

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



**TRABAJO DE GRADO:
FACTORES QUE DETERMINAN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS DE
PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS USUARIAS DE EDAD FÉRTIL QUE
CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR LA
CARRILLO SAN MIGUEL, TROMPINA EL BEJUCAL SOCIEDAD Y
ESPECIALIZADA LA PRESITA SAN MIGUEL. AÑO 2013.**

**PRESENTADO POR:
EDWARD DAVID ALVARENGA FUENTES
ROCÍO GABRIELA ARGUETA FUENTES
GUSTAVO VIDAL SALGUERO GUEVARA**

**PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR
DRA. ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO**

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, NOVIEMBRE 2013

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTOR ACADEMICO

(PENDIENTE DE ELECCIÓN)

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
DIRECTORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA FACULTAD
MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DEL DEPARTAMENTO**

**COMISIÓN COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN
COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE
GRADUACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME
MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA**

**DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO
MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA**

ASESORES

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO
DOCENTE ASESOR**

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN

DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME

**DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO
ASESORES DE METODOLOGÍA**

**LICENCIADO INMAR MOLINA
LICENCIADO JOAQUIN HERNÁNDEZ CASTRO
ASESORES DE ESTADÍSTICA**

JURADO CALIFICADOR

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO
DOCENTE ASESOR**

**LICENCIADA SONIA MARGARITA RAMOS
MIEMBRO DEL JURADO CALIFICADOR**

**DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME
MIEMBRO DEL JURADO CALIFICADOR**

Edward David Alvarenga Fuentes.
Rocío Gabriela Argueta Fuentes.
Gustavo Vidal Salguero Guevara.

Carnet N°:AF06005
Carnet N°:AF04013
Carnet N°:SG03009

**FACTORES QUE DETERMINAN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS DE
PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS USUARIAS DE EDAD FÉRTIL QUE
CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR LA
CARRILLO SAN MIGUEL, TROMPINA EL BEJUCAL SOCIEDAD Y
ESPECIALIZADA LA PRESITA SAN MIGUEL. AÑO 2013.**

Este trabajo de investigación fue **revisado, evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor (a) en Medicina por la Universidad de El Salvador.

Dra. Norma Oziris Sánchez de Jaime
Jurado calificador

Licda. Sonia Margarita Ramos
Jurado calificador

Dra. Ana Judith Guatemala de Castro
Docente asesor

Dra. Norma Oziris Sánchez de Jaime
Miembro de la Comisión Coordinadora

Dr. Henry Rivera Villatoro
Miembro de la Comisión Coordinadora

Dr. Amadeo Arturo Cabrera Guillén
Coordinador General de Procesos de Graduación de la Carrera de Medicina

Vo.Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay
Jefe Departamento de Medicina

Vo.Bo. Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo
**Directora General de Procesos
de Graduación de la Facultad
Multidisciplinaria Oriental**

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, NOVIEMBRE 2013

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por permitirnos y dar acompañamiento para recorrer el camino y alcanzar una de las metas propuestas.

A NUESTROS PADRES

Muchas gracias, por el apoyo incondicional, su amor y por habernos despertado el interés por el estudio.

A NUESTRA FAMILIA EN GENERAL

Por el apoyo y comprendernos a la vez en los momentos de ausencia.

A NUESTROS CATEDRÁTICOS

Por sus enseñanzas, sabiduría, apoyo y entrega en el largo camino de la Carrera de doctorado en medicina, que Dios le bendiga hoy y siempre.

Edward David Alvarenga Fuentes

Gustavo Vidal Salguero Guevara

Rocío Gabriela Argueta Fuentes

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁG.
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICAS	xii
LISTA DE FIGURAS.....	xiv
LISTA DE ANEXOS.....	xv
RESUMEN	xvi
1. INTRODUCCIÓN.....	17
1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO	17
1.2 ENUNCIADO DE PROBLEMA.....	19
1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	21
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
2. MARCO TEÓRICO.....	22
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS	36
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	39
5. RESULTADOS.....	46
6. DISCUSIÓN	108
7. CONCLUSIONES	113
8. RECOMENDACIONES.....	115
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118

LISTADO DE TABLAS	PÁG.
TABLA 1: Distribución de la población según establecimiento de salud.....	40
TABLA 2: Distribución de las muestras.....	42
TABLA 3: Población según procedencia.....	46
TABLA 4: Población según edad.....	47
TABLA 5: Estado Familiar de las mujeres en estudio.....	48
TABLA 6: Alfabeta.....	49
TABLA 7: Último grado estudiado.....	50
TABLA 8: Trabajo remunerado.....	52
TABLA 9: Ocupación.....	53
TABLA 10: Ingreso familiar mensual aproximado.....	54
TABLA 11: Número de hijos.....	56
TABLA 12: Grupo religioso.....	57
TABLA 13: Prohíbe su religión algún método de anticoncepción.....	58
TABLA 14: Ha escuchado algún mito sobre los métodos de planificación familiar.....	59
TABLA 15: Mitos sobre los métodos de planificación familiar.....	61
TABLA 16: Fuente de información.....	62
TABLA 17: Edad de inicio de relaciones sexuales.....	63
TABLA 18: Se protege usted al momento de tener relaciones sexuales para no quedar embarazada.....	65
TABLA 19: Sabe su pareja si usted está planificando.....	66
TABLA 20: Apoyo y el consentimiento de su pareja.....	67
TABLA 21: Frecuencia en que asiste con su pareja a los controles de planificación familiar.....	68
TABLA 22: Recibió información sobre los métodos de planificación familiar.....	70
TABLA 23: Fuente de Información.....	71
TABLA 24: Practica usted algún método de planificación familiar natural.....	73
TABLA 25: Métodos de planificación familiar que usa actualmente.....	74
TABLA 26: Decisión de qué método anticonceptivo usar.....	76
TABLA 27: Porque eligió ese método.....	77

TABLA 28: Le gustaría a usted que en la Unidad de Salud existieran otros métodos de planificación familiar.....	79
TABLA 29: Se siente segura con ese método.....	80
TABLA 30: Se operará para no tener más hijos.....	81
TABLA 31: Ha escuchado usted si algún anticonceptivo es dañino para la salud....	83
TABLA 32: Conocimiento sobre anticonceptivos orales.....	84
TABLA 33: Conocimiento sobre anticonceptivos inyectables.....	86
TABLA 34: Conocimiento sobre los condones.....	87
TABLA 35: Conocimiento sobre el DIU.....	89
TABLA 36: Conocimiento sobre el método del ritmo.....	90
TABLA 37: Conocimiento sobre la anticoncepción de la lactancia (MELA).....	92
TABLA 38: Frecuencia de los factores socioculturales tanto individualizados como relacionados entre sí; en referencia de la aceptación de los métodos de planificación familiar.....	94
TABLA 39: Edad y Métodos de Planificación.....	97
TABLA 40: Religión y Métodos de Planificación.....	99
TABLA 41: Escolaridad y Métodos de Planificación.....	101
TABLA 42: Estado Familiar y Métodos de Planificación.....	103
TABLA 43: Ingreso Promedio Mensual y Métodos de Planificación.....	105
TABLA 44: Paridad y Métodos de Planificación.....	107

LISTADO DE GRÁFICAS	PÁG.
GRÁFICA 1: Población según procedencia.....	47
GRÁFICA 2: Población según edad.....	48
GRÁFICA 3: Estado Familiar de las mujeres en estudio.....	49
GRÁFICA 4: Alfabeta.....	50
GRÁFICA 5: Último grado estudiado.....	52
GRÁFICA 6: Trabajo remunerado.....	53
GRÁFICA 7: Ocupación.....	54
GRÁFICA 8: Ingreso familiar mensual aproximado.....	55
GRÁFICA 9: Número de hijos.....	57
GRÁFICA 10: Grupo religioso.....	58
GRÁFICA 11: Prohíbe su religión algún método de anticoncepción.....	59
GRÁFICA 12: Ha escuchado algún mito sobre los métodos de planificación familiar.....	60
GRÁFICA 13: Mitos sobre los métodos de planificación familiar.....	62
GRÁFICA 14: Fuente de información.....	63
GRÁFICA 15: Edad de inicio de relaciones sexuales.....	64
GRÁFICA 16: Se protege usted al momento de tener relaciones sexuales para no quedar embarazada.....	66
GRÁFICA 17: Sabe su pareja si usted está planificando.....	67
GRÁFICA 18: Apoyo y el consentimiento de su pareja.....	68
GRÁFICA 19: Frecuencia en que asiste con su pareja a los controles de planificación familiar.....	69
GRÁFICA 20: Recibió información sobre los métodos de planificación familiar.....	71
GRÁFICA 21: Fuente de Información.....	72
GRÁFICA 22: Practica usted algún método de planificación familiar natural.....	74
GRÁFICA 23: Métodos de planificación familiar que usa actualmente.....	75
GRÁFICA 24: Decisión de qué método anticonceptivo usar.....	77
GRÁFICA 25: Porqué eligió ese método.....	78
GRÁFICA 26: Le gustaría a usted que en la Unidad de Salud existieran otros métodos de planificación familiar.....	80
GRÁFICA 27: Se siente segura con ese método.....	81

GRÁFICA 28: Se operará para no tener más hijos.....	82
GRÁFICA 29: Ha escuchado usted si algún anticonceptivo es dañino para la salud.....	84
GRÁFICA 30: Conocimiento sobre anticonceptivos orales.....	85
GRÁFICA 31: Conocimiento sobre anticonceptivos inyectables.....	87
GRÁFICA 32: Conocimiento sobre los condones.....	88
GRÁFICA 33: Conocimiento sobre el DIU.....	90
GRÁFICA 34: Conocimiento sobre el método del ritmo.....	91
GRÁFICA 35: Conocimiento sobre la anticoncepción de la lactancia (MELA).....	93
GRÁFICA 36: Edad y Métodos de Planificación.....	99
GRÁFICA 37: Religión y Métodos de Planificación.....	100
GRÁFICA 38: Escolaridad y Métodos de Planificación.....	103
GRÁFICA 39: Estado Familiar y Métodos de Planificación.....	105
GRÁFICA 40: Ingreso Promedio Mensual y Métodos de Planificación.....	107
GRÁFICA 41: Paridad y Métodos de Planificación.....	108

LISTADO DE FIGURAS	PÁG
FIGURA 1: Criterios de elegibilidad médica.....	124
FIGURA 2: Implantes Subdérmico.....	125
FIGURA 3: Lactancia Materna Exclusiva.....	126
FIGURA 4: Método de Ritmo.....	127
FIGURA 5: Método de Temperatura Basal Corporal.....	128
FIGURA 6: Método del Moco Cervical.....	129
FIGURA 7: Condón Masculino.....	130
FIGURA 8: Condón Femenino.....	131

LISTADO DE ANEXOS	PÁG
ANEXO 1: Glosario.....	133
ANEXO 2: Mitos y Realidades.....	136
ANEXO 3: Consentimiento informado.....	140
ANEXO 4: Cédula de entrevista.....	141
ANEXO 5: Cronograma de actividades.....	146
ANEXO 6: Presupuesto y financiamiento.....	148

RESUMEN

Los métodos de planificación familiar (MPF) son conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas acepten un determinado método de su conveniencia y ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos, la investigación se deriva en los factores sociales y culturales que determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar **El objetivo** Investigar los factores sociales y culturales que determinan la aceptación de métodos de planificación familiar en las usuarias de edad fértil **Metodología** el estudio es prospectivo de tipo transversal, descriptivo y analítico se toma una muestra de 736 mujeres usuarias de edad fértil, se aplican los criterios de inclusión y exclusión la unidad de información es la paciente usuaria de edad fértil, además es de tipo cuantitativo ya que el instrumento utilizado es la cédula de entrevista que permite sistematizar la información de la investigación lo que facilita el registro y el análisis estadístico, se realiza la tabulación utilizando el programa SPSS V19.0 (Software procesador de datos estadísticos versión 19). De esta manera se realizan tablas y gráficos que permiten el análisis e interpretación de los resultados de cada una de las respuestas, a través de los métodos de frecuencia y porcentaje simple, lo cual permite la presentación de los datos de forma sistémica. Además es cualitativo porque se analizan los resultados obtenidos en el instrumento determinando los factores socioculturales para la aceptación de un determinado (MPF) conocimiento fundamentado en el contenido de la respuesta de los encuestados, **Resultados** de las 736 pacientes estudiadas se observó que en las de 15-25 y 26-35 años el método más utilizado es la inyección trimestral, con un 70.6% y el 53.7% respectivamente y el grupo de 36-45 años es la inyección bimensual. Con respecto al estado civil las pacientes casadas y acompañadas usan la inyección trimestral en 58.9% y 61.1% respectivamente, las solteras utilizan en igual porcentaje ACO y condones en un 50% no utilizan inyectables. En cuanto a la religión se observó que a las católicas y protestantes utilizan inyectables trimestrales en 64.3% y 67.3% respectivamente las que no asisten a ninguna iglesia utilizan ACO en un 46.4%. Estos son los factores que determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar el nivel social y cultural, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo y se descarta la hipótesis nula. **Impacto** va enfocado a disminuir los embarazos no deseados y modificar las actitudes de la población en estudio y así lograr el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos.

PALABRAS CLAVE: Aceptación, Métodos de planificación familiar, factores sociales, factores culturales, edad fértil, pacientes usuarias, anticoncepción.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO

El uso de métodos anticonceptivos por las mujeres casadas o acompañadas de 15 a 44 años de edad ascendió del 34 por ciento en 1978 al 73 por ciento en 2008. En los últimos 5 años, el aumento en el uso se debió al incremento de los métodos temporales. El total de uso ascendió 4 puntos porcentuales en el área urbana y 7 en el área rural, llegando al 76 por ciento en la primera y al 67 por ciento en la segunda. Los incrementos más notables (alrededor de 11 puntos porcentuales en cada grupo) ocurrieron entre las mujeres sin educación formal y en los grupos de mujeres con baja paridad previa (un/a hijo/a) o con mayor paridad (6 o más).

El uso de anticonceptivos en El Salvador es muy similar al de Nicaragua (72 por ciento), pero es 7 puntos porcentuales menor que el estimado hace 9 años para Costa Rica (80 por ciento). Honduras y Guatemala están 8 y 30 puntos porcentuales, respectivamente, abajo del uso que reportaron las mujeres salvadoreñas, con la salvedad que la cifra de Guatemala corresponde al año 2002.

La esterilización femenina es el método de mayor uso en el país (32 por ciento), seguida por los inyectables (22 por ciento). Los métodos naturales en conjunto, los orales y el condón tienen una frecuencia entre el 7 y 5 por ciento, mientras que el DIU junto a los otros métodos modernos no sobrepasan el uno por ciento. Para las usuarias de anticonceptivos, el Ministerio de Salud continúa siendo el mayor proveedor, indistintamente del área, región de salud o departamento de residencia, aun cuando al nivel de país su participación sólo aumentó un punto porcentual en los últimos 5 años. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) se ubica como la segunda fuente en el área urbana y comparte dicho lugar con la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) en el área rural. Para las instituciones proveedoras de los servicios de planificación familiar es importante considerar que aun cuando pudieran cambiar de método 8 de cada 10 usuarias actuales seguirían utilizando el mismo y entre quienes preferirían cambiar, la mayoría optaría por los inyectables.¹

Sobre la población que no usa anticonceptivos el 28 por ciento de las mujeres casadas o acompañadas de 15 a 44 años de edad no estaba usando un método anticonceptivo en los 30 días previos a la entrevista, proporción constituida por el 19 por ciento que usó, pero no estaba usando y el 9 por ciento que nunca usó un método.

