeza intenso con un 17.45% y solo un 2.49% dijo que no conoce ni identificó ninguno.

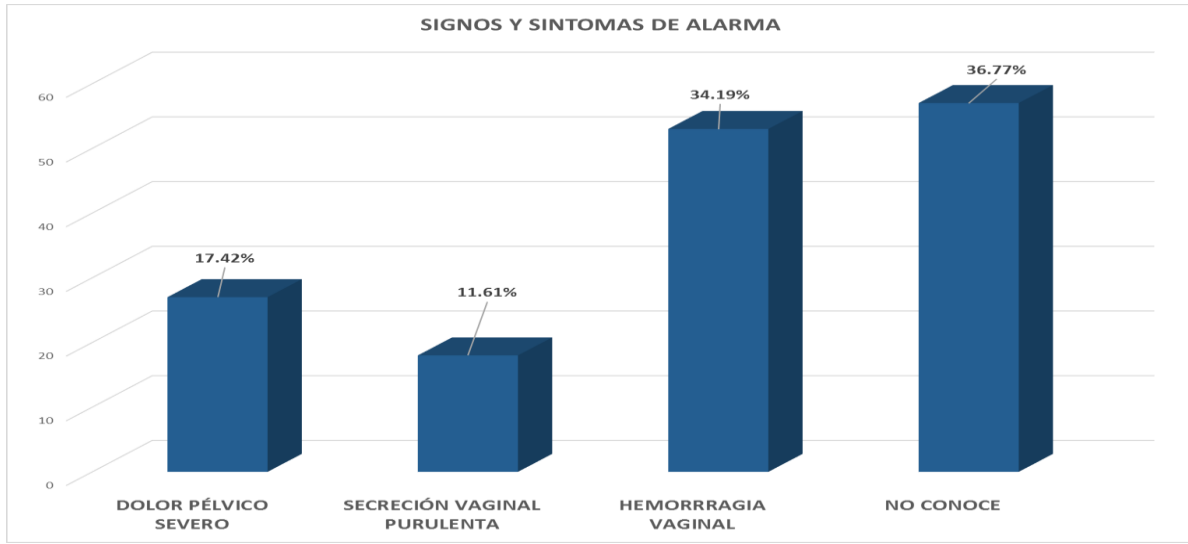
Interpretación: Los efectos secundarios y su impacto en su organismo son conocidos por las mujeres casi en su totalidad e identifican y ponderan al acné, náuseas, mareos, cambios de humor, sensibilidad mamaria son los efectos adversos más conocidos junto con el aumento de peso y el sangrado, mientras que solo 9 usuarias manifiestan no saber.

Tabla 26. Signos y síntomas de alarma

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
DOLOR PÉLVICO SEVERO	16	25.00	3	7.14	8	16.33	27	17.42
SECRECIÓN VAGINAL PURULENTA	12	18.75	1	2.38	5	10.20	18	11.61
HEMORRAGIA VAGINAL	19	29.69	17	40.48	17	34.69	53	34.19
NO CONOCE	17	26.56	21	50.00	19	38.78	57	36.77
Total	64	100	42	100	49	100	155	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 23. Signos y síntomas de alarma



Fuente: Datos obtenidos de tabla 26

Análisis: con respecto a los datos obtenidos podemos observar que el 36.77% de las usuarias no conoce sobre signos y síntomas de alarma, un porcentaje similar con un 34.19% conoce la hemorragia vaginal, el 17.42% el dolor pélvico y un 11.61% la secreción vaginal purulenta.

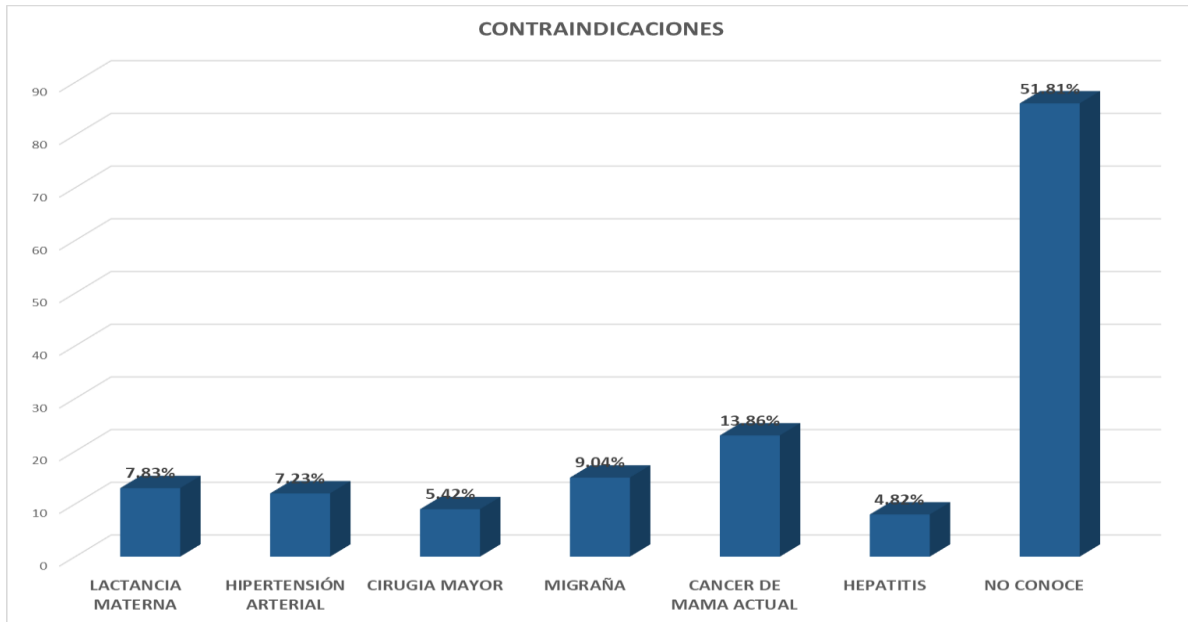
Interpretación: según los datos obtenidos la mayoría de usuarias refieren no conocer los signos y síntomas de alarma de los métodos anticonceptivos, una parte de las encuestadas manifiesta que suele conocer la hemorragia vaginal como uno de estos, y en menor porcentaje se conoce el dolor pélvico y la secreción vaginal purulenta.

Tabla 27. Contraindicaciones de métodos anticonceptivos temporales combinados

CONTRAINDICACIONES	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
LACTANCIA MATERNA	11	13.75	0	0.00	2	3.92	13	7.83
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	9	11.25	2	5.71	1	1.96	12	7.23
CIRUGÍA MAYOR	7	8.75	0	0.00	2	3.92	9	5.42
MIGRAÑA	9	11.25	1	2.86	5	9.80	15	9.04
CÁNCER DE MAMA ACTUAL	11	13.75	1	2.86	11	21.57	23	13.86
HEPATITIS	5	6.25	1	2.86	2	3.92	8	4.82
NO CONOCE	28	35.00	30	85.71	28	54.90	86	51.81
Total	80	100	35	100	51	100	166	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 24. Contraindicaciones de métodos anticonceptivos temporales combinados



Fuente: Datos obtenidos de tabla 27

Análisis: En un 51.81% de las usuarias dice no conocer contraindicaciones para uso de métodos anticonceptivos combinados y otras mujeres manifestaron que pudiera estar relacionado con el cáncer de mama en un 13.86% en tercer lugar con la migraña en un 9.04%, lactancia materna en un 7.83% hipertensión arterial en un 7.23%, cirugía mayor 5.42% y hepatitis en un 4.82%

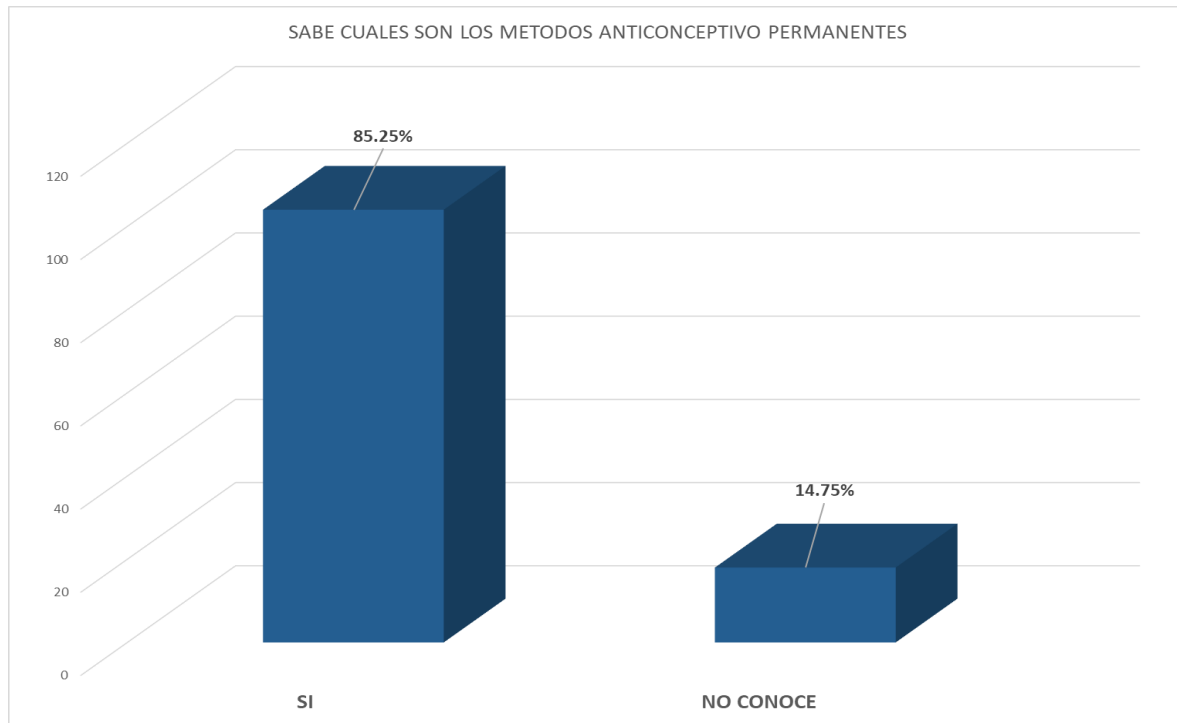
Interpretación: En relación con las contraindicaciones a nivel de los tres municipios indicaron desconocer alguna contraindicación de los métodos de planificación familiar, podemos concluir que las mujeres ven ventajoso el uso de métodos y no los vinculan con contraindicaciones para su uso.