Esta segunda proporción varía del 5 por ciento en los departamentos de San Salvador y La Libertad a entre 15 y 20 por ciento en Cabañas, Morazán y La Unión.

Entre las mujeres que usaron, pero que no usan actualmente, las dos razones que reportaron con mayor frecuencia para dejar de usar fueron el deseo de embarazo (35 por ciento) o los efectos colaterales (29 por ciento). La primera razón resultó más frecuente para quienes dejaron de usar el retiro (51 por ciento), mientras que la segunda entre quienes dejaron de usar los inyectables (37 por ciento).

Prácticamente 2 de cada 3 mujeres que no usan actualmente (hayan usado o no en su vida reproductiva) mencionaron una razón para no usar que está relacionada con el embarazo, la fertilidad o la actividad sexual, proporción que no varió en los últimos 10 años. Al contrario, 3 de cada 10 mencionaron una razón sociocultural que puede contrarrestarse con programas sistemáticos de información y educación a través de los canales interpersonales.

Del total de mujeres casadas o acompañadas de 15 a 44 años de edad que no estaban usando métodos anticonceptivos y que no reportaron problemas de fertilidad, el 57 por ciento manifestó su deseo de usar un método en el presente o en el futuro, cifra que varía del 65 por ciento en el área urbana al 52 por ciento en el área rural. En general, el 95 por ciento conoce donde obtenerlos. Los tres métodos de mayor demanda potencial entre quienes desean usar son los inyectables (45 por ciento), la esterilización femenina (19 por ciento) y los orales (10 por ciento). El Ministerio de Salud es la fuente potencial de mayor demanda de productos y servicios anticonceptivos (68 por ciento), seguido por el ISSS (13 por ciento) y las farmacias comerciales (7 por ciento)

La planificación familiar en el área de salud es prioritaria a nivel nacional debido a sus implicaciones en el ámbito social, político y económico, hasta la fecha no se ha podido alcanzar coberturas óptimas por las diferentes instituciones nacionales que desarrollan los programas de salud.²

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar y Especializada (U.C.S.F.E.) La Presita, U.C.S.F. La Carrillo departamento de San Miguel y U.C.S.F. Trompina El Bejucal municipio Sociedad departamento de Morazán forma parte importante de la región oriental de salud no se excluye de esta situación. El estudio es “factores que determinan la aceptación de métodos de planificación familiar en las usuarias de edad fértil que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud familiar La Carrillo San Miguel, Trompina El Bejucal Sociedad, y Especializada La Presita San Miguel. Año 2013.” desde el inicio de la implementación del programa de métodos de planificación familiar se detectaron muchas limitantes para su ejecución correspondiente, entre ellas están los factores socioculturales aunado a esto la problemática actual radica en la falta de abastecimiento completo de todas las ofertas que ofrece el gobierno, en los últimos 5 años las 3 U.C.S.F el método de anticoncepción de mayor incidencia por las usuarias es el hormonal en orden descendente es Acetato de medroxiprogesterona “depoprovera” (DPP) inyectable trimestral con un 60 por ciento, el 17 por ciento prefiere el uso de método de barrera y el resto 23 por ciento no planifica, en la U.C.S.F. la Presita el segundo método de incidencia es la Microginon 43 por ciento de incidencia a diferencia de la U.C.S.F. Carrillo y la U.C.S.F. Trompina es Noriginon con un 39 por ciento estos últimos métodos son de uso mensual.

Con respecto al método de barrera (condón) su uso no ha sido consistente y es el que más fallo ha tenido en un 28 por ciento, el uso del método “T” de Cobre (TCu) es el menos demandado ya que existen diversos tabúes que permiten el rechazo, en la U.C.S.F.E. La Presita 10 por ciento y en las otras 2 U.C.S.F no se utiliza y con respecto a la esterilización femenina su incidencia es de 26 por ciento y es ofertada a las pacientes con paridad completa, con respecto a la esterilización masculina no se tiene datos concretos.³

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

De La Problemática antes descrita se deriva el tema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuáles son los factores que determinan la aceptación de métodos de planificación familiar en las usuarias de edad fértil que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud familiar La Carrillo San Miguel, Trompina El Bejucal Sociedad, y Especializada La Presita San Miguel. Año 2013?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es un análisis situacional del área geográfica de influencia (AGI) de la U.C.S.F.E. La Presita, U.C.S.F. La Carrillo ubicada en la zona urbana de la ciudad de San Miguel , y U.C.S.F. Trompina ubicada en zona rural de Sociedad por lo que consiente de esta problemática se toma a bien como estudiantes de medicina egresados de la Facultad Multidisciplinaria Oriental de la Universidad de El Salvador realizar un trabajo de investigación operativa sobre un problema prioritario a resolver en el área que durante el año de servicio social ha correspondido investigar en lo que a salud respecta con el fin de dar aporte que pueda ser operativizado a corto plazo. El propósito de realizar esta investigación es fomentar la promoción de la libre elección voluntaria de un método de planificación familiar a las usuarias para mejorar las coberturas de aceptación que se tiene en lo que a planificación familiar se refiere, además de disminuir la tasa de natalidad y mortalidad perinatal en nuestra área de trabajo.

La relevancia social es la promoción y por consiguiente el uso de métodos anticonceptivos en el marco de los programas de planificación familiar se constituye en un componente fundamental de los niveles de aceptación de los servicios de salud reproductiva por parte de la población en el sentido que el espaciamiento o limitación de los embarazos de acuerdo con las características socio demográficas de las mujeres influye significativamente en la salud materna, como en la supervivencia infantil.

La implicación práctica: se realizará la investigación para tener orientación acerca del conocimiento, aceptación, rechazo, miedos o dudas en las usuarias en edad fértil de las U.C.S.F. La Presita, La Carrillo y Trompina poseen de los métodos anticonceptivos y de esta manera poder utilizar diferentes estrategias para contrarrestar las barreras que impiden el uso de los diversos anticonceptivos por parte de las no usuarias.

El valor teórico de este estudio está sustentado con los lineamientos del Ministerio de Salud Pública, anualmente se realizan encuestas de la FESAL sobre métodos de planificación familiar, también lo comprende la Asociación Demográfica Salvadoreña, es un programa

de servicio social patrocinado por organizaciones extranjeras, es interés social pues alcanza a gran parte de la población.

La conveniencia directamente es para las usuarias activas de los métodos de planificación familiar, para el personal de salud es fortalecer los conocimientos de los métodos de planificación familiar y poder aplicarlos con más certeza y lograr la aceptación en las usuarias.

Los beneficios del estudio para el Ministerio de Salud son: Dar a conocer los métodos de planificación familiar más demandados, el número de usuarias activas y el número del índice de tasa de natalidad de la población en investigación

Los beneficios para las U.C.S.F son: conocer que métodos son los más aceptados, orientar al personal de salud para ofertar los métodos de planificación familiar.

Los beneficios del estudio para las mujeres en edad fértil son: Prolongar su periodo intergenesico, evitar los embarazos no planeados y disminuir el riesgo reproductivo.

Los beneficios del estudio para los estudiantes Egresados en la Carrera Doctorado en Medicina y los profesionales en Salud son: Conocer los diferentes métodos de planificación para ofertarlos de la mejor manera y así lograr la aceptación de las usuarias según su conveniencia y conocer las ventajas y desventajas de cada método.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

-Investigar los factores que determinan la aceptación de métodos de planificación familiar en las usuarias de edad fértil que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud familiar La Carrillo San Miguel, Trompina El Bejucal Sociedad, y Especializada La Presita San Miguel. Año 2013.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Identificar los factores sociales que determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar en las usuarias en estudio.

-Identificar los factores culturales que condicionan la aceptación de los métodos de planificación familiar en las usuarias que consultan las U.C.S.F. antes mencionadas.

-Determinar el nivel de preferencia que poseen las usuarias sobre las diferentes alternativas de planificación familiar.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Planificación Familiar

Es el derecho que tiene toda pareja a decidir libremente y bien informada sobre el número de hijos que desea tener, y el momento oportuno para tenerlos.

Es un derecho humano universal contemplado en las Naciones Unidas y aceptado por la mayoría de las naciones del mundo.⁴

Es el derecho de toda persona y pareja a decidir de manera libre e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Por lo que la intensa necesidad de sensibilizar a la población a participar sobre este contexto como algo que nos afectaría a todos, en el futuro. Son las prácticas de una pareja que tengan por fin el control de la cantidad de hijos utilizando anticonceptivos. En su concepto más amplio, la planificación familiar comprende dos vertientes:

- Ayudar a las parejas que no pueden reproducirse, para lograr el embarazo: la corrección de la esterilidad y la infertilidad.
- Ayudar a otras a evitar o espaciar los embarazos según la percepción que tengan de la familia que razonada y libremente desean tener: será abordada aquí someramente incluyendo la anticoncepción y la esterilización voluntaria, en la dimensión que pueden ser abordadas en su práctica diaria por el médico no especializado, y excluyendo los aspectos filosóficos y éticos que cada quien debe tener claros según sus principios y convicciones personales, respetando asimismo los de la pareja que lo consulta.⁵

Una forma del Sector de la población delimita y controla la natalidad, la reducción del índice de crecimiento puede atribuirse a estrictas normativas y políticas adoptadas por el control de la natalidad en beneficio de las familias. El acceso a anticonceptivos, y el derecho a elegir el número de hijos y controlar los intervalos entre nacimientos, reduce el crecimiento de la población como resultado a los programas de Planificación familiar propiciadas por los Gobiernos.⁶

Es un privilegio y una obligación que tiene la pareja, y ella exclusivamente, de decidir con amor número de hijos que desea tener, decidir a la vez cuando tener estos hijos, siempre que el motivo para planificarlos no sea egoísta y que la decisión sea revisable de cada tanto.⁷

Es un componente dentro del programa de Salud Reproductiva, con lleva aspectos acerca de la Capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual plena, responsable y con libertad para elegir el número de hijos que desean tener y decidir el momento y frecuencia de los embarazos. El Ministerio de Salud Pública y otras instituciones u organizaciones privadas; garantizan el abastecimiento y disponibilidad de métodos de alta calidad para el espaciamiento de embarazos en todos los servicios públicos de salud.⁸

2.1.1 Los Programas de Planificación Familiar:

Han sido desarrollados y patrocinados para ofrecerle a la gente un medio que le permita tener un número de hijos que desea y reducir la incidencia de embarazos no deseados y también como un recurso para mejorar la salud materno-infantil y coadyuvar a un crecimiento más lento de la población y un desarrollo económico acelerado. Los

anticonceptivos modernos son un importante medio para que las mujeres de los países en desarrollo puedan controlar su fecundidad.⁹

2.1.2 Beneficiarios de la Planificación Familiar:

A las Mujeres: ayuda a las mujeres la planificación, a proporcionarles protección contra embarazos no deseados. Desde que iniciaron en los años 60, los programas de planificación familiar han contribuido a que mujeres en todo el mundo eviten 400 millones de embarazos no deseados.¹⁰ Como resultado se han salvado las vidas de muchas mujeres de los embarazos de alto riesgo o de los abortos en circunstancias peligrosas.

A los niños: la planificación familiar resguarda las vidas de muchos niños ayudando a las mujeres a espaciar los nacimientos. Cada año mueren entre 13 y 15 millones de niños menores de 5 años, se recomienda esperar entre cada niño dos a tres años entre el nacimiento.¹¹

A los hombres: la planificación familiar contribuye a que los hombres, y también las mujeres, puedan cuidar de sus familias, los hombres opinan que el planificar la familia los ayuda a poder proporcionar a sus familias una vida mejor.

A las familias: la planificación familiar mejora el bienestar de la familia. Las parejas con menor número de hijos tienen mejor capacidad de proveerles lo necesario para su sobrevivencia.

A las naciones: la planificación familiar ayuda al desarrollo de las naciones. En los países donde las mujeres tienen un número de hijos menor que el que tuvieron las madres de ellas.

A nuestro planeta: si las parejas tienen menos hijos en el futuro, se evitará que la población mundial actual de 6.100 millones de personas se dupliquen en un lapso menor de 50 años.

Es evidente que una mujer este expuesta ante los riesgos de un embarazo, por lo que al espaciar los mismos recibe beneficios la propia mujer que es la más afectada sobre todo cuando nos referimos a los que viven en el área rural, aunado a este riesgo la pobreza, el analfabetismo, la idiosincrasia de la región, los criterios, agudizan el perfil de seguridad de las mujeres.

2.1.3 Salud Reproductiva:

Es el “estado completo de bienestar físico, mental y social de la población salvadoreña incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear con la libertad de hacerlo o no, cuando y con qué frecuencia”¹², y no solo la ausencia de enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implícito en estas condiciones se encuentra el derecho de la mujer y del hombre a ser informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, efectivos, accesibles, aceptables y que sean de su elección.

2.1.4 Derechos Reproductivos:

Se fundamentan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre estos, el tener acceso a elegir métodos seguros, eficaces, asegurables y aceptables de planificación familiar, que para el control de su fecundidad, acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan al embarazo y parto

transcurrir en condiciones de seguridad y ofrezcan a las parejas las mayores posibilidades de tener un hijo sano, alcanzar el nivel más elevado de salud reproductiva y adoptar decisiones a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción, ni violencia.

Todas las personas tienen el derecho a poder espaciar sus embarazos y de decidir cuántos hijos desean tener, y cuando consulte un servicio de salud sean atendidas con amabilidad, respeto y se le brinden una atención de calidad, eficaz y humanisadamente. Las parejas, son libres de poder elegir cualquier método de planificación familiar, siempre y cuando no afecte su salud y bienestar físico.¹³

2.1.5 Familia:

Es vista como un sistema social que transmite cultura a sus miembros, con responsabilidad de satisfacer las necesidades físicas y de seguridad, enseñar habilidades sociales para el desarrollo y crecimiento personal de cada uno de sus miembros, donde existen límites emocionales, se promueve un propósito para la vida y significado y sentido de intimidad con la espiritualidad.¹⁴

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

2.2 Métodos Anticonceptivos:

Actualmente existen diferentes formas y métodos que son accesibles a las parejas para espaciar los embarazos, logrando con ello mejorar la salud tanto de la mujer como también de la familia en general, porque los recursos económicos alcanzan aun con los pocos miembros y la educación es posible.

Criterios de elegibilidad médica para uso de anticonceptivos (ver anexo 2)¹⁵

Preferencias de los Métodos de Planificación Familiar

En las U.C.S.F se ofertan los servicios de salud sexual a las personas que están interesadas o al momento de consultar por el servicio de salud reproductiva dando consejería en cada uno de los servicios antes mencionados.

Disponibilidad de Métodos: En todas las U.C.S.F existen un servicio de salud donde los servicios básicos de salud son ofrecidos y con ello el abastecimiento de métodos en Planificación Familiar, se ofertan Servicios de Salud Sexual, reproductiva, ofertando los métodos de planificación familiar (Píldoras, Condones, Inyectables y T de Cobre), se brinda consejería a todo usuario que acude al servicio de salud.