Tabla 28. Sabe cuáles son los métodos anticonceptivos permanentes

SABE CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVO PERMANENTES	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	37	30.33	34	27.87	33	27.05	104	85.25
NO	3	2.46	6	4.92	9	7.38	18	14.75
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 25. Sabe cuáles son los métodos anticonceptivos permanentes



Fuente: Datos obtenidos de tabla 28

Análisis: Un 85.25% de la muestra afirmaron que saben y conocen cuales son los métodos anticonceptivos permanentes y solo un 14.75%, no los conoce o no puede identificarlos.

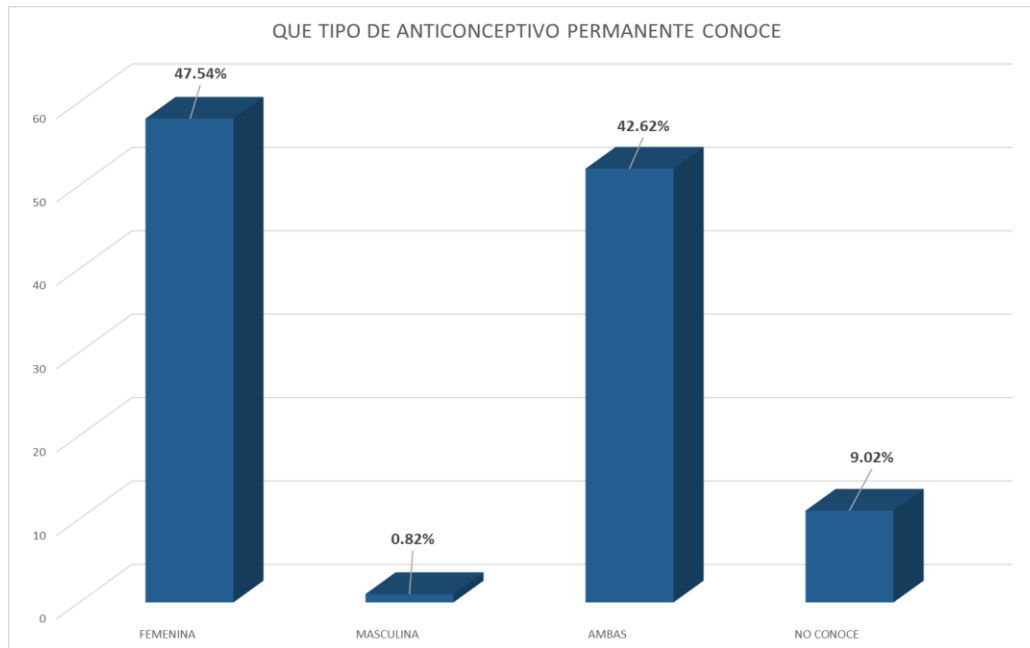
Interpretación: La mayoría de usuarias conoce cuales son los métodos anticonceptivos permanente muy probablemente en las Unidades de Salud reciben asesoría en cuanto al uso y métodos de planificación familiar mientras que una frecuencia menor no lo conoce.

Tabla 29. Qué tipo de anticonceptivo permanente conoce

QUE TIPO DE ANTICONCEPTIVO PERMANENTE CONOCE	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
FEMENINA	7	5.74	27	22.13	24	19.67	58	47.54
MASCULINA	1	0.82	0	0.00	0	0.00	1	0.82
AMBAS	28	22.95	10	8.20	14	11.48	52	42.62
NO CONOCE	4	3.28	3	2.46	4	3.28	11	9.02
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 26. Qué tipo de anticonceptivo permanente conoce.



Fuente: Datos obtenidos de tabla 29

Análisis: El 47.54% de las usuarias encuestadas conocen la esterilización femenina, un 0.82% conoce la esterilización masculina, el 42.62% conocen ambos métodos y un 9.02% no conoce métodos anticonceptivos permanentes.

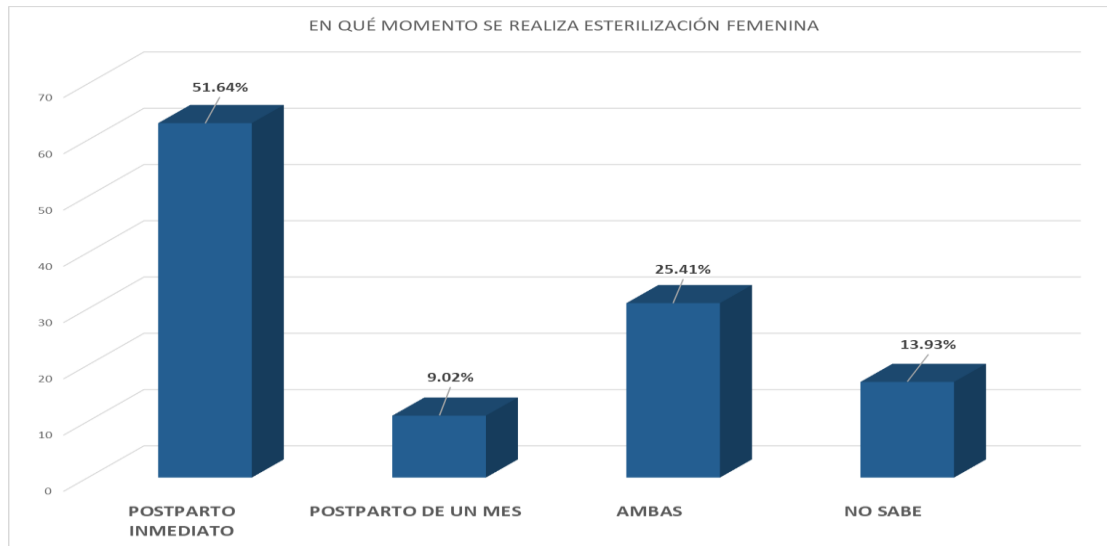
Interpretación: con los datos obtenidos podemos relacionar que la mayoría de usuarias conoce más sobre métodos de esterilización femenina, esto podría darse porque es el método más común en nuestro medio y al cual se tiene mayor acceso de utilización en comparación con el masculino.

Tabla 30. En qué momento se realiza la esterilización femenina

EN QUÉ MOMENTO SE REALIZA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
POSTPARTO INMEDIATO	14	11.48	17	13.93	32	26.23	63	51.64
POSTPARTO POSTERIOR A UN MES	0	0.00	9	7.38	2	1.64	11	9.02
AMBAS	21	17.21	6	4.92	4	3.28	31	25.41
NO SABE	5	4.10	8	6.56	4	3.28	17	13.93
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 27. En qué momento se realiza la esterilización femenina



Fuente: Datos obtenidos de tabla 30

Análisis: El 51.64% de las mujeres encuestadas en los tres municipios consideran que el momento en que se realiza la esterilización femenina es inmediato al post parto, un 25.41% lo relaciona a ambos momentos es decir en el post parto inmediato y al post parto posterior un mes, este último tuvo un porcentaje de un 9.02% y dijeron desconocer cuando en un 13.93%.

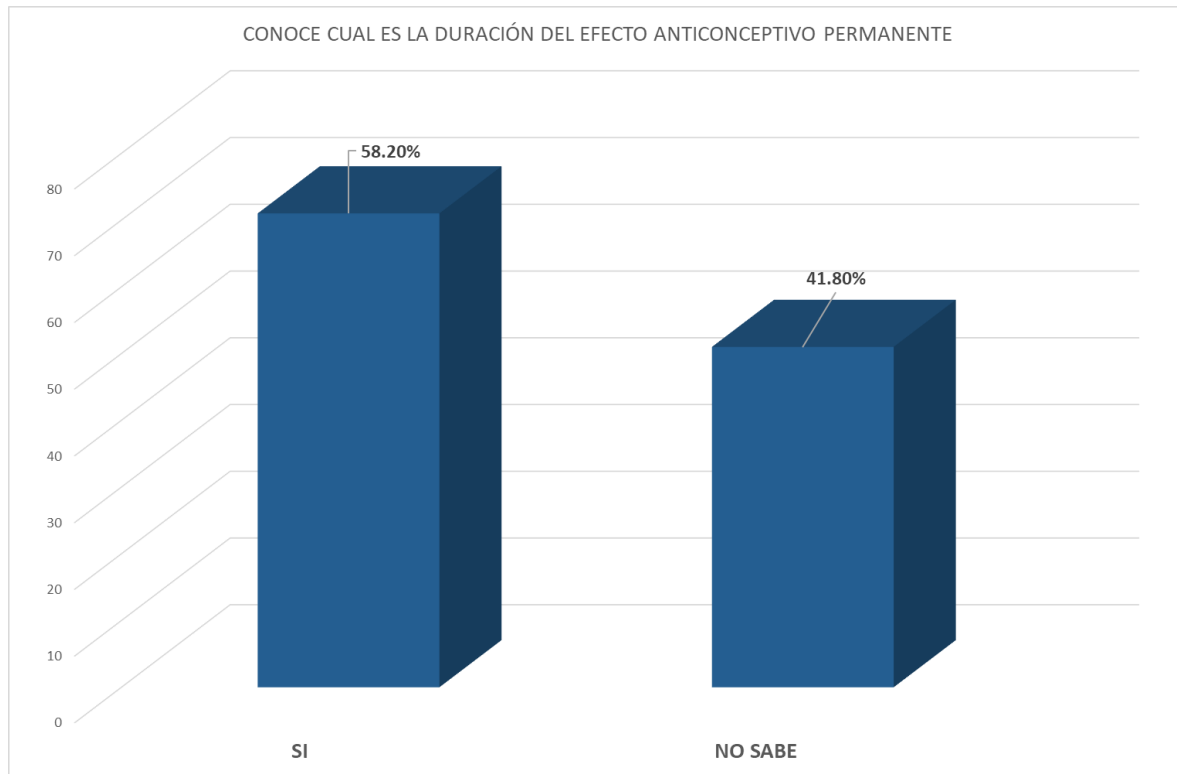
Interpretación: Según el gráfico 27 solo el 25.41% de las usuarias sabe que la esterilización se puede realizar en cualquiera de los dos momentos, en su mayoría las usuarias conocen que la esterilización se realiza en el postparto inmediato, y solo un pequeño porcentaje conoce que se puede realizar posterior a un mes. Una frecuencia de 17 usuarias manifiestan no saber en qué momento se realiza lo cual pudiera estar relacionado a la soltería y a la ausencia de hijos.

Tabla 31. Cuál es la duración del efecto anticonceptivo permanente

CUAL ES LA DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO PERMANENTE	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
	SI	7	5.74	33	27.05	31	25.41	71
NO SABE	33	27.05	7	5.74	11	9.02	51	41.80
Total	40	32.8	40	32.8	42	34.42	122	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 28. Cuál es la duración del efecto anticonceptivo permanente



Fuente: Datos obtenidos de tabla 31

Análisis: el 58.20% de las mujeres expresaron que conocen cual es la duración del efecto anticonceptivo permanente y un 41.80 por ciento dijo desconocer.

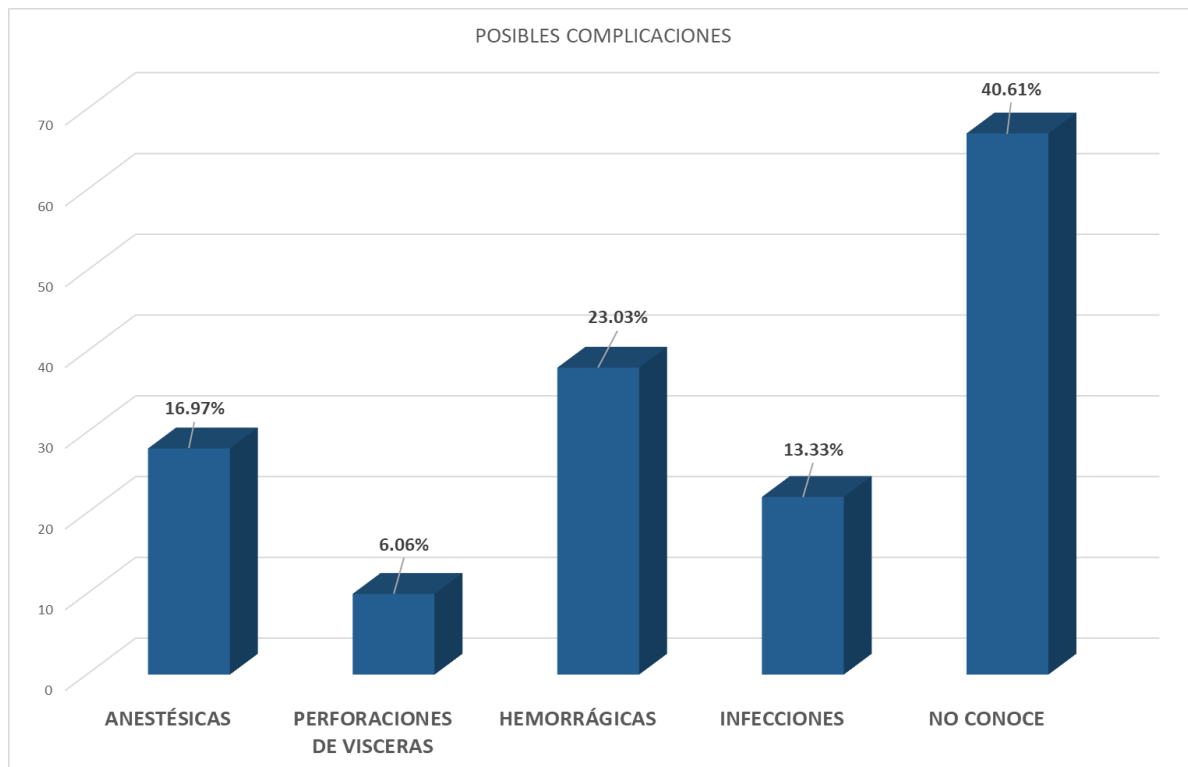
Interpretación: estos datos podrían estar relacionados con el nivel de conocimiento de las usuarias de acuerdo con su nivel educativo o a su experiencia con la paridad y el uso de estos tipos de métodos anticonceptivos.

Tabla 32. Posibles complicaciones al realizar la esterilización femenina

POSIBLES COMPLICACIONES	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
ANESTÉSICAS	11	15.28	7	15.22	10	17.24	28	16.97
PERFORACIÓN DE VÍSCERAS	4	5.56	3	6.52	3	5.17	10	6.06
HEMORRÁGICAS	17	23.61	7	15.22	14	24.14	38	23.03
INFECCIONES	22	30.56	5	10.87	12	20.69	22	13.33
NO CONOCE	18	25.00	24	52.17	19	32.76	67	40.61
Total	72	100	46	100	58	100	165	100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 29. Posibles complicaciones al realizar la esterilización femenina



Fuente: Datos obtenidos de tabla 32

Análisis: El 40.61% de las usuarias no conoce sobre posibles complicaciones al realizar la esterilización femenina, y dentro de las complicaciones más conocidas están las hemorragias en un 23.03% y las complicaciones anestésicas en un 16.97%, siendo la menos conocida la perforación de vísceras en un 6.06%.

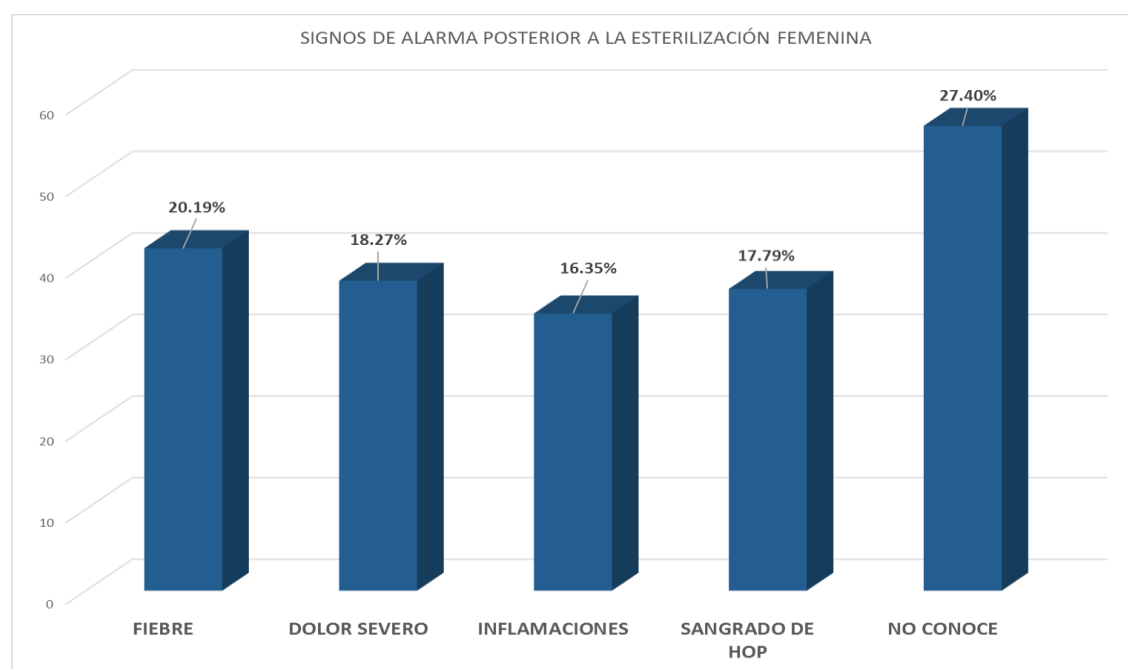
Interpretación: la mayoría de las usuarias no conocen sobre las posibles complicaciones al realizar la esterilización femenina, a pesar de ser el método anticonceptivo permanente más utilizado en nuestro medio. Una pequeña parte de las usuarias conoce algunas complicaciones entre las cuales se encuentran las hemorragias, las complicaciones anestésicas, y la perforación de vísceras.