Horario de Atención: Todo trabajador de salud con horarios fijos está bajo el régimen del servicio civil y por tal motivo su trabajo está estrictamente estipulado de lunes a viernes con ocho horas diarias lo cual es beneficioso a la población.

Considerando la importancia de los diferentes servicios de salud desde el I nivel al III nivel, en proveer insumos a usuarios en todo momento y sobre todo la población con dificultad de

acceso por razones de geografía o economía, y otros, poder ofrecer luego que existe población que demande atención, de tal forma poder dar a conocer la magnitud de la importancia de la planificación familiar, la orientación, el trato amable y el respeto.¹⁶

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

Eficacia: los factores de los que depende que ocurra el embarazo incluyen fecundidad de ambos miembros de la pareja, momento del coito en relación con el momento de la ovulación, método anticonceptivo, eficacia intrínseca del método anticonceptivo y utilización real de dicho método, es imposible valorar la eficacia de un método anticonceptivo de manera aislada sin tomar en cuenta los demás factores.

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

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

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

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

Costo: Debe ser el mínimo posible, por razones obvias.¹⁷

2.2.1 Métodos Hormonales:

Los anticonceptivos hormonales son sustancias químicas que funcionan mediante la alteración del modelo hormonal normal de una mujer para que no se produzca la ovulación. Actúan sobre el revestimiento uterino para evitar la implantación del huevo fecundado en el útero, y modifican la composición del moco cervical. Estos anticonceptivos pueden ser administrados en forma oral (píldora), inyectable o mediante implantes. Cuando se usan adecuadamente, los anticonceptivos hormonales son un método de control de natalidad muy eficaz que, sin embargo, no ofrece protección frente a las enfermedades de transmisión sexual, tales como el SIDA.¹⁸

2.2.1.1 Anticonceptivo Inyectables (Depoprovera)

Es un método hormonal para prevenir el embarazo su mecanismo de acción es prevenir la ovulación y hacer que el moco cervical se espese. De cada 100 mujeres que usa la inyección por un año, 99.7 están protegidas de embarazos. Se inyecta en el brazo de la

mujer cada 3 meses para evitar un embarazo. Los pueden usar las mujeres que están dando de mamar. Es una inyección que contiene una hormona llamada progestina.

Beneficios: Eficacia elevada, eficacia rápida, no requiere un examen pélvico, no interfiere con el coito, no afecta la lactancia materna, pocos efectos secundarios, puede disminuir los dolores menstruales, mejoran la anemia.

Limitaciones: Aumento de peso, tiene que disponer de reabastecimiento, no brinda protección contra las ITS y el VIH-SIDA.

En estos días al contar con un método práctico, con una dimensión de tres meses, esto permite que los usuarios tengan mayor comodidad sobre todo cuando existe discrepancias entre parejas en el deseo de planificar la familia, esta opción ayuda a la mujer.

2.2.1.2 Anticonceptivos Orales Combinados (Pastillas):

Los anticonceptivos orales combinados (pastillas) son preparados hormonales que contienen estrógenos y progestágeno. Se administran con fines anticonceptivos de carácter temporal y reversible para inhibir la ovulación. La tasa de fallo de 1 embarazo en cada 17 usuarias o 1 embarazo en cada 12 usuarias en el primer año de uso. La protección anticonceptiva dura el tiempo en que se tomen correctamente. Se distribuyen en dos presentaciones:

9 Ciclo de 21 días: 21 pastillas del principio activo.

9 Ciclo de 28 días: 21 pastillas del principio activo y 7 pastillas de hierro o Placebo.

Beneficios: Eficacia elevada cuando se toma diariamente, Eficacia inmediata de iniciarse dentro de los primeros 7 días del ciclo, Pocos efectos colaterales, Flujo menstruales menos profusos y dolorosos, Regularizan los ciclos menstruales, Disminuye la enfermedad benigna de la mama, Previene el embarazo ectópico, Disminuye el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria.

Limitaciones: Puede causar cambios en el patrón del sangrado menstrual, no brinda protección contra la ITS y el VIH-SIDA., Una vez administrado el método, la usuaria no puede interrumpir su uso, la eficacia puede ser alta.

Esta forma de espaciar los embarazos permite a la mujer tomar una buena decisión y un alto grado de convencimiento de la necesidad de planificar la familia, porque continuamente estará tomando las píldoras anticonceptivas y con el apoyo de la pareja lograra el éxito.

2.2.1.3 Implantes Subdermicos (Norplant) Ver figura 1

Son métodos anticonceptivos hormonales, de carácter temporal y reversible, de larga duración y que brindan protección hasta por cinco años. Hay otros tipos de implantes, por el descrito en este documento es Norplant. Este se presenta en seis cápsulas de silastic de 34 mm de longitud y 2.4 mm de diámetro, delgadas y flexibles, que contienen un progestágeno de depósito (levonorgestrel).¹⁹ Estas se insertan por debajo de la piel en el brazo de la usuaria mediante un procedimiento quirúrgico menor. Actúan inhibiendo la ovulación. Tiene una falla de un embarazo por 1000 usuarias en el primer año de uso, y su tasa acumulativa a 5 años es de un embarazo por 62 usuarias.

Beneficios: Eficacia elevada, Eficacia rápida (menos de 24 horas) si se inicia en los primeros días del ciclo, Duración prolongada (hasta 5 años), Retorno inmediato de la fertilidad al removerse, Puede ser proporcionado por personal capacitado no médico.

Limitaciones: No contienen estrógenos, Puede disminuir el flujo y los dolores menstruales, Protege contra enfermedades pélvicas inflamatorias.

Material usado en el pliegue cutáneo de la mujer, que tiene como base hormonas.²⁰

2.2.2 Métodos Naturales:

La planificación familiar natural puede llevarse a cabo mediante el método de Ogino-Knaus o método rítmico, que se basa en la abstinencia de contacto sexual durante los días fértiles. El periodo fértil se extiende desde cinco días antes de la ovulación hasta dos días después de la misma. La predicción se efectúa controlando los cambios en la temperatura corporal basal de la mujer para conocer el momento de la ovulación, o identificando los cambios de la mucosidad cervical que indican la ovulación, o ambos. Por lo general, la temperatura se incrementa un grado el día de la ovulación y permanece así durante varios días. El moco cervical transparente, húmedo y viscoso o elástico indica fertilidad. Cuando se realiza de forma correcta este método tiene una eficacia del 81%. La abstinencia periódica de las relaciones sexuales es aceptada como método de control de natalidad por aquellas religiones que rechazan el uso de anticonceptivos. Este método no tiene efectos secundarios pero supone el esfuerzo de evitar las relaciones sexuales en días concretos y no proporciona protección frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Estos métodos debe prevalecer buena comunicación entre las parejas, y convencidos que la participación de ambos es vital en la satisfacción plena, de una relación y sin prejuicios, logrando el fortalecimiento de los lazos de vida matrimonial.²¹

2.2.2.1 Métodos de Lactancia Amenorrea (MELA) Ver figura 2

Es un método anticonceptivo post parto, moderno y temporal basado en la infertilidad fisiológica que se da durante la lactancia. La lactancia regular y frecuente resulta de una inhibición de la ovulación por la desorganización folicular. El MELA, tiene 3 requisitos fundamentales que son:

1. Que la madre permanezca en Amenorrea
2. Que la lactancia sea exclusiva
3. Que el hijo tenga menos de 6 meses.

Cuando una mujer cumple con los 3 requisitos, este método brinda una tasa de fallo de menos de 2 embarazos por cada 100 mujeres que lo usan.²²

Beneficios: Para el niño: El acto de mamar reafirma el vínculo madre-hijo, Proporciona los requerimientos nutricionales del niño, Protege al niño contra enfermedades infecciosas (inmunización pasiva).

Para la madre: Ayuda a que el sangrado post-parto, sea más corto, disminuye el riesgo de infección puerperal, La protección anticonceptiva empieza después del parto, No representa gasto económico adicional.

Limitaciones: Puede ser un método difícil de practicar por circunstancia de separación del bebé por periodos prolongados, no brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Este método tiene la ventaja que es fácil de aplicar especialmente durante los 6 meses de edad del bebe, protección a la madre y el niño, a la madre favorece el retardo de la

ovulación, no es comprado, es muy factible y accesible, es de bajo costo, no tiene efectos secundarios ni complicaciones. Sus beneficios; evitar un embarazo no deseado, la hemorragia del post parto disminuye, ayuda al niño en su crecimiento y favorece su factor inmunológico.²³

2.2.2.2 Método del Coito Interrumpido:

Es un método tradicional de planificación familiar en la que el hombre retira totalmente de la vagina de la mujer antes de eyacular. Al retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación, los espermatozoides no entran en la vagina, previniendo la fecundación. La tasa de fallo es alta, un embarazo en cada 5 parejas que utilizan este método en el primer año de uso.

Beneficios: Está disponible en cualquier situación sin costo alguno.

Limitaciones: Eficacia limitada, Aunque el coito interrumpido no tiene efectos secundarios médicos, la interrupción de la relación sexual puede resultar inconveniente para algunas parejas.

La relación sexo genital donde el hombre durante el momento impide, retira el pene de la vagina de la mujer para eyacular afuera.

2.2.2.3 Método del Collar o Días Fijos:

Es un método basado en el conocimiento de la fecundidad. Permite a las parejas espaciar los embarazos en forma natural, a través de saber cuáles son los días fértiles de la mujer y evitar las relaciones sexuales desprotegidas durante esos días. Es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer, ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo si tiene relaciones sin protección, está formado por 32 perlas de colores, un anillo de hule negro y una flecha, cada perla del collar representa un día del ciclo. La eficacia del método fue de 95%(una tasa de falla de 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso correcto del método).

Beneficios: La pareja no necesita tomar ni usar nada, ni someterse a procedimientos quirúrgicos, Fomentar la participación del hombre en la anticoncepción, Le ayuda a saber cómo funciona su fecundidad y observar cómo es su ciclo a través del tiempo.

Limitaciones: Eficacia limitada si la mujer tiene ciclos muy cortos (menos de 26 días) o muy largos (más de 32 días), No protege de las ITS y VIH/SIDA. Este método apoya la intención de planificar la familia de manera natural y para ello la mujer debe conocer sus días fértiles y no tiene relaciones sexo genital desprotegidos en sus días, de esta forma se logra con éxito los propósitos.

Lo importante de este método, no se necesita de procedimientos quirúrgicos, no tiene base de fármacos o compuestos químicos, no pone en peligro la salud de la mujer.

2.2.3 Otros Métodos de Abstinencia Periódica o Naturales:

Son aquellos en que las parejas evitan el embarazo no teniendo relaciones sexuales los días en que la mujer es fértil. La mujer identifica sus días fértiles de acuerdo a su ciclo menstrual, sus patrones de secreción de moco cervical o sensación de humedad, su temperatura y otros síntomas asociados al periodo.

2.2.3.1 Método del Ritmo: Ver figura 3

Es un método que le ayuda a la mujer para que reconozca sus días fértiles y se basa en la formación de por lo menos 6 ciclos menstruales seguidos. Si los periodos de una mujer son regulares, puede evitar quedar embarazada cuando no tiene relación sexual durante el tiempo de ovulación, que es la base de este método.²⁴

Usando un calendario la mujer o la pareja debe anotar el número de días que dura cada ciclo menstrual, durante seis meses como mínimo. De este registro debe escoger el ciclo más largo y el más corto; ejemplo: un grupo de ciclos el cual el más prolongado dura 30 días le restamos 11, lo que da un total de 19. Y un ciclo más corto cuya duración sea de 25 días se le restara 18, lo que da un total de 7.

Por lo tanto los días que no deben tenerse relaciones sexuales son los 7 al 19 del ciclo, ya que estos son los días del periodo fértil. El periodo infértil estará comprendido entre el día 1 al 7 y desde el día 19 hasta el 7 del siguiente ciclo menstrual.

Este se aplica a la mujer con una menstruación normal, en la que debe tener en cuenta los primeros siete a diez días, son días infértiles, luego lo sucesivo son fértiles.

2.2.3.2 Método de la Temperatura Basal: Ver figura 4

El método se basa en la observación en que la ovulación coincide con cambios ligeros en la temperatura de la mujer. La mujer debe tomarse la temperatura oral todos los días en las mañanas, a la misma hora, apenas despierte y antes de realizar alguna actividad. En el momento de la ovulación hay una elevación de la temperatura de aproximadamente 0.5 °C; que se mantiene a ese nivel hasta la próxima menstruación.²⁵ Si la pareja no desea tener un embarazo debe abstenerse de tener relaciones sexuales desde el inicio del sangrado menstrual hasta el tercer día consecutivo de temperatura elevada, este método detecta la ovulación después de que esta se produjo, no preside en día de la misma. La tasa de fallo es de un embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Este método es importante, funciona cuando la mujer se toma la temperatura durante la mañana, a la misma hora, al tener controlado y observar todo cambio y sobre todo más de lo normal, ese es el día de la ovulación.

2.2.3.3 Método del Moco Cervical: Ver figura 5

Consiste en determinar los días fértiles de la mujer, a través de la observación de los cambios o modificaciones del moco cervical. Después de la menstruación hay un número variable de días sin secreciones vaginales llamados días secos, que son infértiles. Después de estos días, el moco cervical empieza progresivamente a hacerse más abundante, elástico y transparente hasta llegar a presentar características semejantes a la clara del huevo, lo cual lo acompaña una sensación de humedad en los genitales, los cuales son los días fértiles.²⁶

Después de este periodo, se presenta nuevamente varios días, en la que el moco cervical se vuelve espeso y escaso, hay que tener en cuenta que los primeros tres días de este periodo todavía son días fértiles y no debe tenerse relaciones sexuales. La pareja que desea utilizar este método, debe abstenerse de tener relaciones sexuales, desde el momento en que el moco cervical empiece a hacerse abundante y elástico hasta 3 días después de terminar este periodo. La tasa de fallo es de 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

La mujer debe tener en cuenta que el flujo vaginal tiene una consistencia blanquecina y elástica, por lo que al perder la elasticidad entonces hay ovulación.²⁷

2.2.4 Métodos de Barrera

Los métodos de barrera consisten en el bloqueo físico del útero para impedir la entrada del esperma. Incluyen el preservativo masculino y femenino, el diafragma y la esponja vaginal y la T de cobre.

Donde se utiliza material de látex para evitar que el espermatozoides se une con el ovulo.

2.2.4.1 Método Condón Masculino: Ver figura 6

Recubrimiento delgado de látex, que se coloca en el pene erecto para impedir de manera mecánica y/o químico del encuentro del óvulo con los espermatozoides, el condón o preservativo es un método temporal disponible para el hombre.