Tabla 33. Signos de alarma posterior a la esterilización femenina

SIGNOS DE ALARMA POSTERIOR A LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
FIEBRE	20	22.47	9	17.65	13	19.12	42	20.19
DOLOR SEVERO	16	17.98	7	13.73	15	22.06	38	18.27
INFLAMACIONES	18	20.22	7	13.73	9	13.24	34	16.35
SANGRADO DE HOP	20	22.47	3	5.88	14	20.59	37	17.79
NO CONOCE	15	16.85	25	49.02	17	25.00	57	27.40
Total	89	100.00	51	100.00	68	100.00	208	100.00

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 30. Signos de alarma posterior a la esterilización femenina



Fuente: Datos obtenidos de tabla 33

Análisis: Las mujeres identifican los signos y alarmas posterior a la esterilización femenina, la fiebre con un 20.19%, el dolor severo con un 18.27% y el sangrado con un 17.79% y un 27.40% dice no conocer signos de alarma posterior a la esterilización femenina.

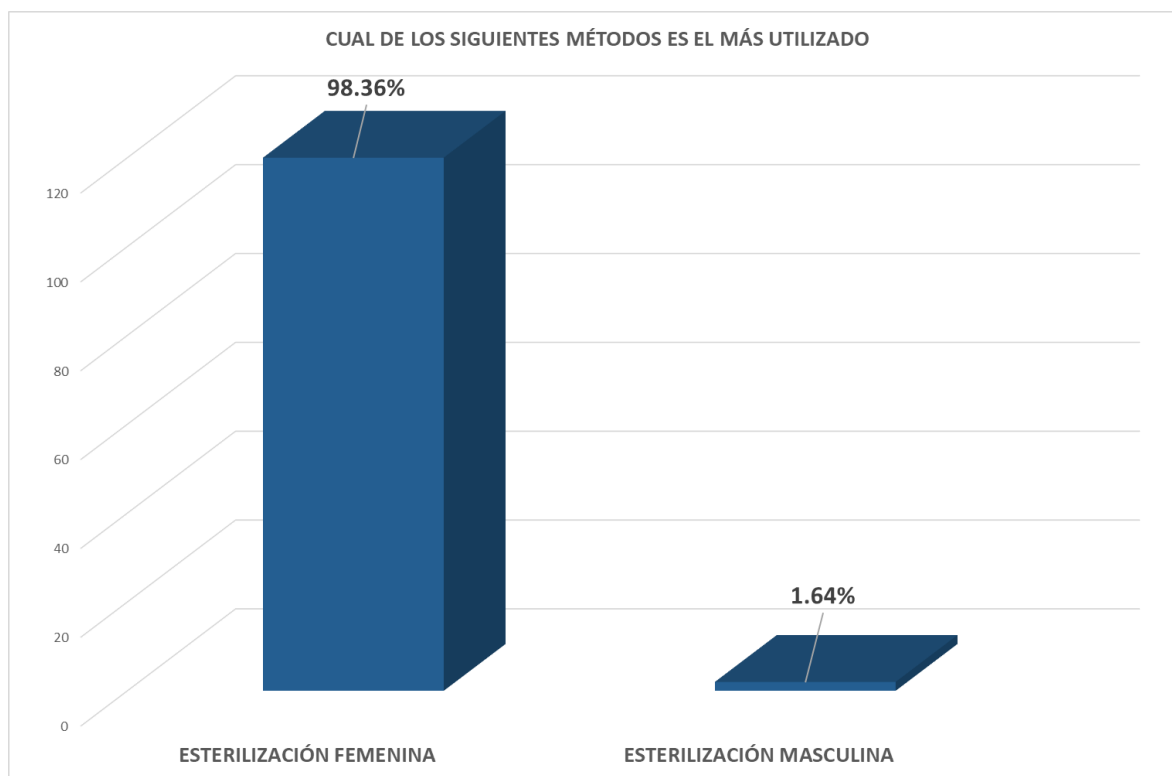
Interpretación: en el gráfico 30 podemos observar que las usuarias en su mayoría no conocen signos de alarma posterior a la esterilización femenina y en una cantidad similar conocen la fiebre, dolor severo y sangrado de HOP como signos de alarma.

Tabla 34. Cuál de los siguientes métodos es el más utilizado

CUAL DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS ES EL MÁS UTILIZADO	ARAMBALA		SAN FRANCISCO JAVIER		CORINTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
ESTERILIZACIÓN FEMENINA	39	31.97	40	32.79	41	33.61	120	98.36
ESTERILIZACIÓN MASCULINA	1	0.82	0	0.00	1	0.82	2	1.64
Total	40	32.79	40	32.79	42	34.43		100

Fuente: Encuesta de Estudio

Gráfico 31. Cuál de los siguientes métodos es el más utilizado



Fuente: Datos obtenidos de tabla 34

Análisis: Las mujeres encuestadas casi en su totalidad y con una frecuencia de 120 correspondiente al 98.36 por ciento que el método más utilizado es la esterilización femenina, un 1.64 expresó que es frecuente la esterilización masculina.

Interpretación: El gráfico 31 nos muestra cómo en nuestra cultura el método anticonceptivo permanente más utilizado es la esterilización femenina y en un

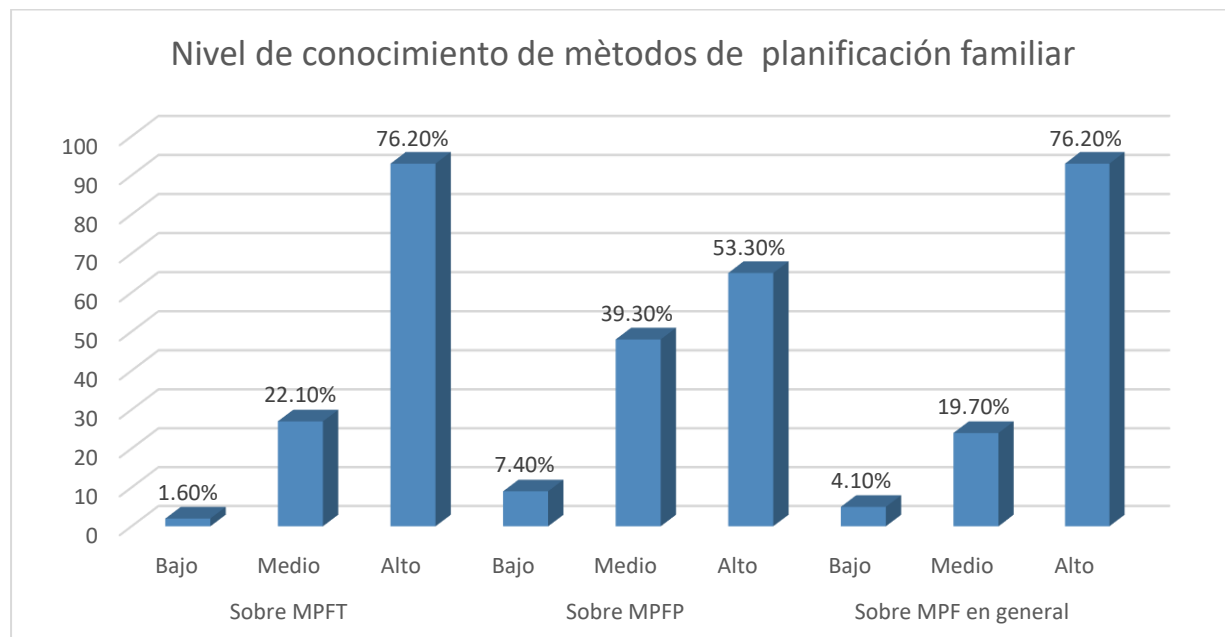
porcentaje mínimo consideran que la esterilización masculina es el método anticonceptivo permanente más utilizado.

Tabla 35. Nivel de conocimiento de métodos de planificación familiar

Conocimiento	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Sobre MPFT	Bajo	2	1.6
	Medio	27	22.1
	Alto	93	76.2
	Total	122	100.0
Sobre MPFP	Bajo	9	7.4
	Medio	48	39.3
	Alto	65	53.3
	Total	122	100.0
Sobre MPF en general	Bajo	5	4.1
	Medio	24	19.7
	Alto	93	76.2
	Total	122	100.0

Fuente: Cuestionario de propio de esta investigación

Gráfico 32. Nivel de conocimiento de métodos de planificación familiar



Fuente: Datos proporcionados por tabla 36.

5.1 Comprobación de hipótesis de trabajo

En este caso se realiza la prueba de hipótesis mediante proporciones con aproximación a la distribución normal, dado que para determinar el conocimiento sobre métodos de planificación familiar que tienen las usuarias en edad reproductiva en el primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño se hizo mediante medición de frecuencias. Además el tamaño de muestra n es mayor que 30, en este caso $n = 122$, y el valor $np = 122(0.959) = 117.0$ y que $np(1-p) = 122(0.959)(1-0.959) = 4.8 \approx 5$ se tiene que ambos casos son mayores o iguales a 5 unidades. Y dado que el muestreo es aleatorio se realiza la prueba de hipótesis a una confianza del 94%, la cual su resultado es válido en poblaciones similares.

Para ello, se realizan los siguientes pasos:

Paso 1. ESTABLECIMIENTO DE HIPÓTESIS.

Según el enunciado de las hipótesis su planteamiento queda así (donde P es la frecuencia o *proporción de usuarias en edad reproductiva en el primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño que poseen conocimientos* conocimiento Medio-Alto sobre métodos de planificación familiar, que formaron parte del estudio):

H_1 : $P > 50\%$.

H_0 : $P \leq 50\%$.

Paso 2. NIVEL DE CONFIANZA.

Para la prueba el nivel de confianza que se utilizó es del 94% lo cual genera un valor estándar (crítico) o de decisión de 1.56 dado que hipótesis de trabajo es unilateral derecha. Este valor es encontrado en la tabla de distribución normal, este es llamado valor Z de tabla, Z_t (ver tabla anexa 4).

Paso 3. CALCULO DEL VALOR DE Z.

Para calcular el valor de Z (Z_c) se hace el uso de la siguiente ecuación:

$$Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} \text{ Donde } \sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$$

$$\text{Con } P = 0.50, n = 122 \text{ y } \hat{p} = \frac{24+93}{122} = \frac{117}{122} = 0.959$$

$$\text{entonces } \sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{0.50(1-0.50)}{122}} = \sqrt{\frac{0.25}{122}} = \sqrt{0.00205} = 0.0453$$

$$\text{Por lo que, } Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} = \frac{0.959-0.50}{0.0453} = \frac{0.459}{0.0453} = 10.93 . \text{ Así: } Z_c = 10.93$$

Paso 4. REGLAS DE DECISIÓN.

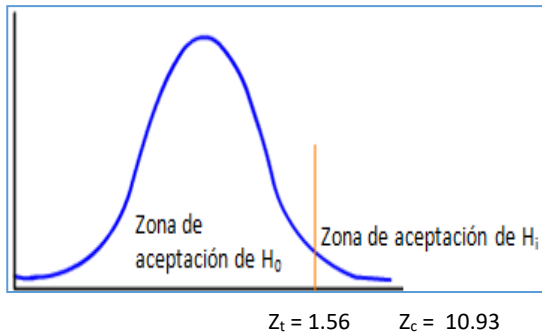
Si Z_c es mayor que Z_t , entonces se acepta H_i

Si Z_c es menor que Z_t , entonces se acepta H_0

Paso 5. DECISIÓN ESTADÍSTICA.

Dado que el valor Z calculado con los datos muestrales es de 10.93 el cual es mayor al valor Z de tabla que es 1.56, entonces se acepta la hipótesis de trabajo, cual dice de la siguiente manera: **H_i**: Las usuarias en edad reproductiva en el primer nivel de atención del Sistema de

Salud salvadoreño, tienen conocimiento Medio-Alto y sobre los métodos de planificación familiar temporales y permanentes.



la

Conclusión general de la prueba de hipótesis:

A partir de la información obtenida y organizada tanto en la parte de procesamiento descriptivo como de la prueba de hipótesis sobre el conocimiento sobre métodos de planificación familiar que tienen las usuarias en edad reproductiva en el primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño, se puede decir que es un porcentaje alto.

6 DISCUSIÓN

Después de finalizados los apartados anteriores, integramos los elementos pertinentes entre los antecedentes, el marco teórico y los resultados de este estudio sobre el conocimiento de las mujeres entrevistadas entre las edades de 15 a 49 años de los municipios seleccionados, Arambala en el departamento de Morazán, Corinto en el departamento de Morazán y San Francisco Javier en Usulután para el desarrollo de la investigación en relación al objetivo general de la investigación: Determinar el conocimiento sobre los métodos de planificación familiar que tienen las usuarias en edad reproductiva en el primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño. Lo cual está vinculado a los siguientes objetivos específicos: caracterización demográfica de la muestra en estudio, historia de la vida reproductiva, y conocimiento de métodos de planificación temporales y métodos de planificación permanentes.

Para describir la caracterización de la muestra en estudio, se retoman elementos de las tres unidades de salud con lo que se da cumplimiento al objetivo específico número uno, que es caracterizar socio demográficamente las mujeres en edad reproductiva del primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño. Teniendo los datos siguientes:

Edades prevalentes 15-35 años con un 71.32%. Dentro del estado familiar tenemos un 36.89% de usuarias solteras, y un total de acompañadas y casadas del 59.84%. Procedencia rural prevalentemente con el 52.46% se encontró que la mayor parte de usuarias tienen un nivel educativo entre primaria y secundaria en un 70.5%, en menor frecuencia encontramos el nivel universitario con el 24.59% y ningún nivel educativo en

un 4.92%. Dentro de las usuarias encuestadas el 56.56% se dedican a ser amas de casa, el 31.97% son empleadas y el 11.48% son estudiantes. Además, se tiene la clasificación de la variable religión en la cual se tiene una prevalencia de la religión católica con el 56.56% y el credo evangélico el 27.87%. Siendo los grupos religiosos sobresalientes.

Estos datos se pueden comparar con el estudio realizado en Lima Perú 2015, sobre El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre 2014. En el Perú, el comportamiento sexual y la edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes, así como la incidencia del embarazo, varían según la identidad étnica, región de procedencia, nivel educativo y estrato socioeconómico al que pertenecen. En el cual se logra concluir que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional Nicolás La Torre de Chiclayo es relativamente alto (58,4%). Los factores sociodemográficos en estudiantes adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional Nicolás La Torre que se relacionan con el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, son: la edad interviene en el nivel de conocimiento sobre anticonceptivos, la religión incide en el conocimiento de los métodos anticonceptivos, el tipo de familia influye en el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. (12)

Otro estudio comparativo es el realizado en El Salvador en 2016, se estudia el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la prevención del embarazo en los adolescentes que consultan en Las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Agua Blanca, Morazán; Jucuapa, Usulután y San Alejo, La Unión. Estableciendo que la prevención del embarazo en la adolescencia ha sido una preocupación de nuestro sistema nacional de salud que ha realizado numerosos esfuerzos para lograr disminuir el número de adolescentes que están dando a luz a edades muy tempranas, con las consiguientes consecuencias que implica un embarazo en la adolescencia. De tal manera que este estudio concluye que más del 60% de la población adolescente tiene el conocimiento necesario sobre los métodos anticonceptivos, la edad y el nivel de

escolaridad están directamente relacionadas con la calidad y el nivel de conocimiento, siendo la escuela la principal fuente de información en un 47.4%, aunque la población del área rural tiene menor educación, en comparación al área urbana, Más del 60% tiene una vida sexual activa, del total de adolescentes solo el 30.1% ha usado métodos de planificación familiar; el método más utilizado es el preservativo masculino en un 86.6%, seguido de los métodos inyectables con un 11.8% entre los adolescentes que han utilizado algún método anticonceptivo. (13)

En El Salvador en 2018, se publica estudio acerca de factores que inciden en la desaprobación o abandono del uso de métodos de planificación familiar en las adolescentes entre 13 a 17 años en Ciudad Mujer, Usulután, y UCSFI Conchagua, La Unión. Donde se destacaron tres factores como el Factor Sociodemográfico, cultural y económico. En cuanto al factor sociodemográfico, el 82% de las encuestadas residen en el área Rural, de ellas, el 41% son Amas de casas que se encuentran en Unión estable que cuentan con algún grado de educación académica. En el Factor económico, existe un pequeño porcentaje de 5% en el estudio que no posee recursos económicos para trasladarse desde su residencia hasta la unidad de Salud. Siendo este el Factor con menor incidencia en el abandono de Métodos de planificación familiar. (14)

También en el 2020 en Chile la Revista chilena de obstetricia y ginecología publica el artículo de investigación Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural en el que concluyen: es necesaria mayor información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos en la escuela y en la familia a nivel rural antes del inicio de la vida sexual, para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados. (15)

En el segundo apartado Historia de la vida reproductiva y su relación con su pareja que corresponden al objetivo específico dos que consiste en indagar la historia de la vida reproductiva de las mujeres. Y tenemos que:

Dentro de las preguntas realizadas en este apartado tenemos la influencia por parte de la pareja de la usuaria con respecto al método de planificación familiar utilizado, teniendo como resultado que en su mayoría con un 56.56% manifestó que no, un

43.44% respondieron que sí. Se investigó si habían tenido relaciones sexuales, un 86.89 % expreso que sí y un 13.11% opino que no. También se investigó a qué edad inicio sus relaciones sexuales el 76.23 % opino que, a partir de los 16 años en adelante un 13.93% con menos de 15 años y un 9.84% manifestó que no había iniciado. Con respecto a la edad de la menarquia, el 50.82% de las mujeres entrevistadas respondió entre los 13 y 14 años, el 39.34% respondió que su menarquia fue entre los 10- 12 años, y el 9.84% de 15 o más años. En relación al número de hijos, el 62.30% de las mujeres entrevistadas indicó tener entre 1 a 3 hijos, el 9.02% tiene entre 4 y 7 hijos y un 28.69 % expresó que no tener hijos.