Beneficios: Fáciles de adquirir, Tienen eficacia inmediata, Protege de las ITS y VIH/SIDA. Actualmente de todos los métodos de planificación familiar, los más utilizados están en manos de la mujer, pero que existe esta opción donde el Hombre también participa en esta iniciativa, este involucrado en este proceso, los beneficios del método anticonceptivo va donde espaciar un embarazo como también a prevenir enfermedades tales: el VIH-SIDA y otras de carácter de transmisión sexual.²⁸

2.2.4.2 Método Condón Femenino: Ver figura 7

Consiste en una funda de poliuretano con dos anillos flexibles en cada extremo. Uno de ellos se fija a la vagina, mientras que el otro permanece fuera, cubriendo parcialmente los órganos genitales externos. Utilizado correctamente tiene una eficacia del 79%, algo menor que la del preservativo masculino y, al igual que éste, no precisa de control médico. Todavía no está claro su grado de protección frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Material de látex que utiliza la mujer para evitar un embarazo, y se coloca en la vagina.²⁹

2.2.4.3 Método de Diafragma:

En el caso de las mujeres, el método de barrera más empleado es el diafragma, una cubierta de goma que se ajusta al cérvix (cuello del útero) y que contiene una crema o gel espermicida (destructor de esperma) que inutiliza a los espermatozoides próximos a los bordes del diafragma. Estos dispositivos están también libres de efectos secundarios, y su eficacia anticonceptiva es del 82%.

Los diafragmas deber ser prescritos por el médico, quien determina el tamaño y tipo apropiado de diafragma para cada mujer. Un sistema parecido es la esponja vaginal, impregnada de espermicida, que se introduce en el cérvix con anterioridad a la relación sexual. Su mecanismo de acción es similar al del diafragma.³⁰

2.2.4.4 La “T” de Cobre o DIU:

Es un pequeño objeto de plástico que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos, es de carácter temporal y reversible, impidiendo la fecundación. La T de Cobre 380A (consiste en un cuerpo flexible en forma de T que contiene un principio activo

de 380 mm² de cobre), que brinda una larga protección anticonceptiva (10 años); la tasa de fallo es de 1 en 125 a 170 mujeres en el primer año de uso.

Beneficios: Altamente eficaz, Método a largo plazo, No afecta la lactancia, Retorno inmediato de la fertilidad posterior al retiro.

Cumulativa de embarazos es de 2.1 al final de los 10 años de uso.³⁸ Material utilizado y colocado dentro de la matriz, es en forma de T de plástico, lleva cobre, actúa a formar un ambiente inhóspito de la pared del útero, evita un embarazo.³¹

2.2.4.5 Métodos de Espermicidas:

Los espermicidas son sustancias que inactivan o destruyen los espermatozoides.

Tienen diferentes formas de presentación, las cuales pueden ser: tabletas, óvulos vaginales, espuma, jalea o crema, los cuales se colocan en la vagina antes del coito. Tiene una tasa de falla de 6 a 21 embarazos por 100 mujeres durante el primer año de uso.

Compuesto químico, en forma de espuma, se coloca en la vagina para evitar un embarazo.³²

2.2.5 Métodos Quirúrgicos Permanentes:

Los métodos de esterilización quirúrgica, la vasectomía en los hombres y la ligadura de trompas en las mujeres, son eficaces casi en un 100%. Sin embargo, estos métodos no protegen frente al SIDA y son métodos anticonceptivos permanentes. Aunque en algunos casos pueden ser reversibles, no deben efectuarse con la esperanza de que puedan serlo.³³

Son los que consisten a base de procedimientos quirúrgicos, son irreversibles.

2.2.5.1 Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina:

Es una operación sencilla y permanente para la mujer que ya no desea tener más hijos/as que consiste en la oclusión tubárica bilateral, la operación tarda más o menos 20 minutos. Al bloquear las trompas de Falopio (mediante corte, sección, cauterización, anillos o grapas) que impiden que los espermatozoides lleguen al ovulo y lo fertilicen. La mujer puede regresar a su casa entre dos y cuatro horas después de la operación, no afecta las relaciones sexuales de la pareja. La mujer sigue menstruando. La tasa acumulativa de fallo es de 0.8 embarazos por 100 mujeres a 10 años en la esterilización quirúrgica del post parto y de 2 en la cirugía de intervalo.

Beneficios: Eficacia inmediata y elevada, Permanente, No interfiere en el coito, cirugía sencilla, que generalmente se realiza bajo anestesia local, No tiene efectos secundarios a largo plazo.

Este procedimiento ayuda a la mujer a planificar la familia, es el más frecuente, el procedimiento se realiza en las mujeres, es efectuado idealmente en los quirófanos, se realiza a nivel hospitalario, no tiene ningún costo, aunque requiere el grado de madurez de la mujer y el esposo debe estar informado.

2.2.5.2 Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina (Vasectomía):

Operación del hombre, es un procedimiento quirúrgico voluntario que provee anticoncepción permanente, a los hombres que no quieren tener más hijos. Al bloquear los conductos deferentes, no hay espermatozoides en el eyaculado. Es importante dar a conocer a los usuarios que este método no brinda protección contra el embarazo hasta que se observe la “ausencia” de espermatozoides en una muestra de semen sometida a examen de

microscopio, lo cual ocurre aproximadamente hasta que el usuario haya eyaculado 20 veces o hayan transcurrido 12 semanas

Beneficios: Permanente, No interfiere en el coito, Implica menos riesgo quirúrgico y menor gasto que la operación de la mujer, Cirugía sencilla, que se realiza bajo anestesia local, No tiene efectos secundarios a largo plazo.

Este método ayuda al hombre a planificar la familia y participar de esta manera juntamente con la esposa el procedimiento lo realiza un médico, en corto tiempo es efectivo, no es necesario pasar en el hospital por mucho tiempo.³⁴

2.3 Factores:

Se define “Como cada uno de los elementos que forman un producto, o sea elementos que intervienen en el proceso de la producción de un bien”.³⁵

Elemento, condicionante que contribuye a lograr un resultado,³⁶ es todo lo relacionado aquello que de uno u otra forma interviene en el apareamiento o afecta el desarrollo de una situación potencializándolo de manera para situarlo negativa, lo que pueden ser internos o externos, voluntarios o involuntarios.

2.3.1 Factores socioculturales

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

En muchos países los programas de planificación familiar son parte de los intentos de desarrollo nacional, económico y social, los esfuerzos por fomentar la igualdad en la toma de decisiones y de crear conciencia acerca de los derechos de reproducción en la familia, la comunidad y la sociedad, también promueven la elección informada de la planificación familiar.³⁷

2.3.1.1 Factor Social

Se define al conjunto de rasgos según las pautas sociales dominantes en una sociedad.

La comunidad influye en la actitud de una persona hacia la planificación familiar, el sexo deseado de los hijos, las preferencias sobre el tamaño de la familia, las presiones familiares para tener hijos. La influencia del hogar y de la comunidad puede ser tan poderosa que puede oscurecer la línea entre el deseo individual y las normas comunitarias. En otros países la mayoría de las mujeres practican la anticoncepción porque la norma es tener familias pequeñas.

Los jóvenes generalmente deciden no buscar servicios de planificación familiar porque no quieren que sus padres y otros adultos sepan que son sexualmente activos. Muchos de ellos temen el ridículo, la desaprobación y la actitud hostil de los proveedores de servicio. Los extremos de la vida fértil de la mujer representan riesgos reproductivos altos, las pacientes jóvenes presentan inmadurez psico-somática esto conlleva a mayor riesgo de complicaciones obstétricas, junto con el inicio de una vida sexual temprana que acarrea

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

Las influencia de las redes sociales, todos pertenecemos a redes sociales informales que influyen en cierto grado en el comportamiento. Las redes sociales incluyen, familiares, amigos, vecinos, agrupaciones políticas, religiosas, juveniles y otras asociaciones formales e informales. Durante el curso del día las mujeres suelen hablar con otras mujeres acerca de la planificación familiar y de la experiencia con el uso de los anticonceptivos. Para muchas mujeres la comunicación informal es la fuente principal de información sobre la planificación familiar.

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

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

El estado civil de la persona, la estabilidad del matrimonio, la comunicación con el cónyuge y la condición dentro de la familia influye en las decisiones sobre la planificación familiar. Algunas mujeres dicen que el uso de anticonceptivos no es una decisión individual, sino que la toma el matrimonio o la familia, no obstante muchas mujeres dicen que el uso de anticonceptivos es una decisión individual en la que no intervienen el cónyuge ni los familiares. A veces las decisiones son un reflejo de la percepción errónea de una mujer acerca de las preferencias de sus maridos cuando los cónyuges no están de acuerdo respecto de la planificación familiar, a veces domina la preferencia del hombre y a veces de la mujer.

Los hombres desempeñan un papel poderoso e incluso dominante en las decisiones relacionadas con la reproducción. Por si no consideran los deseos de la compañera o las consecuencias para su salud o de la compañera, sus acciones pueden tener resultados perjudiciales para la salud e incluso peligrosos. En cambio las parejas que conversan sobre la planificación familiar y de salud reproductivas llevan a decisiones saludables. Por ejemplo es más probable que usen anticonceptivos y que los usen eficazmente.

Actitudes y comportamientos de los hombres. El uso de los anticonceptivos por parte de los hombres es menor de lo que podría esperarse en vista del grado de conocimiento y aprobación de la planificación familiar, según las encuestas de hombres en países de desarrollo. El uso de métodos anticonceptivos que requieren la cooperación del hombre (condones, vasectomía, retiro y abstinencia periódica) representa alrededor de un tercio del uso total de anticonceptivos entre las parejas casadas. Pero los dos métodos masculinos eficaces: los condones y vasectomía están entre los menos usados de todos los métodos.³⁸

2.3.1.1.1 Factor Educativo

Analfabetismo:

Las personas que no saben leer y escribir representan el 30% de la población total, y de este grupo mayoritariamente con 70% son la población rural, lo que reduce la capacidad de estar informado de planificación familiar.³⁹

Escolaridad: Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos del 70% que saben leer y escribir son relativamente pocos los que son profesionales, otros culminan bachillerato, y el resto no finaliza la primaria.

El no saber leer dificulta en gran medida conocer las ventajas, contraindicaciones de los métodos anticonceptivos

2.3.1.1.2 Factor Económico:

“Es aquellos en donde el nivel de vida, los roles familiares y las ocupaciones son importantes marcos determinantes de la salud”.⁴⁰

Ocupación: Acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados.

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

El desempleo es muy marcado en nuestro medio, la falta de preparación de las personas, esto desencadena una serie de situaciones donde la familia no tiene accesibilidad de este recurso, la pobreza lleva consigo problemas de salud, educación y vivienda.

La falta de dinero dificulta el acceso a los servicios de salud, sobre todo cuando el traslado implique gastos de pasaje, alimento y que toda la familia sale de la comunidad; no solamente usuaria.

2.3.1.2 Factor cultural

Se define al conjunto complejo que incluye conocimientos, creencias, artes, moral, costumbres, y otras capacidades y hábitos como miembros de la sociedad.

En algunas culturas, por ejemplo: son numerosas las mujeres que rechazan la anticoncepción porque al tener hijos y criarlos siguen el sendero que las lleva al respeto y la dignidad que ha de conferirles la sociedad.⁴¹

2.3.1.2.1 Factor Religioso:

Creencias: En nuestras comunidades prevalece la religión católica y protestante, pero a parte también existen los mitos que tiene sus años en los más ancianos.

Actualmente existe el 80% tanto católicos y protestantes de acuerdo al censo laborado anualmente, las iglesias cada día participan más entorno a la temática de Salud Reproductiva.

Hay líderes de iglesias sostienen que las familias deben tener el número de hijos que quieran, como dice la sagrada biblia “Fructificar y multiplicaos”⁴², por lo que sus feligrés tienen cierto respeto y optan por métodos naturales como la lactancia materna.

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

2.3.1.2.2 Factor Mito.

Mito: sistema de creencias de una cultura o de una comunidad, la cual los considera historias verdaderas.

Es importante señalar que los mitos no solo son el resultado de la cultura popular, también son creados o reforzados intencionalmente con el fin de sustentar determinadas posturas u opiniones. Hay pequeños grupos de la sociedad, especialmente vinculados a algunas religiones que consideran que las relaciones sexuales tienen que estar siempre orientadas a la reproducción y que deben darse únicamente dentro del matrimonio. En consecuencia, cualquier mecanismo que impida este mandato se asume como una ofensa o como algo que no debería ocurrir. Esto lleva a que pequeños sectores que asumen estos principios piensen que los métodos anticonceptivos atentan contra esta forma de mirar la vida y en función de ello desarrollan determinadas campañas que tergiversan la información basada en evidencias científicas. (Ver anexo 3)

Estas distorsiones están dirigidas a:

- a) Evitar el uso continuo de los métodos anticonceptivos.
- b) Limitar su uso a personas adultas, promoviendo que no sean accesibles a las adolescentes, a pesar de las necesidades que tiene esta población de contar con métodos anticonceptivos seguros.
- c) No usar ningún método, especialmente los denominados modernos.
- d) Atribuir a los anticonceptivos efectos adversos inexistentes o no comprobados.
- e) Promover la maternidad como una necesidad biológica y sanitaria de las mujeres.⁴³

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hi: Los factores socioculturales determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar.

3.2 HIPOTESIS NULA

Ho: Los factores socioculturales no determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar.

3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS U OBSERVACIÓN

Mujeres usuarias en edad fértil registradas en los tabuladores de planificación familiar (U.C.S.F. La Presita, U.C.S.F. La Carrillo) y fichas familiares 2013 (U.C.S.F. Trompina El Bejucal, Sociedad)

3.4 VARIABLES

A. Variable Independiente: Factores Socioculturales

B. Variable Dependiente: Los métodos de planificación familiar.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DEL SISTEMA DE HIPÓTESIS

A. Variable Independiente: Factores Socioculturales

B. Variable Dependiente: Los métodos de planificación familiar.

Hipótesis de trabajo	VARIABLES	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
<p>Hi Los factores socioculturales determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar.</p>	<p>V1: Factores socioculturales</p>	<p>Se define como factor social al conjunto de rasgos según las pautas sociales dominantes en una sociedad</p> <p>Se define como factor cultural al conjunto complejo que incluye conocimientos, creencias, artes, moral, costumbres, y otras capacidades y hábitos como miembros de la sociedad.</p>	<p>Características socio demográficas</p> <p>Factor cultural</p>	<p>Mediante la aplicación de una Cédula de entrevista</p>	<p>-Procedencia -Edad -Estado familiar -Escolaridad -Ocupación -Ingresos económicos</p> <p>-Religión -Mitos -Relaciones sexuales -Patrón cultural - (Machismo)</p>

Hipótesis de trabajo	Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
	<p>VD: Aceptación de los Métodos de planificación familiar</p>	<p>Se define como todos aquellos mecanismos utilizados voluntariamente por el hombre, mujer o la pareja idealmente en común acuerdo con el fin de evitar la concepción.</p>	<p>Preferencias de los Métodos de Planificación Familiar</p>	<p>Mediante la aplicación de una cédula de entrevista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Practicas -Aceptabilidad -Eficacia -Accesibilidad -Seguridad -Conocimientos

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Según la naturaleza del estudio, de acuerdo a las características del tema el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información la investigación se clasifica como descriptivo, prospectivo, transversal y analítico.⁴²

Cuantitativo porque permite examinar la información en forma numérica y presentar los resultados de los datos obtenidos en cuadros y gráficas, además proporciona las bases para determinar si existe aceptación por las usuarias de edad fértil hacia los métodos de planificación familiar

Es de tipo **Cualitativo** porque se analizan e interpretan los resultados obtenidos de la cédula de entrevista de tal forma que ayuda a determinar los factores socioculturales y llegar a las verdaderos motivos del porque las usuarias de edad fértil aceptan un determinado método de planificación familiar basado en el contenido de la respuesta de las pacientes usuarias de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar y Especializa La Presita, Unidad Comunitaria de Salud familiar La Carrillo, San Miguel y Trompina El Bejucal Sociedad, período julio a septiembre 2013.

Según el tiempo de recolección de Datos: es de tipo **Transversal** porque se estudian las variables (sociales y culturales) en un determinado momento (año 2013) haciendo un corte en el tiempo.

Según el Alcance de los Resultados: es **descriptivo** porque permite interpretar los resultados de los datos obtenidos de la información y brindar las bases para determinar los tipos de métodos de planificación a las que las pacientes usuarias en edad fértil pueden tomar para aceptar un método de planificación familiar determinado en las U.C.S.F. en estudio. Y analítico porque en base a los resultados que se obtuvieron al final de la investigación se realizaron las conclusiones para aceptar o rechazar la hipótesis de trabajo.

Según el Tiempo de Ocurrencia de los Hechos y Registros de la información: es **Prospectivo** porque se registra la información recolectada al momento de hacer las cédulas de entrevistas a las usuarias de edad fértil que consultan en las U.C.S.F año 2013.

4.2 POBLACIÓN O UNIVERSO

La población que se toma en cuenta para la realización del estudio es de 3,369 que incluye a las mujeres usuarias de los servicios de Salud en las Unidades Comunitarias en estudio de edad fértil que consultan en 2013.

TABLA N° 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Unidad Comunitaria de Salud Familiar	Mujeres usuarias edad fértil
La Presita	2,145
La Carrillo	1,027
Trompina	197
TOTAL	3,369

Fuente: Programa de planificación familiar (tabuladores mensuales de los métodos de planificación familiar), Ficha Familiar 2013 UCSF Trompina El Bejucal (Sociedad)

En base a los datos de las pacientes usuarias de edad fértil que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar registradas en el libro de tabuladores de planificación familiar, se calcula el total de pacientes a estudiar (universo) del cual obtenemos la muestra.

4.3 MUESTRA

La muestra quedará constituida por 736 usuarias distribuidas en las 3 U.C.S.F. Para determinar la muestra el grupo investigador se auxilió de la siguiente fórmula estadística:

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

Donde

n= Muestra

Z= Valor resultante de confiabilidad

P= Probabilidad de ser elegido en el estudio

Q= Tamaño de no ser elegido en el estudio

N= tamaño de la población

E= error muestral

Datos

n=?

Z= 1.96

P= 0.5

Q= 0.5

N= N₁ 2145, N₂ 1027, N₃ 197

E= 0.05

Sustituyendo: muestra 1 (N₁)

$$n_1 = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(2,145)}{(2,145-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n_1 = \frac{(3.8416)(0.25)(2,145)}{(2,144)(0.0025) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n_1 = \frac{2,060.1}{5.36 + 0.9604}$$

$$n_1 = \frac{2,060.1}{6.3204}$$

n₁ = 326

Sustituyendo: muestra 2 (N₂)

$$n_2 = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(1,027)}{(1,027-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n_2 = \frac{(3.8416)(0.25)(1,027)}{(1,026)(0.0025) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n_2 = \frac{986.3308}{2.565 + 0.9604}$$

$$n_2 = \frac{986.3308}{3.5254}$$

n₂ = 280

Sustituyendo: muestra 3 (N₃)

$$n_3 = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(197)}{(197-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n_3 = \frac{(3.8416)(0.25)(197)}{(196)(0.0025) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n_3 = \frac{189.1988}{0.49 + 0.9604}$$

$$n_3 = \frac{189.1988}{1.4504}$$

n₃ = 130

TABLA N° 2 DISTRIBUCIÓN DE LAS MUESTRAS

Unidad Comunitaria de Salud Familiar	Mujeres usuarias edad fértil	Fr.
La Presita	326	44.29
La Carrillo	280	38.04
Trompina	130	17.66
TOTAL	736	100

Fuente: La muestra calculada por la formula estadística antes mencionada de las usuarias distribuidas en las 3 U.C.S.F. con sus respectivos porcentajes.

4.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA

5.4.1 Criterios de Inclusión.

- ✓ Ser mujer de edad fértil
- ✓ Vida sexual activa
- ✓ Que consulten en las U.C.S.F La Presita, La Carrillo, Trompina
- ✓ Participar voluntariamente en el estudio mediante el conocimiento informado (Ver anexo 4)⁴³

5.4.2 Criterios de Exclusión.

- ✓ Paciente post-menopáusica
- ✓ Amenorrea secundaria
- ✓ Pacientes con cromosopatías
- ✓ Pacientes con morbilidad asociada que le obligue al uso de un determinado método de planificación familiar.

4.5 TIPO DE MUESTREO

El tipo de estudio es probabilístico aleatorio simple se pasó a las pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó encuestas en base a la población y a la muestra de cada U.C.S.F.

Unidad de información: mujeres usuarias de edad fértil

Unidad de estudio: mujeres usuarias de edad fértil

4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas documentales:

La información recopilada para la estructuración del tema de investigación se obtiene de la bibliografía consultada: lineamientos técnicos de planificación familiar, Revistas científicas, documentos, artículos de internet, datos estadísticos, censos, expedientes clínicos.

Técnicas de campo:

La entrevista permitió estandarizar la información necesaria de la investigación lo que permitió obtener el análisis estadístico.

4.7 INSTRUMENTO

Se utilizó una cédula de entrevista constituida por 35 preguntas cerradas, abiertas y dirigidas a las mujeres usuarias de edad fértil que consultan en las U.C.S.F en estudio. (Ver anexo 5)

La cédula de entrevista consta de:

- ✓ Características sociodemográficas
- ✓ Factores culturales
- ✓ Preferencias sobre los métodos de planificación familiar.

Según la aceptación de un determinado método de planificación familiar por las usuarias de edad fértil, se estableció una escala de medición tomando en cuenta el porcentaje de respuestas contestadas correctamente por las entrevistadas, realizando 8 preguntas sobre las características sociodemográficas, 11 preguntas sobre los factores culturales, 16 preguntas sobre conocimientos de métodos de planificación familiar. Se dirigió a las pacientes usuarias a estudiar en año 2013.

4.8 PROCEDIMIENTOS

4.8.1 Planificación.

En el Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina y las coordinadoras del proceso de graduación con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó el docente asesor con la cual posteriormente en reunión se seleccionó el tema a investigar y el lugar en que se realizará la investigación. Además se inició la búsqueda de información sobre el tema a investigar, posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo y fue presentado de forma escrita al cual se realizaron correcciones señaladas por asesor y jurados. Se realizó la elaboración del protocolo de investigación contando con asesoría metodológica y estadística. Además se decidió enviar una carta de solicitud de permiso a los directores de las respectivas U.C.S.F para poder aplicar el instrumento de la investigación

4.8.2 Ejecución.

La población en estudio es de 736 mujeres usuarias en edad fértil distribuidas de la siguiente manera 326 de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar y Especializada “La Presita”, 280 de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar “La Carrillo” San Miguel y 130 de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar “Trompina” El Bejucal, Sociedad, Morazán, lo anterior se llevó a cabo durante el año 2013.

Previo a la ejecución de la investigación se realizó la validación del instrumento en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar “San Miguel” donde se pasó el instrumento a 15 mujeres usuarias de edad fértil que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas para posteriormente modificarlas de acuerdo a los resultados, además se tomó en cuenta el tiempo que requirió la administración del instrumento para valorar el número de entrevistas a programar por día. El trabajo se realizó cuando la paciente usuaria en edad fértil asistió a consulta por demanda espontánea o consulta por cita médica al establecimiento de salud, allí se le explico en qué consiste el estudio y si está dispuesta a participar en él posteriormente se le proporcionó el conocimiento informado, se procedió a leerle cada una de las preguntas de la cedula de entrevista elaborada a la vez se fue dando respuesta a cada una de las interrogantes hechas a la usuaria.

4.8.3 Plan de Análisis.

Para poder determinar o darle respuesta a los resultados de la investigación con respecto a los factores socioculturales son los que determinan la aceptación de métodos de planificación familiar en las usuarias de edad fértil, se realizó la tabulación utilizando el programa SPSS V19.0 (Software procesador de datos estadísticos versión 19).⁴⁴ De esta manera se realizaron tablas y gráficos que permitieron el análisis e interpretación de los resultados de cada una de las respuestas, a través de los métodos de frecuencia y frecuencia relativa, lo cual permitió la presentación de los datos de forma sistémica.

Fórmula de la frecuencia relativa (Fr.)

$$\text{Fr.} = f/n \times 100$$

Dónde:

N= Total.

F= Frecuencia.

Para dar respuesta a los objetivos e hipótesis de la investigación se cuenta con una escala para valorar la aceptación que tienen las usuarias para tomar un determinado método de planificación familiar, elaborada a partir del instrumento elaborado por los integrantes del grupo investigador para determinar los factores socioculturales que determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar en las pacientes usuarias de edad fértil.

4.8.4 Riesgos y beneficios

Riesgos: No habrá riesgo ni molestia para las usuarias relacionado con la participación en esta investigación.

Beneficios: Los resultados que se generen pueden servir para realizar propuestas educativas e intervenciones educativas que promuevan, apoyen y fomenten la aceptación de los métodos de planificación familiar libre y responsable para lograr la anticoncepción.

4.8.5 Consideraciones éticas

La participación de la población es voluntaria y anónima previamente se les explicó lo que consiste el estudio para que con su conocimiento sean entrevistadas

Las personas que participaron en la investigación se les hicieron la entrevista la cual fue llenada por los investigadores.

5. RESULTADOS

5.1 Tabulación, análisis e interpretación de los datos sobre las encuestas dirigidas a las usuarias de edad fértil que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud familiar La Carrillo San Miguel, Trompina El Bejucal Sociedad, y Especializada La Presita San Miguel. Año 2013.

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

TABLA N° 3. POBLACIÓN SEGÚN PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	F.	Fr.
Rural	321	43.61
Urbano	415	56.39
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

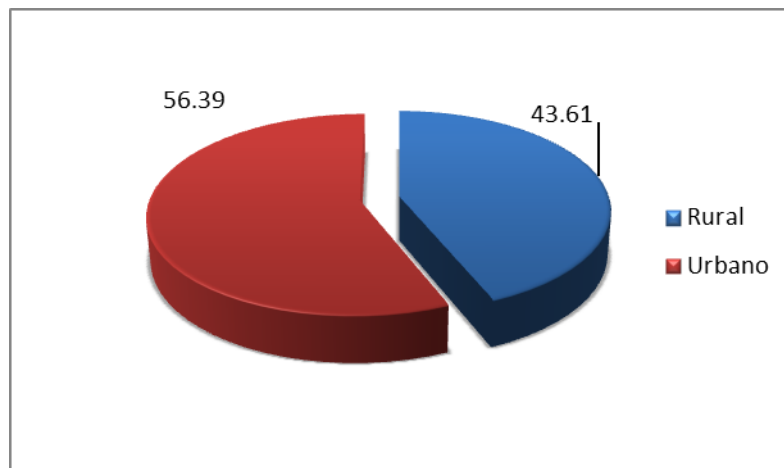
ANÁLISIS:

-En base a la tabla n°3 se puede observar que de las 736 usuarias de edad fértil sometidas al estudio, el 56.39% proceden del área urbana en comparación de un 43.61% provenientes del área rural.

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°1 muestra que la mayoría de las pacientes usuarias de edad fértil consultantes proceden del área urbana esto debido a que la mayoría de la población correspondiente a las U.C.S.F La Carrillo y Especializada La Presita es área urbana y la U.C.S.F. Trompina en su totalidad comprende población del área rural, otro factor que puede influir en esta distribución es el hecho de que la población de área rural consulta en establecimientos cercanos a su vivienda y hay poca afluencia de pacientes de área rural en las U.C.S.F. Urbanas. Esta frecuencia se mantiene para todos los tipos de programas lo cual se corrobora con los censos de consulta diarios.

GRÁFICA N° 1. POBLACIÓN SEGÚN PROCEDENCIA



Fuente: Tabla n°3

TABLA N° 4. POBLACIÓN SEGÚN EDAD

EDAD	F.	Fr.
15●●25	427	58.01
25—●35	226	30.71
35—●45	83	11.28
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

ANÁLISIS:

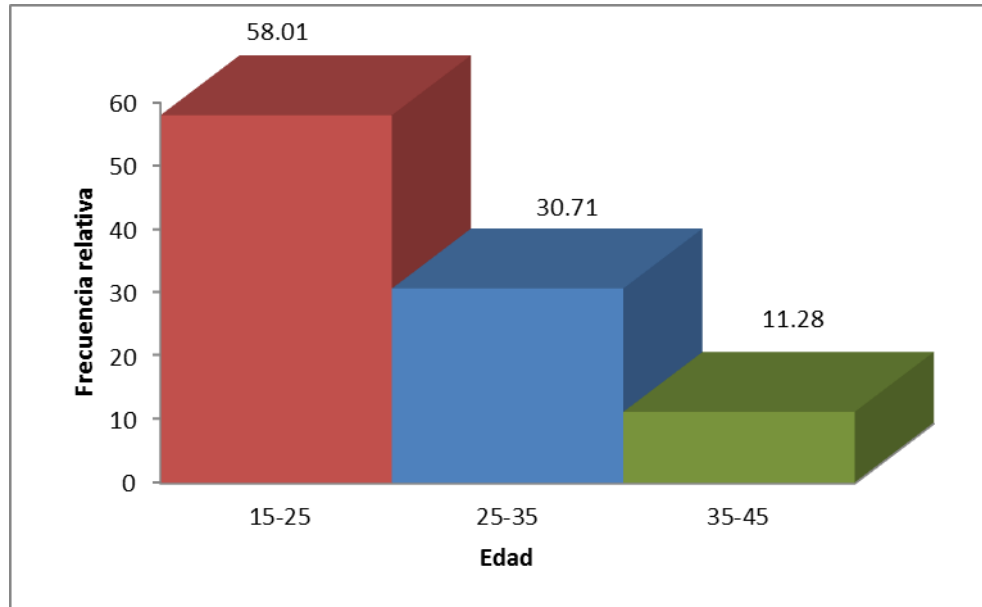
-Se puede observar en la tabla n°4 que el 58.01% de la población en estudio comprende los rangos de 15-25 años, un 30.71 pertenecen al grupo de 26-35 años, solo un 11.28% pertenecen a los 36-45 años.

INTERPRETACIÓN:

-En base a la información obtenida en la gráfica n°2 se observa que la mayoría de las pacientes usuarias de edad fértil que consultan las U.C.S.F. en estudio corresponden al rango de 15-25 años, esto es debido a que la mayoría de estas son nulíparas o cuentan con 1-2 hijos y utilizan los métodos de planificación familiar para evitar familias supernumerarias, se puede observar que a mayor edad, menor porcentaje de planificación,

se debe a que las pacientes con mayor edad optan por métodos permanentes como la esterilización.