En El Salvador en 2017, se realiza estudio sobre el conocimiento que tienen las mujeres posparto sobre la elección de un método de planificación familiar durante el puerperio usuarias de las Unidades Comunitarias De Salud Familiar Básica Las Charcas San Buenaventura e Intermedias Santa Rosa De Lima y “Enfermera Zoila Esperanza Turcios De Jiménez”, La Unión. La planificación familiar contribuye en medida sustancial a la salud maternoinfantil. Esto implica que muchos de los recursos humanos deban ser destinados a la solución de problemas previsibles en detrimento de las acciones programadas de salud que constituyen el objetivo esencial en cuanto a la calidad de vida y acceso a la salud orientado a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil. En base a la investigación se presentan elementos claves del conocimiento que poseen las puérperas sobre los métodos de planificación en la etapa del puerperio, la mayoría de mujeres en esta etapa no utilizan ningún método de planificación familiar. Pocas puérperas poseen conocimiento aceptable acerca de la diversidad de métodos, en relación a su conocimiento una minoría elige con seguridad y confianza el método de planificación familiar a utilizar, aunado al conocimiento deficiente de sus parejas. (16)

En el 2019, en El Salvador se realizó la investigación conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la prevención de embarazos en adolescentes participantes del programa educativo en Concepción Quezaltepeque, Chalatenango en el cual se concluye: Con la ejecución del programa educativo sobre prevención de embarazos en la adolescencia, de acuerdo a los resultados obtenidos el 49% de los participantes

poseen conocimientos, actitudes y prácticas favorables, por lo cual tomarán decisiones responsables y probablemente no se embaracen en edades temprana. El 50% de los adolescentes han adquirido actitudes favorables de prevención de embarazos en la adolescencia. (17)

El objetivo específico tres consiste en describir el nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar temporales y permanentes que tienen las usuarias en edad reproductiva de primer nivel del sistema de salud salvadoreño. Para lo cual tenemos lo siguiente:

Para poder describir el conocimiento de las usuarias, se realiza una escala de conocimiento la cual fue evaluada según el número de ítem respondidos por las usuarias encuestadas, que se divide en métodos de planificación familiar temporales y métodos de planificación familiar permanentes, en donde encontramos que el 76.2% de las usuarias tienen un conocimiento alto sobre métodos de planificación familiar temporales, y el 53.3% tienen un conocimiento alto sobre métodos de planificación familiar permanentes.

En el año 2018 en Perú la Universidad Nort Weiner se realiza la investigación nivel de conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de educación secundaria en tres colegios de lima como resultado concluye: Antes de la intervención educativa el 53,1% de los estudiantes de nivel secundaria de las instituciones educativas “Gracias Jesús”, “Las Américas” y “Naciones Unidas” presentaron un bajo nivel de conocimientos y un 1,9% demostraron un alto conocimiento en el uso de los métodos anticonceptivos. (18)

En El Salvador en el año 2020 se realiza el estudio evaluación del nivel de conocimiento de mujeres en edad fértil de 18 a 25 años sobre métodos de planificación familiar de marzo a agosto de 2020 en Unidad de Salud Especializada de Chalchuapa que muestra los siguientes resultados: Al momento de cuantificar el conocimiento de las usuarias de los métodos de planificación familiar existentes en la unidad de salud especializada de Chalchuapa, la mayoría de usuarias conocen sobre los métodos existentes en el establecimiento de salud, probablemente debido a que la mayoría de

usuarias refieren que la unidad de salud cuenta con afiches con información sobre los métodos de planificación además que ha recibido charlas informativas por parte del personal de salud. La mayoría de usuarias si tienen conocimiento sobre mecanismo de acción, efectos adversos, duración y eficacia de los métodos de planificación existentes en unidad de salud especializada de Chalchuapa, debido a que el personal que brinda planificación si les explica lo antes mencionado, además de charlas, consejería e información visual. (19)

7 CONCLUSIONES

Las conclusiones del equipo investigador han considerado el logro de los objetivos propuestos en dicha investigación así que se tiene lo siguiente:

1. La caracterización de mujeres en estudio predominó en las edades de 15 a 35 años, procedentes en su mayoría del área rural de los municipios de Arambala, Corinto y San Francisco Javier, mayormente de estado familiar casadas o acompañadas, con un nivel educativo predominante entre primaria y secundaria con ocupación más frecuente ama de casa y pertenecientes a algún grupo religioso.
2. La historia de la vida reproductiva de las usuarias en estudio se encontró que el 75.41% tienen pareja actualmente, el 56.56% de las encuestadas su pareja no influye en la decisión de usar métodos anticonceptivos, el 86% de las encuestadas al momento son sexualmente activas e iniciaron su vida sexual a partir de los 16 años o más en un 76.23%, el 77.05% de las encuestadas ha tenido embarazos previos, en su mayoría planificados a un 1 - 3 hijos, un 91.80% no ha tenido abortos.
3. Se estableció que conocimiento de las usuarias sobre métodos de planificación temporales es de nivel medio - alto es decir un 98.3% de las usuarias tienen conocimiento en parámetros como definición, tipos de métodos, forma de uso, duración, efectos adversos, signos y síntomas de alarma y contraindicaciones para su uso.
4. En el conocimiento de las pacientes sobre métodos de planificación familiar permanentes se concluye que las usuarias en edad fértil de las unidades de salud de Arambala, Corinto y San Francisco Javier tienen conocimiento medio - alto el 92.6% de

las usuarias tiene conocimiento en parámetros como como definición, tipos de métodos, forma de uso, duración, efectos adversos, signos y síntomas de alarma y contraindicaciones para su uso.

8 RECOMENDACIONES

- Incrementar el acceso a la educación sexual y reproductiva en adolescentes para evitar embarazos no deseados o a temprana edad, y de esta manera disminuir la morbimortalidad maternoinfantil.
- Brindar a las usuarias y sus parejas charlas educativas sobre métodos de planificación familiar para brindarles la posibilidad de tener hijos de forma planificada.
- Proporcionar consejería sobre métodos de planificación familiar a las usuarias en edad fértil, esto con el objetivo de aumentar el conocimiento acerca de este tema de forma integral.
- Incrementar la disponibilidad de métodos anticonceptivos, particularmente en las áreas de difícil acceso, y junto con esto la implementación de talleres educativos sobre métodos de planificación familiar.
- Fortalecer el conocimiento sobre métodos de planificación familiar en aquellas áreas y rangos de edades en las cuales se identificó un menor grado de conocimiento sobre el tema.
- El Ministerio de Salud debe de coordinar estrategias para fortalecer la salud sexual y reproductiva a todas las mujeres y hombres, de manera que todos tengan la oportunidad de tener una adecuada información sobre métodos de planificación familiar y así poder decidir sobre su vida a futuro.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción. 2016. Lineamiento Ministerio de Salud.
2. Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud e Indicadores Múltiples por conglomerados. Encuesta. San Salvador: Instituto Nacional de Salud , San Salvador ; 2014.
3. Instituto Nacional de Salud. Factores relacionados al uso de anticoncepción para la prevención de embarazos durante la adolescencia en las UCSF y centros escolares públicos San Salvador 2017. San Salvador : Instituto Nacional de Salud , San Salvador ; 2017. Report No.: PRV1116.
4. Diario oficial de la Republica de El Salvador en la América Central. Política de la salud sexual y reproductiva. Diario Oficial. 2012 Agosto: p. 15.
5. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2020 [cited 2022 Mayo 21. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
6. Berek S. Ginecología de Novak. 14th ed. MD JSB, editor. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
7. Soriano Fernández H, Rodenas García , Moreno Escribano D. Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos. Nuevas recomendaciones. Revista clínica de medicina de familia. 2010 Octubre ; 3(3).
8. OMS, USAID. Planificación familiar, Manual mundial para proveedores. 2011..
9. Bombí. MAPFRE Salud. [Online].; 2016 [cited 2022 Mayo 21. Available from: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/planificacion-familiar/metodos-naturales/>.

10. Haghenbeck Altamirano J, Ayala Yáñez R, Herrera Meillón H. Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad. *Ginecol Obstet Mex.* 2012 Abril; 80(4).
11. Ramirez V. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *An Fac Med.* 2009; 70(3).
12. Díaz Delgado E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás de la Torre. Tesis doctoral. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de medicina humana; 2014.
13. Martínez Mendez CDJ, Medina Velázquez Y, Villalta Blanco IJ. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la prevención de los embarazos en los adolescentes que consultan en las unidades de salud comunitarias de salud familiar Agua Blanca Morazán, Jucuapa Usulután, San Alejo La Unión. Tesis doctoral. San Miguel : Universidad de El Salvador , Departamento de Medicina ; 2016.
14. Vásquez Delgado , Velásquez Callejas M, Villatoro Umazor SE. Factores que inciden en la desaprobación o abandono de uso de métodos de planificación familiar en las adolescentes entre 13 a 17 años en Ciudad Mujer Usulután, UCSFI Conchagua La Unión en el periodo de Marzo a Mayo 2018. Tesis doctoral. San Salvador : Universidad de El Salvador , Departamento de medicina ; 2018.
15. Pérez Blanco A, Sánchez Valdivieso. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos y salud reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. *Revista chilena de ginecología y obstetricia.* 2020 Octubre; 85(5).
16. Calderón Ventura L, García Segovia A, Zelaya Arániva S. Conocimiento que tienen las mujeres posparto sobre la elección de un método de planificación familiar durante el puerperio, usuarias de las unidades de salud básica Las Charcas de San Buenaventura, e intermedias Santa Rosa de Lima y La Unión.. Tesis doctoral. San Miguel : Universidad de El Salvador , Departamento de Medicina ; 2017.