GRÁFICA N° 2. POBLACIÓN SEGÚN EDAD



Fuente: Tabla n°4

TABLA N° 5. ESTADO FAMILIAR DE LAS MUJERES EN ESTUDIO

ESTADO FAMILIAR	F.	Fr.
Soltera	17	2.31
Acompañada	407	55.3
Casada	297	40.35
Viuda	7	0.95
Divorciada	8	1.09
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

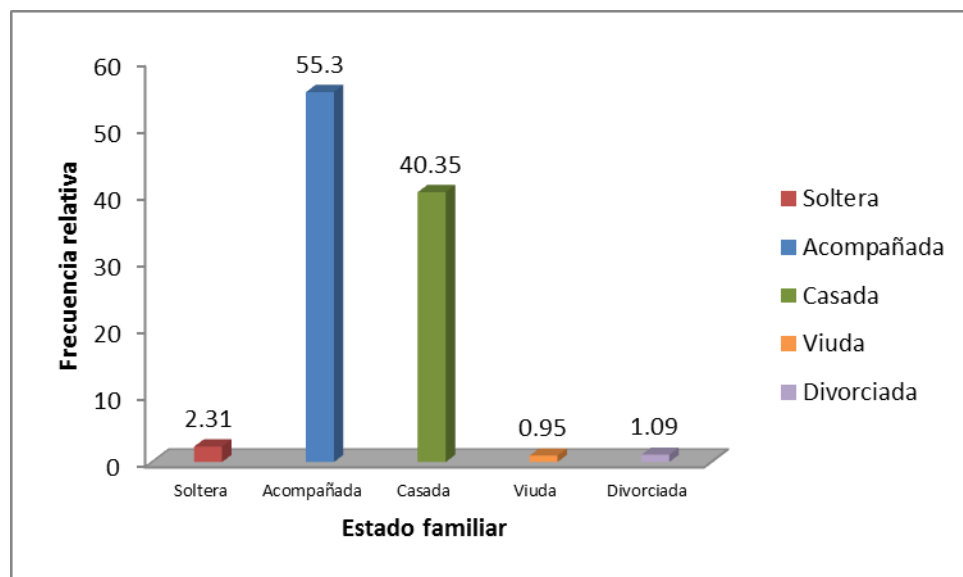
ANÁLISIS:

-La tabla n°5 muestra del total de la población estudiada el 55.03% de las pacientes son acompañadas o unión estable, 40.35% son pacientes casadas y en porcentajes muy bajos están 2.31% manifiestan estar solteras, el 1.09% son divorciadas y el 0.95 % viudas.

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°3 muestra que la mayoría de las pacientes son acompañadas, le sigue el grupo de las pacientes casadas esto revela parte importante de la cultura de las pacientes que consultan ya que la mayoría utiliza un método de planificación familiar si cuenta con una pareja estaba o estar casada y solo un pequeño porcentaje de pacientes que se declaran solteras utilizan métodos de planificación familiar previo a establecer una relación de pareja el resto con menor porcentaje son divorciadas o viudas en gran parte son pacientes arriba de 40 años ya no tienen interés de tener vida sexual activa.

GRÁFICA N° 3. ESTADO FAMILIAR DE LAS MUJERES EN ESTUDIO



Fuente: Tabla n°5

TABLA N° 6. ALFABETA

ALFABETA	F.	Fr.
Si	418	56.79
No	318	43.21
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

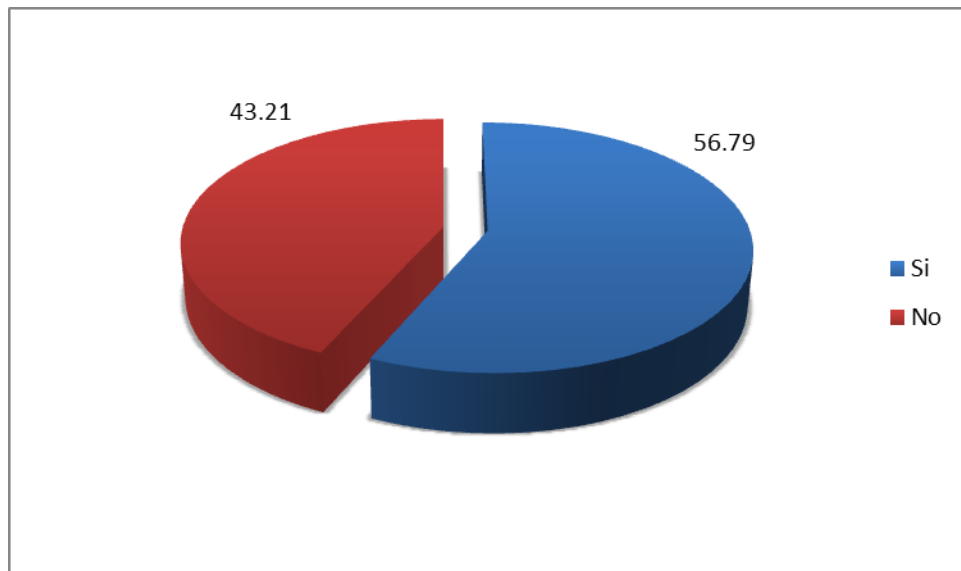
ANÁLISIS:

-La Tabla n°6 muestra del total de las pacientes en estudio un 56.79% manifiesta que si sabe leer y escribir lo contrario el 43.21% dice que no sabe.

INTERPRETACIÓN:

-En la gráfica n°4 se comprueba que la mayor parte de la población en estudio sabe leer y escribir esto indica que las pacientes tienen cierto grado de entendimiento para la aceptación de un determinado método de planificación familiar, y el otro porcentaje indica que muchas de las pacientes analfabetas utilizan un determinado método pero lo hacen después de mucha consejería por el personal de salud.

GRÁFICA N° 4. ALFABETA



Fuente: Tabla n°6

TABLA N° 7. NIVEL DE ESCOLARIDAD

NIVEL DE ESTUDIO	F.	Fr.
Ninguno	67	9.1
Primer ciclo*	88	11.96
Segundo ciclo	218	29.62
Tercer ciclo	142	19.29
Bachillerato	146	19.84
Educación Superior	75	10.19
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

*Aquí se comprende también a las mujeres en edad fértil que asistieron a la escuela y no aprendieron a leer y a escribir

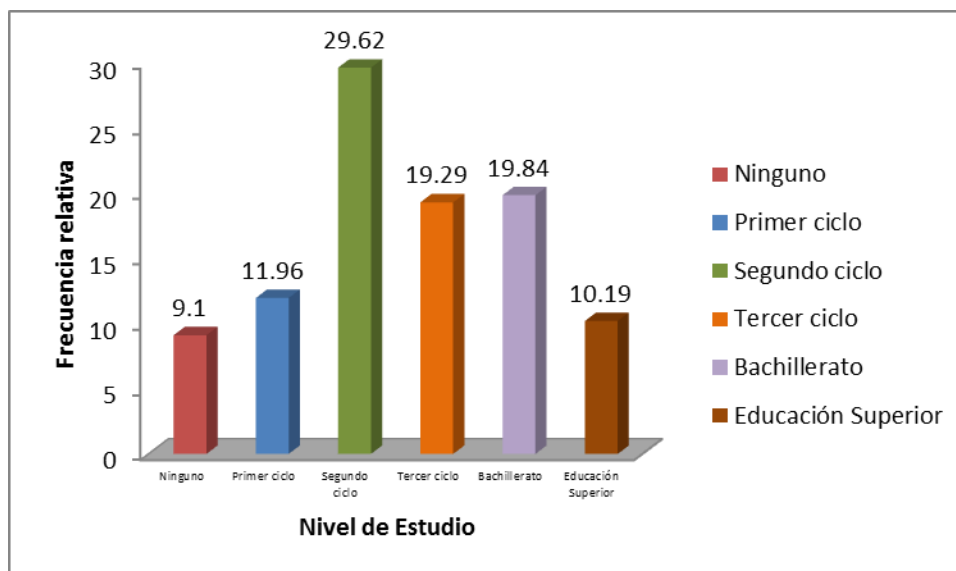
ANÁLISIS:

-En la tabla n°7 se ha dividido a las pacientes en base al grado de escolaridad es así que el 29.62% manifestó haber realizado estudios de 2° ciclo de educación básica, el 19.84% realizó estudios de bachillerato, el 19.29% realizó estudios de tercer ciclo de educación básica, el 11.96% de la población realizó estudios de primer ciclo de educación básica, el 10.19% realizó estudios de educación superior y el 9.1% no tiene escolaridad.

INTERPRETACIÓN:

-La grafica n°5 muestra que el uso de los métodos de planificación familiar se relaciona directamente con el grado de educación de las pacientes, observándose que la mayoría de las pacientes cuentan con un nivel de educación básica, esto se debe principalmente a que algunos centros escolares brindan información sobre los métodos de planificación familiar y despejan algunas dudas sobre los métodos esto facilita a que las pacientes consulten las U.C.S.F para que se les brinde un determinado método. Un mínimo porcentaje de pacientes que no han asistido a escuelas están usando un determinado método de planificación familiar, estos nos indican que las pacientes sin ningún nivel educativo no han obtenido información adecuada sobre los métodos de planificación familiar y esto crea desconfianza y rechazo a los métodos de planificación familiar, es de hacer notar que un mínimo porcentaje de las pacientes manifiestan tener estudios superiores tanto universitarios como no universitarios.

GRÁFICA N° 5. NIVEL DE ESCOLARIDAD



Fuente: Tabla n°7

TABLA N° 8. TRABAJO REMUNERADO

TRABAJO REMUNERADO	F.	Fr.
Si	271	36.82
No	465	63.18
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

ANÁLISIS:

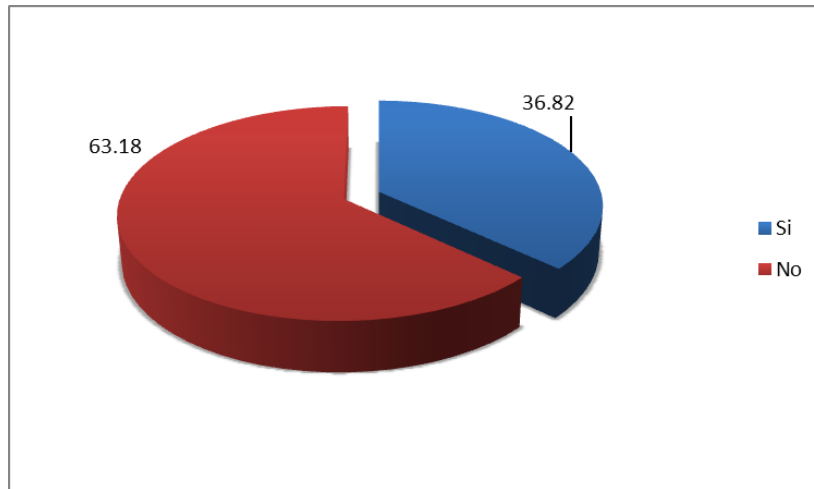
-En la tabla n°8 se muestra que la mayoría de las pacientes encuestadas no poseen trabajo remunerado con un porcentaje de 63.18%. Lo contrario el 36.82% manifiestan que si poseen un trabajo donde devengan un sueldo.

INTERPRETACIÓN

-La gráfica n°6 indica que el factor económico es gran determinante para la aceptación de los métodos de planificación familiar ya que son ofertados de manera gratuita en los centros

asistenciales porque la mayor demanda de las pacientes son las domesticas y una tercera parte del porcentaje de las encuestadas tienen empleo remunerado donde lo pueden costear.

GRÁFICA N° 6. TRABAJO REMUNERADO



Fuente: Tabla n°8

TABLA N° 9. OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	F.	Fr.
Doméstica	456	61.96
Empleado Público	109	14.81
Sector privado	54	7.34
Sector informal	83	11.28
Trabajo Independiente	34	4.61
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

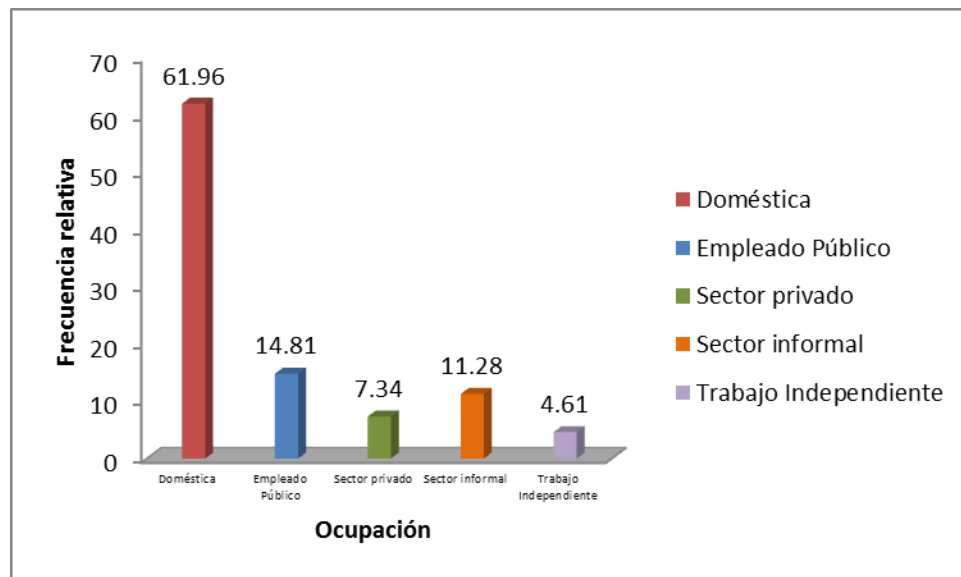
ANÁLISIS:

-En la tabla n°9 muestra de la población estudiada el 61.96% de las pacientes refieren como ocupación los oficios domésticos, el 14.81% son empleados públicos, el 11.28% se dedican al sector informal, el 7.34% son parte del sector privado y el 11.61% tienen trabajos independientes.

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°7 muestra que es verdaderamente significativo observar que más de la mitad de las pacientes no cuentan con un empleo o trabajo y se dedican a oficios domésticos o al cuidado de la familia algo característico en áreas rurales donde la mayoría de las familias dependen del hombre como fuente de ingresos familiares, lo cual provoca que los ingresos familiares sean bajos, solo un mínimo porcentaje de pacientes manifiesta aportar fondos a la economía familiar en empleos públicos, sector privado e informal.

GRÁFICA N° 7. OCUPACIÓN



Fuente: Tabla n°9

TABLA N° 10. INGRESO FAMILIAR MENSUAL APROXIMADO

INGRESOS ECONOMICO	F.	Fr.
\$0●●\$100	184	25
\$100●●\$200	401	54.5
\$200●●\$300	151	20.5
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

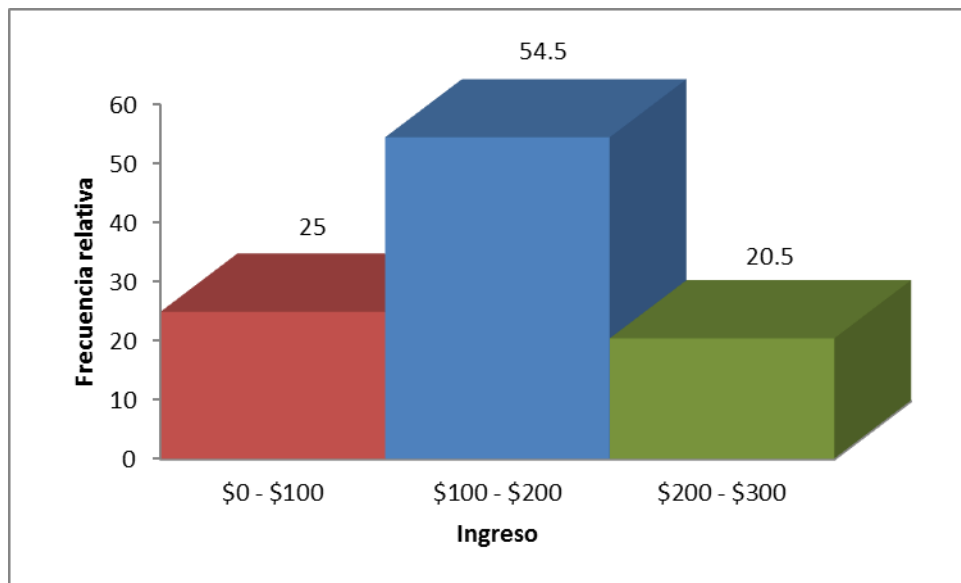
ANÁLISIS:

-En base a la tabla n°10 el 54.5% de las entrevistadas manifiestan obtener ingresos económicos de \$100-200, el 25% manifiestan tener ingresos económicos iguales o menores de \$100; solo un 20.5% tienen ingresos superiores de \$200.

INTERPRETACIÓN:

-En la gráfica n°8 se puede observar que los ingresos familiares son en su mayoría bajos ya que no existe una fuente de empleo fijo y la mayoría que recibe ingresos depende de la temporada de trabajo como jornalero presentando ingresos en su mayoría entre \$100-200 cuando es temporada de trabajo con lo cual es difícil cubrir la canasta básica familiar, existen épocas del año en que las pacientes manifiestan que sus ingresos son menores.

GRÁFICA N° 8. INGRESO FAMILIAR MENSUAL APROXIMADO



Fuente: Tabla n°10

II. FACTORES CULTURALES

TABLA N° 11. NÚMERO DE HIJOS

PARIDAD	F.	Fr.
0●●2 hijos	75	10.2
2—●4 hijos	498	67.7
4—●6 hijos	163	22.1
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

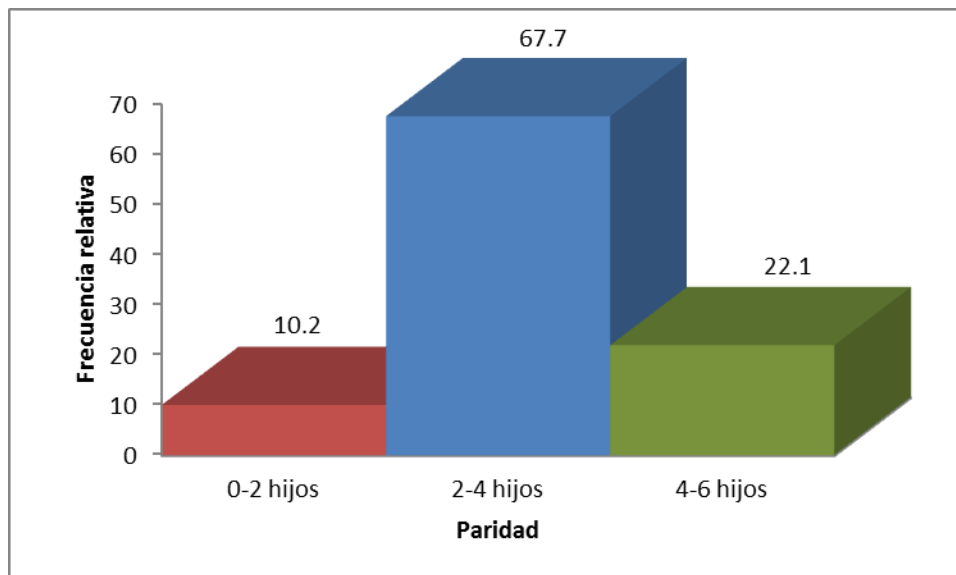
ANÁLISIS:

-La tabla n°11 refiere que al preguntar sobre su historia reproductiva un 67.6% manifestó tener de 0 a 2 hijos, un 22.1% tiene más de 2-4 hijos y solo 10.2% de las pacientes tienen de 4-6 hijos son nulíparas del total de la población objeto de estudio.

INTERPRETACIÓN:

-La grafica n°9 muestra que es importante la evaluación de la paridad ya que es significativo el porcentaje de pacientes que utilizan los métodos de planificación siendo las mujeres con 1-2 hijos con unión estable o casadas las que más utilizan los métodos de planificación familiar y las mujeres con 3 o más hijos optan por métodos permanentes como la esterilización; las mujeres nulíparas son el grupo más reducido de los que utilizan métodos debido a que estas pacientes esperan por lo general después de tener su primer hijo para iniciar el uso de un determinado método anticonceptivo ya que la mayoría no considera adecuado iniciar la planificación antes de tener su primer hijo.

GRÁFICA N° 9. NÚMERO DE HIJOS



Fuente: Tabla n°11

TABLA N° 12. GRUPO RELIGIOSO

GRUPO RELIGIOSO	F.	Fr.
Católico	422	57.3
Protestante	143	19.4
Ninguno	171	23.3
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

ANÁLISIS:

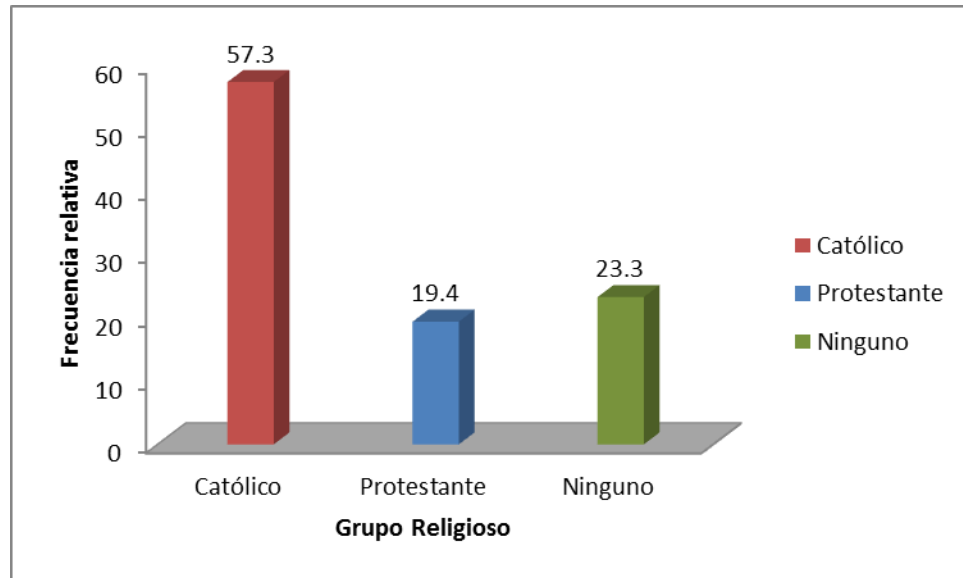
-la tabla n°12 muestra el 57.3% de la población en estudio pertenece a la iglesia católica, el 23.3% a ningún grupo religioso y el 19.4% a los grupos religiosos protestantes

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°10 muestra que hay una diferencia notable entre los diferentes grupos religiosos protestantes ante el marcado dominio del grupo católico en la población de estudio. Esto nos hace reflexionar que este grupo es el que más utiliza métodos anticonceptivos en relación con el grupo de los protestantes pues este grupo consulta menos

a las U.C.S.F. por influencia de sus líderes y como consecuencia hacen menos uso de sus programas de salud incluido el de planificación familiar por lo que si influye la religión en la decisión de usar un determinado método anticonceptivo.

GRÁFICA N° 10. GRUPO RELIGIOSO



Fuente: Tabla n°12

TABLA N° 13. PROHÍBE SU RELIGIÓN ALGÚN MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN

PROHIBE SU RELIGIÓN ALGUN METODO DE ANTICONCEPCIÓN	F.	Fr.
Si	184	25
No	552	75
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

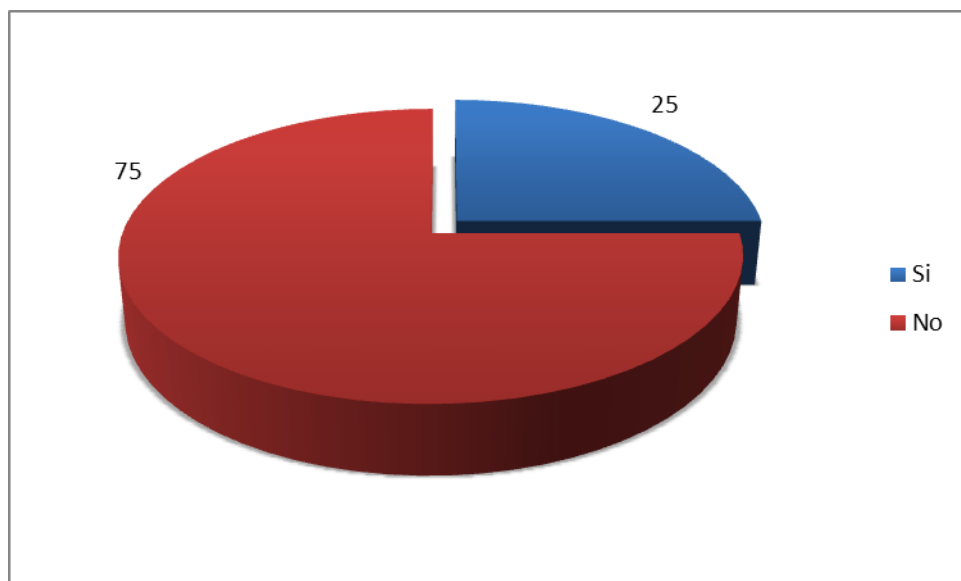
ANÁLISIS:

-La tabla n°13 describe la población perteneciente a los grupos religiosos el 25% manifestó que su religión le prohibía utilizar métodos anticonceptivos y el 75% no se le prohíbe utilizarlo.

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°11 refleja que teniendo en cuenta que la mayoría de la población en estudio es católica podemos decir que está influyendo menos en sus integrantes pues estos son los que hacen mayor uso de métodos anticonceptivos aun conociendo que este grupo religioso solo permite la planificación familiar con métodos naturales. Este resultado refuerza la interpretación anterior, que la religión si influye en la decisión de usar un método anticonceptivo.

GRÁFICA N° 11. PROHÍBE SU RELIGIÓN ALGÚN MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN



Fuente: Tabla n°13

TABLA N° 14. HA ESCUCHADO ALGÚN MITO SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

HA ESCUCHADO ALGUN MITO	F.	Fr.
Si	612	83.2
No	124	16.8
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

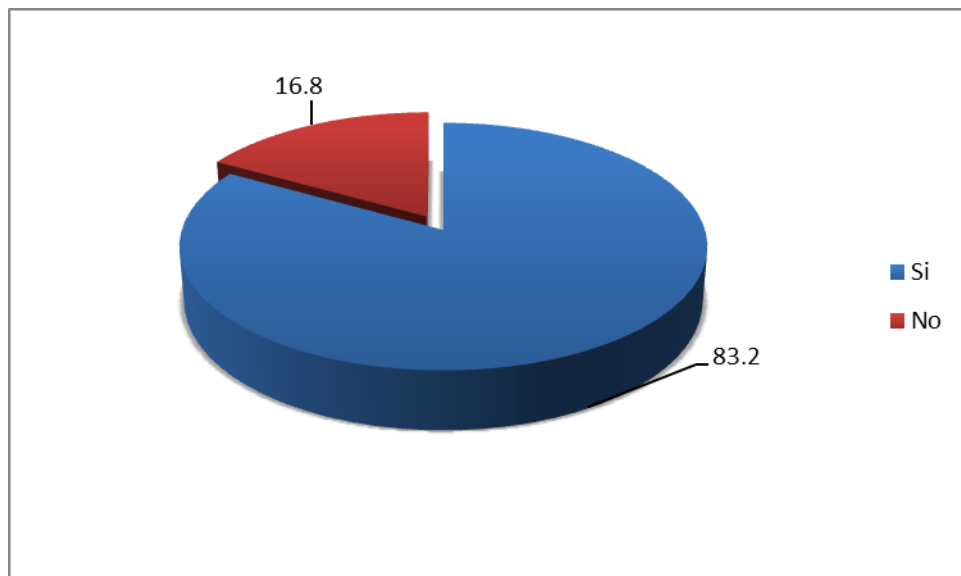
ANÁLISIS:

-La tabla n°14 muestra la población encuestada que manifestó en su mayoría 84.2% haber escuchado algún mito sobre los métodos de planificación familiar. Solo el 16.8% manifestó no haber escuchado ningún mito.

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°12 muestra que el factor cultural es un poderoso determinante para la aceptación de un determinado método de planificación familiar prueba de ello que el rechazo al uso de los métodos de planificación familiar son debidos a las creencias populares de la población.

GRÁFICA N° 12. HA ESCUCHADO ALGÚN MITO SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Fuente: Tabla n°14

TABLA N° 15. MITOS SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

MITOS	F.	Fr.
Provoca Infertilidad	6	0.82
Producen Cáncer	246	33.42
Son abortivos	57	7.74
Perdida del deseo sexual	111	15.08
Engordan	240	32.61
Producen Acné	76	10.33
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

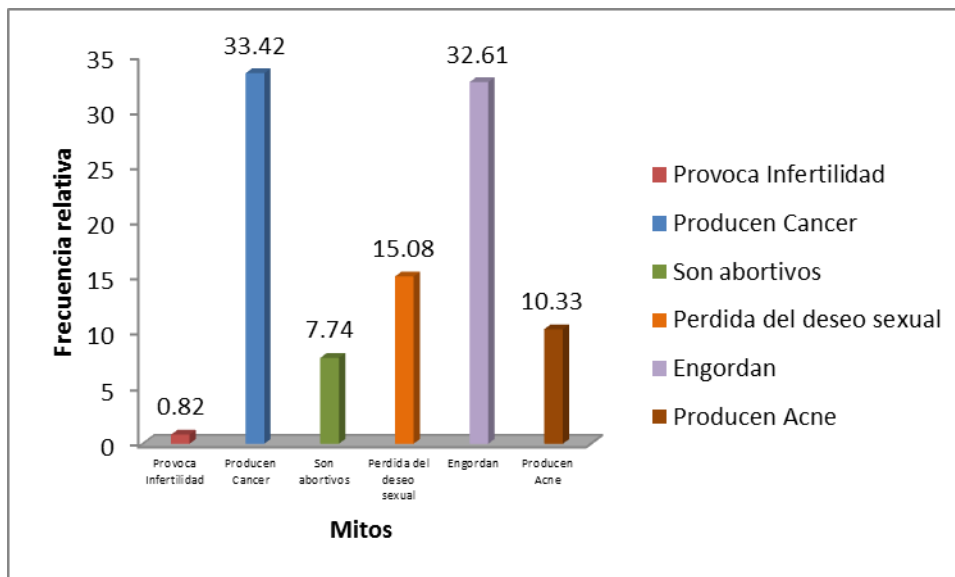
ANÁLISIS:

-En la tabla n°15 se refleja los porcentajes de mayor a menor sobre las creencias populares que la población en estudio conoce, teniendo un 33.42 % mito que produce cáncer, 32.61% mito que engorda, 15.08% mito perdida del deseo sexual, 10.33% mito que produce acné, 7.74% mito son abortivos y 0.82% mito que provoca infertilidad.