17. Soriano Melgar A. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la prevención de embarazos en adolescentes participantes del programa educativo en Concepción Quezaltepeque Chalatenango Febrero a Septiembre 2019. Tesis post grado. San Salvador : Universidad de El Salvador , Facultad de medicina ; 2019.
18. Huapaya Coronación , Rodriguez Paulino FG. Nivel de conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de educación secundaria en tres colegios de Lima en el periodo de octubre a diciembre. Tesis de grado. Lima : Universidad Norbert Wiener , Facultad de farmacia y bioquímica ; 2018.
19. Baños Lemus A, Morán García E, Montano Lemus W. Evaluación del nivel de conocimiento de mujeres en edad fértil de 18 a 25 años sobre métodos de planificación familiar de Marzo a Agosto 2020 en Unidad de Salud Especializada de Chalchuapa. Tesis doctoral. Santa Ana: Universidad de El Salvador , Departamento de Medcina ; 2020.

ANEXOS

Anexo 1. GLOSARIO

- **Abstinencia:** Privación voluntaria de las relaciones sexuales.
- **Afección tromboembólica:** Enfermedad producida por el bloqueo de un vaso sanguíneo con un trombo que se ha desprendido de su lugar de formación.
- **Amenorrea:** Ausencia de menstruación por un período mayor al normal del ciclo menstrual.
- **Amenorrea por lactancia:** Es la ausencia de la menstruación en el período postparto mientras la mujer está lactando.
- **Angina de pecho:** Síndrome caracterizado por dolor precordial.
- **Consentimiento voluntario informado:** Es la decisión voluntaria del aceptante para que le realice un procedimiento anticonceptivo. Con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.
- **Consejería:** Proceso educativo que ayuda a garantizar que las personas, tomen decisiones libres e informados acerca de su vida reproductiva.
- **Dismenorrea:** Dolor pélvico durante la menstruación.
- **Ectropión cervical:** Eversión de la superficie mucosa endocervical uterina.
- **Edad fértil o reproductiva:** Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.
- **Efectividad anticonceptiva:** Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar el embarazo durante un año de uso.
- **Efectos secundarios posibles:** Signos y síntomas contrarios a los normales que se presentan por corto o largo tiempo, durante la utilización de algún fármaco.
- **Embarazo ectópico:** Embarazo fuera del útero.
- **Endometriosis:** Proliferación ectópica de tejido endometrial.
- **Enfermedad pélvica inflamatoria:** Inflamación del tracto genital superior que incluye 2 ó más de las siguientes afecciones: Cervicitis, Endometritis, salpingitis, pelviperitonitis, absceso tubo ovárico.

- **Espacio intergenésico:** Periodo que habrá entre el último nacimiento (u otro evento obstétrico) y el inicio del siguiente embarazo. Se recomienda un intervalo no menor de tres años para la salud y supervivencia de madre e hijo o hija.
- **Infección de Transmisión Sexual (ITS):** Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.
- **Eyaculación:** Expulsión de semen durante el acto sexual.
- **Factor de riesgo:** Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de probabilidad de la ocurrencia de un daño.
- **Hormonas:** Sustancia química secretada por una glándula endocrina que, transportada por el plasma sanguíneo ejerce una acción específica sobre las funciones de otro órgano.
- **Ictericia:** Pigmentación de la piel de color amarillo debido al incremento en las cifras de bilirrubina circulantes.
- **Lactancia materna exclusiva:** Alimentación del recién nacido con leche materna, sin adición de otros líquidos, o alimentos evitando el uso de chupones o biberones.
- **Mecanismo de acción:** Forma principal de actuar de los medicamentos o métodos de planificación familiar.
- **Menarquia:** Primera menstruación.
- **Método permanente:** Método de planificación familiar que limita la fecundidad en forma definitiva.
- **Método temporal:** Método de planificación familiar que limita la fecundidad por un tiempo determinado.
- **Migraña:** Síndrome caracterizado por cefalea periódica generalmente de un lado que puede ser acompañado por náuseas, vómitos, y diversos trastornos sensoriales.
- **Neoplasia:** Formación en algunas partes del cuerpo de un tejido cuyos elementos sustituyen a los tejidos normales, generalmente maligno.
- **Neuropatía:** Cualquier enfermedad de la fibra nerviosa, especialmente una enfermedad degenerativa de uno o de varios nervios.

- **Nuligestas:** Aquellas mujeres que aún no han tenido un embarazo.
- **Nulípara:** Aquellas mujeres que aún no han parido o ha dado a luz un feto.
- **Post-cesárea:** Período posterior a la realización de una cesárea.
- **Puerperio:** Proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y los anexos del embarazo que finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de 6 semanas ó 42 días y comprende tres períodos:
 - Inmediato, las primeras 24 horas
 - Mediato, del segundo al séptimo día
 - Tardío, desde el octavo hasta 42 días postparto
- **Relación sexual:** Para los fines de esta norma se considera relación sexual únicamente al coito vaginal (penetración pene-vagina).
- **Retorno a la fertilidad:** Tiempo que demora en volver la fertilidad.
- **Riesgo reproductivo:** Probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.
- **Salud Reproductiva:** Es el estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades durante el proceso de reproducción

Anexo 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma de Actividades a desarrollar en la modalidad Trabajo de investigación Ciclo I y II Año 2022																																																
Carrera de Doctorado en Medicina																																																
Meses	Marzo/2022				Abril/2022				Mayo/2022				Junio/2022				Julio/2022				Agost/2022				Sep/2022				Oct/2022				Nov/2022				Dic/2022											
Semanas	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 metodológicas																																																
2. Elaboración del perfil de investigación																																																
3. Presentación del perfil de investigación a la Subcomisión	Del 7 al 11 de marzo/2022																																															
4. Elaboración del Protocolo de Investigación																																																
5. Presentación del Protocolo de Investigación																																																
6. Desarrollo o ejecución de la Investigación (recolección de la información, procesamiento de los datos y análisis e interpretación de los resultados)																																																
7. Redacción del Informe Final																																																
8. Entrega del Informe Final																																																
9. Exposición oral y Defensa pública del informe final de la investigación																																																

Anexo 3. PRESUPUESTO

Material requerido	Precio unitario	Precio total
Resma de Papel Bond tamaño carta	\$7.00	\$ 21.00
Tinta negra para Canon	\$12.00	\$24.00
Tinta colores para Canon	\$15.00	\$45.00
1 caja de lapiceros	\$4.00	\$4.00
1,500 fotocopias	\$0.3	\$45,00
3 empastados	\$15.00	\$45.00
Transporte y movilización	\$100.00	\$300.00
Alimentación para reuniones de trabajo	\$50.00	\$150.00
Gastos imprevistos	\$200.00	\$600.00
Gastos de defensa	\$200.00	\$600.00
Computadoras	\$350.00	\$1050.00
Internet	\$15.00	\$180.00
Total	\$968.03	\$3064.00

La investigación es financiada por el grupo investigador

Anexo 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Consentimiento Informado

Morazán, Septiembre 1 de 2022

Sra. Srita:

Saludos cordiales

La legislación vigente salvadoreña establece que la participación de toda persona en un proyecto de investigación y/o experimentación requerirá de una previa y suficiente información sobre el mismo y la prestación del correspondiente consentimiento. Se establece igualmente que cuando la persona sea menor de edad la autorización será aprobada por los padres o quien ejerza la patria potestad.

Con base a lo anterior yo Sonia Maricela Cruz de Cáceres, Jackeline Guadalupe Hernández Benavides y Gilma Esperanza Hernández Hernández, estudiantes del último año de medicina de la Universidad Nacional de El Salvador. (UES), agradecemos su colaboración para la aplicación de nuestro instrumento basado en: **características sociodemográficas, historia de la vida reproductiva, métodos de planificación familiar temporales y métodos de planificación familiar permanentes** en usuarias en edad reproductiva de 15 a 49 años en el primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño del municipio de corinto, departamento de Morazán, durante el año 2022.

De la misma manera reiteramos el compromiso de conservar los principios éticos de privacidad y confiabilidad con relación a la información proporcionada los cuales serán respetados.

Comprendemos que la participación es voluntaria y si no está de acuerdo en contestarlo respetamos su opinión y se puede retirar.

Por lo cual habiendo comprendido todo, estoy de acuerdo en **presentar mi consentimiento** informado para la participación en este proyecto de investigación al que esta carta hace referencia.

ACEPTO

FIRMA

Anexo 5. CUESTIONARIO



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

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

OBJETIVO: Recopilar información sobre el conocimiento de métodos de planificación familiar que tienen las usuarias en edad reproductiva en el primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente y con calma cada una de las interrogantes propuestas en el siguiente cuestionario, tomando entre cada una de ellas el tiempo que estime apropiado, se presentarán preguntas cerradas por lo cual no se permite agregar información adicional a la solicitada.

N°. de cuestionario_____

Unidad de salud_____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad_____ años cumplidos

2. Estado familiar:

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Viuda
- d. Divorciada
- e. Acompañada

3. Procedencia: Urbano Rural

4. ¿Sabe leer y escribir? Sí No

5. ¿Cuál es su nivel educativo?

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Universidad
- d. Ninguno

6. ¿Cuál es su ocupación? _____

7. ¿Se identifica con algún grupo religioso?

- a. Católico
- b. Evangélico
- c. Otro grupo religioso
- d. Ninguno

II. HISTORIA DE LA VIDA REPRODUCTIVA

8. ¿Tiene actualmente pareja, novio, esposo o compañero de vida?

a. Si

b. No

9. ¿Su pareja influye en la decisión del tipo de métodos anticonceptivos que usa?

a. Si

b. No

10. ¿Ha tenido relaciones sexuales?

a. Si

b. No

11. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

a. 15 años o menos.

b. 16 años a más.

c. Aún no lo inicio

12. Edad de la menarquia (primera menstruación)

a. 10 - 12 años

b. 13 -14 años

c. 15 o más años

13. ¿A qué edad tuvo su primer embarazo?

a. 10 -15 años

b. 16 – 20 años

c. 21 – 25 años

d. 26 o más años

e. Aún no ha estado embarazada

14. ¿Cuántos hijos tiene?

15. ¿Ha tenido abortos?

a. Sí

b. No

16. Si su respuesta es sí, podría decirme el número de abortos

III. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR TEMPORALES

17. ¿Sabe cuáles son los métodos anticonceptivos temporales?

a. Sí

b. No

18. ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos temporales conoce?

a. Anticonceptivos orales

b. Anticonceptivos inyectables

c. Parches

d. Anillo vaginal

e. DIU

f. Condón

g. Diafragma

h. MELA (Método lactancia amenorrea)

i. Coito interrumpido

j. Método del calendario

19. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que ha utilizado?

- a. Anticonceptivos orales
- b. Anticonceptivos inyectables
- c. Parches
- d. Anillo vaginal
- e. DIU
- f. Condón
- g. Diafragma
- h. MELA (Método lactancia amenorrea)
- i. Coito interrumpido
- j. Método del calendario
- k. Ninguno

20. ¿Sabe la forma de administración de los métodos anticonceptivos temporales?

- a. Orales
- b. Inyectables
- c. Subdérmicos
- d. Métodos de barrera

21. ¿Sabe cuál es la duración del efecto de los métodos anticonceptivos temporales?

- a. Si
- b. No

22. Seleccione los efectos secundarios que usted conoce sobre los anticonceptivos temporales

- a. Sangrado menstrual anormal
- b. Aumento de peso corporal
- c. Dolor de cabeza intenso
- d. Acné
- e. Cambios de humor
- f. Náuseas

- g. Mareo
- h. Sensibilidad mamaria
- i. No conoce efecto secundario

23. ¿Cuál de los siguientes signos y síntomas de alarma provocados por métodos de planificación familiar conoce?

- a. Dolor pélvico severo
- b. Secreción vaginal purulenta
- c. Hemorragia vaginal
- d. No conoce ningún signo o síntoma de alarma

24. ¿Cuál de las siguientes contraindicaciones para el uso de métodos anticonceptivos combinados temporales conoce?

- a. Lactancia materna
- b. Hipertensión arterial
- c. Cirugía mayor
- d. Migraña
- e. Cáncer de mama actual
- f. Hepatitis
- g. No conoce contraindicación

IV. METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR PERMANENTES

25. ¿Sabe cuáles son los métodos anticonceptivos permanentes?

- a. Si
- b. No

26. ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos permanentes conoce?

- a. Esterilización quirúrgica femenina
- b. Esterilización quirúrgica masculina (Vasectomía)
- c. No conoce

27. ¿Sabe en qué momento puede realizar la esterilización femenina?

- a. Posparto inmediato
- b. Posparto posterior de un mes
- c. No sabe

28. ¿Sabe la duración del efecto anticonceptivo permanente?

- a. Si
- b. No

29. ¿Cuáles de las siguientes posibles complicaciones al realizar la esterilización femenina conoce?

- a. Anestésicas
- b. Perforación de vísceras (Órganos)
- c. Hemorrágicas
- d. Infecciones
- e. No conoce

30. ¿Cuál de los siguientes signos de alarma presentados posterior a la realización de métodos anticonceptivos permanentes conoce?

- a. Fiebre
- b. Dolor severo
- c. Inflamación
- d. Sangrado de la herida operatoria
- e. No conoce

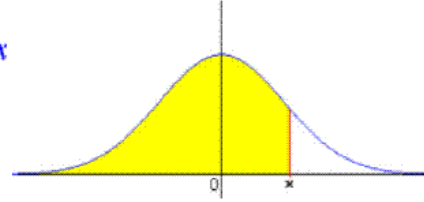
31. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos permanentes considera que es más utilizado?

- a. Esterilización femenina
- b. Esterilización masculina (Vasectomía)

Anexo 6. TABLA DE DISTRIBUCIÓN

TABLA DE DISTRIBUCIÓN NORMAL TIPIFICADA N(0,1)

$$F(x)=P(X \leq x) = \int_{-\infty}^x \frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{-\frac{x^2}{2}} dx$$



	.00	.01	.02	.03	.04	.05	.06	.07	.08	.09
0,0	0.5000	0.5040	0.5080	0.5120	0.5160	0.5199	0.5239	0.5279	0.5319	0.5359
0,1	0.5398	0.5438	0.5478	0.5517	0.5557	0.5596	0.5636	0.5675	0.5714	0.5753
0,2	0.5793	0.5832	0.5871	0.5910	0.5948	0.5987	0.6026	0.6064	0.6103	0.6141
0,3	0.6179	0.6217	0.6255	0.6293	0.6331	0.6368	0.6406	0.6443	0.6480	0.6517
0,4	0.6554	0.6591	0.6628	0.6664	0.6700	0.6736	0.6772	0.6808	0.6844	0.6879
0,5	0.6915	0.6950	0.6985	0.7019	0.7054	0.7088	0.7123	0.7157	0.7190	0.7224
0,6	0.7257	0.7291	0.7324	0.7357	0.7389	0.7422	0.7454	0.7486	0.7517	0.7549
0,7	0.7580	0.7611	0.7642	0.7673	0.7704	0.7734	0.7764	0.7794	0.7823	0.7852
0,8	0.7881	0.7910	0.7939	0.7967	0.7995	0.8023	0.8051	0.8079	0.8106	0.8133
0,9	0.8159	0.8186	0.8212	0.8238	0.8264	0.8289	0.8315	0.8340	0.8365	0.8389
1,0	0.8413	0.8438	0.8461	0.8485	0.8508	0.8531	0.8554	0.8577	0.8599	0.8621
1,1	0.8643	0.8665	0.8686	0.8708	0.8729	0.8749	0.8770	0.8790	0.8810	0.8830
1,2	0.8849	0.8869	0.8888	0.8907	0.8925	0.8944	0.8962	0.8980	0.8997	0.9015
1,3	0.9032	0.9049	0.9066	0.9082	0.9099	0.9115	0.9131	0.9147	0.9162	0.9177
1,4	0.9192	0.9207	0.9222	0.9236	0.9251	0.9265	0.9279	0.9292	0.9306	0.9319
1,5	0.9332	0.9345	0.9357	0.9370	0.9382	0.9394	0.9406	0.9418	0.9429	0.9441
1,6	0.9452	0.9463	0.9474	0.9484	0.9495	0.9505	0.9515	0.9525	0.9535	0.9545
1,7	0.9554	0.9564	0.9573	0.9582	0.9591	0.9599	0.9608	0.9616	0.9625	0.9633
1,8	0.9641	0.9649	0.9656	0.9664	0.9671	0.9678	0.9686	0.9693	0.9699	0.9706
1,9	0.9713	0.9719	0.9726	0.9732	0.9738	0.9744	0.9750	0.9756	0.9761	0.9767
2,0	0.9772	0.9778	0.9783	0.9788	0.9793	0.9798	0.9803	0.9808	0.9812	0.9817
2,1	0.9821	0.9826	0.9830	0.9834	0.9838	0.9842	0.9846	0.9850	0.9854	0.9857
2,2	0.9861	0.9864	0.9868	0.9871	0.9875	0.9878	0.9881	0.9884	0.9887	0.9890
2,3	0.9893	0.9896	0.9898	0.9901	0.9904	0.9906	0.9909	0.9911	0.9913	0.9916
2,4	0.9918	0.9920	0.9922	0.9925	0.9927	0.9929	0.9931	0.9932	0.9934	0.9936
2,5	0.9938	0.9940	0.9941	0.9943	0.9945	0.9946	0.9948	0.9949	0.9951	0.9952
2,6	0.9953	0.9955	0.9956	0.9957	0.9959	0.9960	0.9961	0.9962	0.9963	0.9964
2,7	0.9965	0.9966	0.9967	0.9968	0.9969	0.9970	0.9971	0.9972	0.9973	0.9974
2,8	0.9974	0.9975	0.9976	0.9977	0.9977	0.9978	0.9979	0.9979	0.9980	0.9981
2,9	0.9981	0.9982	0.9982	0.9983	0.9984	0.9984	0.9985	0.9985	0.9986	0.9986
3,0	0.9987	0.9987	0.9987	0.9988	0.9988	0.9989	0.9989	0.9989	0.9990	0.9990