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°13 se aborda la pregunta anterior sobre las pacientes que han escuchado algún mito ya que de cierta manera depende de la superación de pensamiento de cada creencia popular para poder hacer uso de un determinado método de planificación familiar en su mayoría comparten el mito que producen cáncer ya que culpan al uso de los métodos anticonceptivos la aparición de una malignidad en su organismo (ej. Ca de mama, Ca de útero) de igual manera rechazan los métodos de anticoncepción porque les produce aumento de peso (inyección) y de forma descendente rechazan los métodos porque hay perdida del deseo sexual (condón), son abortivos (DIU), y mencionan en menor proporción que al dar uso a los métodos de planificación familiar a la larga cuando las pacientes deciden concebir un hijo ya no pueden pues pierden la fertilidad.

GRÁFICA N° 13. MITOS SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Fuente: Tabla n°15

TABLA N° 16. FUENTE DE INFORMACIÓN

FUENTE DE INFORMACIÓN	F.	Fr.
Familiares	147	19.97
Amigos	240	32.61
Redes Sociales	274	37.23
Otros	75	10.19
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

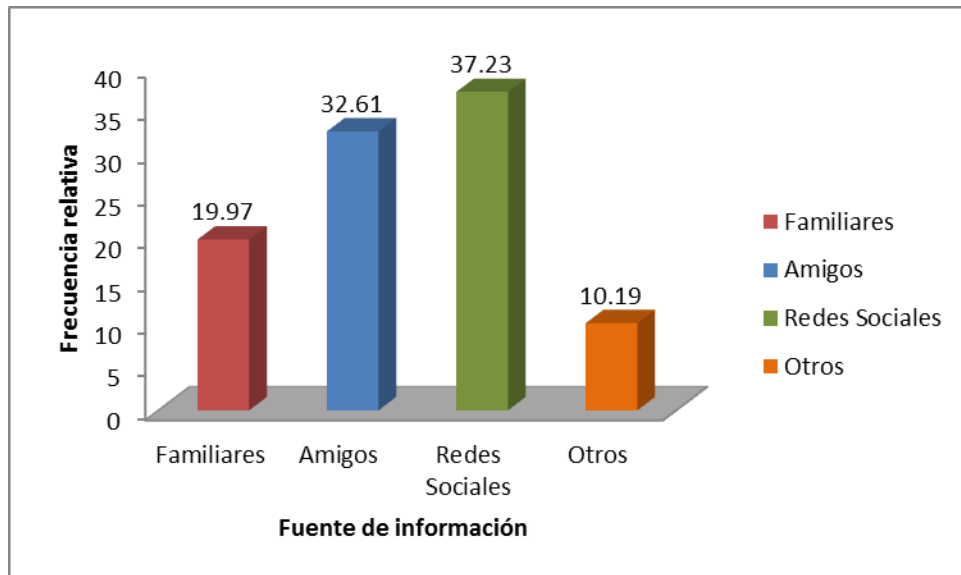
ANÁLISIS:

-En la tabla n°16 se muestra la fuente de información de los grupos sociales que reproducen los mitos teniendo así el 37.23% las redes sociales, el 32.61% son los amigos, 19.97% son los familiares de las pacientes y en menor porcentaje 10.19% son los tipos de personas ajenas al parentesco y grupo social de las pacientes.

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°14 indaga más sobre los 2 literales anteriores ya que aquí se representa los grupos de personas que reproducen los mitos siendo en mayor porcentaje las redes sociales (relación profesional, vecinos, medios de comunicación etc.) entre otros los amigos y los familiares de las pacientes ya que son personas que influyen en gran manera a que las pacientes decidan optar por un determinado método de anticoncepción, y por ultimo personas ajenas al parentesco de las pacientes.

GRÁFICA N° 14. FUENTE DE INFORMACIÓN



Fuente: Tabla n°16

TABLA N° 17. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

EDAD	F.	Fr.
10 ●●15 años	243	33.02
15—●20 años	326	44.29
20—●25 años	167	22.69
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

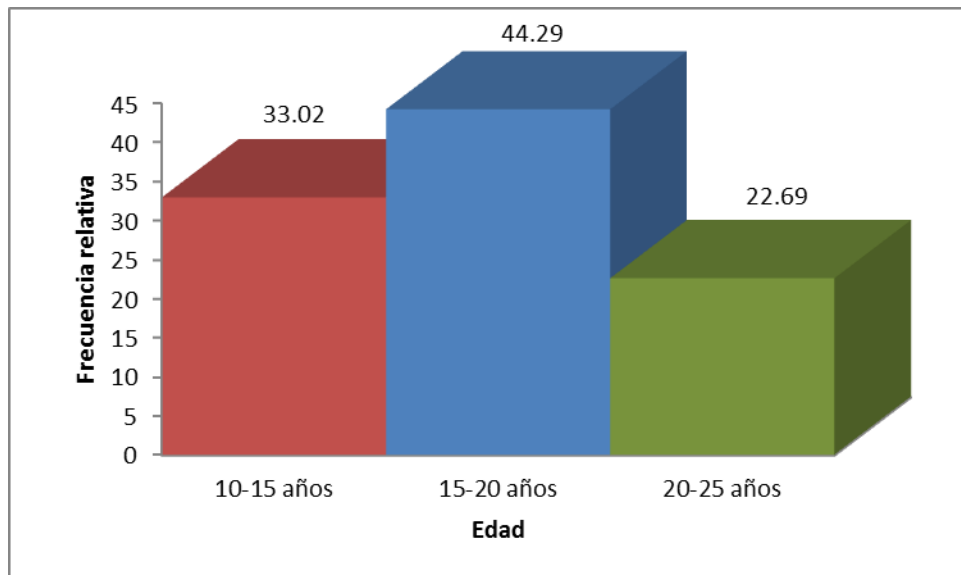
ANÁLISIS:

-La tabla n°17 muestra del total de las pacientes encuestadas el 44.29% manifestaron haber iniciado sus relaciones sexuales entre los 15-20 años, seguido el 33.02% que iniciaron antes de los 15 años y el 22.69% que iniciaron relaciones sexuales después de los 20 años.

INTERPRETACIÓN:

-la gráfica n°15 muestra que la mayoría de las pacientes han iniciado sus relaciones sexuales entre los 15 y 20 años, es la edad en que las adolescentes despiertan el interés por su sexualidad, y por la falta de educación sexual terminan acompañándose a temprana edad, además es la edad en que la mayoría concluye sus estudios escolares y con ello creen estar aptas para iniciar una vida sexual activa, aparte de esto el estado económico influye porque la pobreza en ocasiones obliga a las mujeres a salirse de su hogar y formar su familia buscando una mejor estabilidad económica, lo que empeora la situación.

GRÁFICA N° 15. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES



Fuente: Tabla n°17

TABLA N° 18. SE PROTEGE USTED AL MOMENTO DE TENER RELACIONES SEXUALES PARA NO QUEDAR EMBARAZADA.

SE PROTEGE	F.	Fr.
Si	528	71.74
No	208	28.26
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

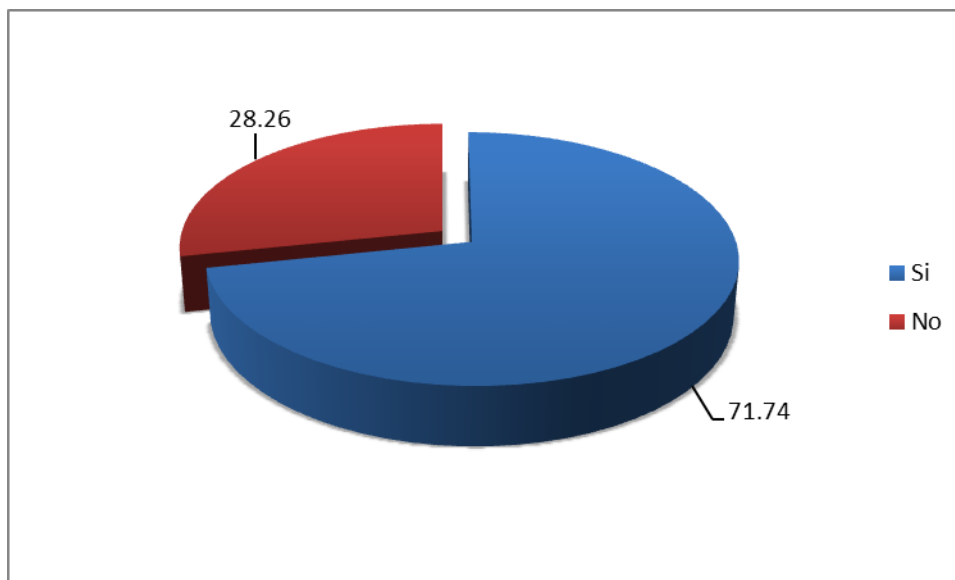
ANÁLISIS:

-La tabla n°18 muestra del total de las pacientes encuestadas sobre si se protegen al momento de tener relaciones sexuales para no quedar embarazadas la mayoría de las encuestadas osea el 71.74% manifiestan que si se protegen y solo el 28.26% practican sexo sin protección.

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°16 muestra de cierta manera las pacientes usuarias de edad fértil encuestadas admiten hacer uso de algún método de protección para prevenir la anticoncepción. Es de notar, que aquí se aborda los métodos naturales además de los hormonales, ya que en su mayoría de las pacientes encuestadas admiten por lo menos tener un hijo. El resto de las pacientes osea la minoría manifiesta seguir con prácticas sexuales sin protección ya que ese grupo de pacientes refiere padecer o haber padecido de algún trastorno de infertilidad (poliquistosis ovárica).

GRÁFICA N° 16. SE PROTEGE USTED AL MOMENTO DE TENER RELACIONES SEXUALES PARA NO QUEDAR EMBARAZADA.



Fuente: Tabla n°18

TABLA N° 19. SABE SU PAREJA SI USTED ESTÁ PLANIFICANDO

SABE	F.	Fr.
Si	657	89.27
No	79	10.73
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

ANÁLISIS:

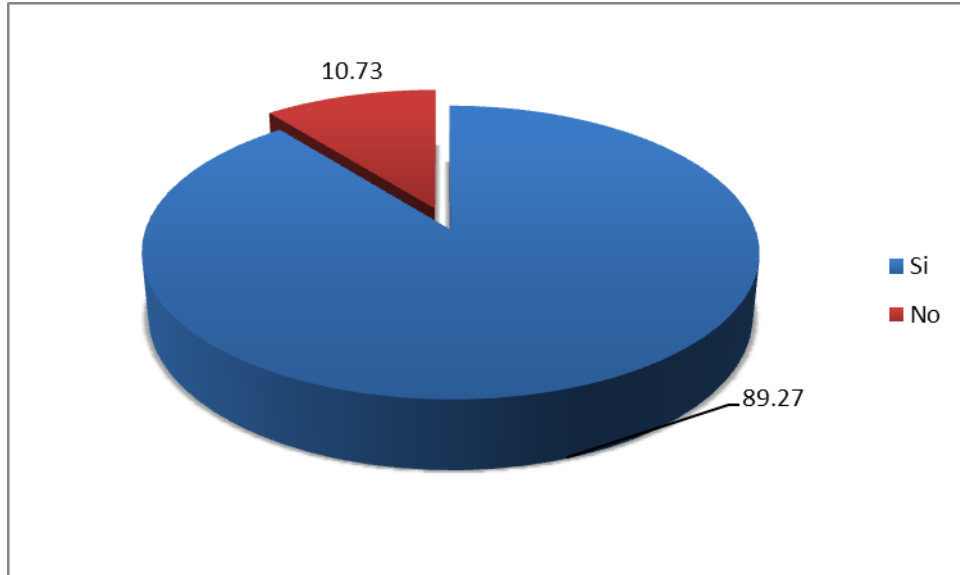
-En la tabla n°19 muestra de la población en estudio el 89.27% refiere que su pareja está enterada que utiliza un determinado método de planificación familiar y el 10.73% no ha informado a su pareja.

INTERPRETACIÓN:

-En la gráfica n°17 refleja que la gran mayoría de la población las parejas de las encuestadas conoce la utilización del método de planificación familiar, la minoría no

informa por lo tanto no involucra a su pareja en esta decisión ya que piensa que este podría rechazar la utilización del método.

GRÁFICA N° 17. SABE SU PAREJA SI USTED ESTÁ PLANIFICANDO



Fuente: Tabla n°19

TABLA N° 20. APOYO Y EL CONSENTIMIENTO DE SU PAREJA.

APOYO Y CONSENTIMIENTO DE SU PAREJA	F.	Fr.
Si	652	88.59
No	84	11.41
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

ANÁLISIS:

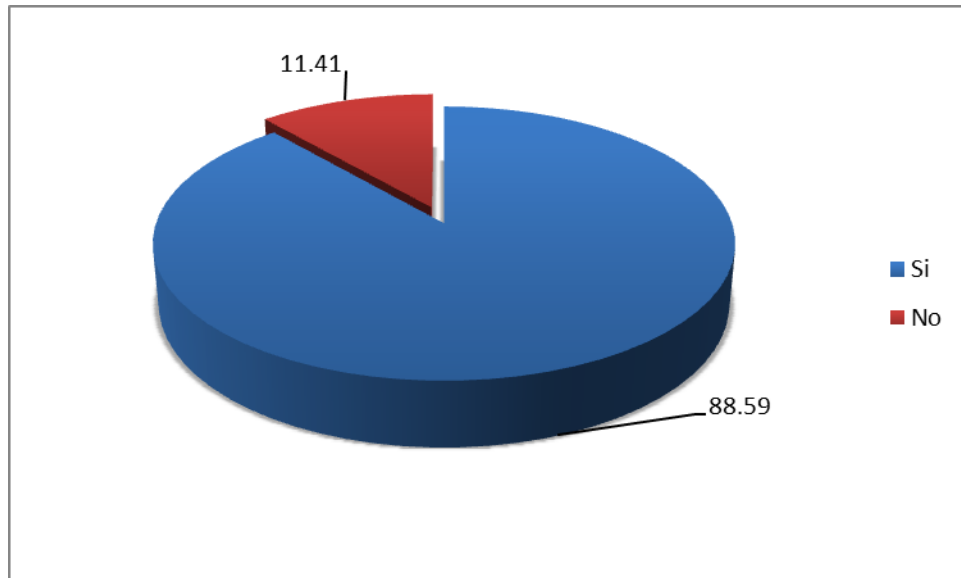
-En la tabla n°20 muestra de las mujeres incluidas en la población de estudio el 88.59% cuenta con el apoyo de su pareja y el 11.41% no.

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°18 muestra que la mayoría de las pacientes que están planificando cuentan con el apoyo de su pareja lo que refleja que la mayoría de veces es una decisión de acuerdo

mutuo, la minoría de las mujeres no cuenta con el apoyo de su pareja por lo que se puede relacionar con el hecho de no informar a la pareja sobre su estado de planificación o en contra de la opinión de su compañero.

GRÁFICA N° 18. APOYO Y EL CONSENTIMIENTO DE SU PAREJA.



Fuente: Tabla n°20

TABLA N° 21. FRECUENCIA EN QUE ASISTE CON SU PAREJA A LOS CONTROLES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

FRECUENCIA DE ASISTENCIA	F.	Fr.
Nunca	564	76.63
Casi nunca	24	3.26
Algunas veces	134	18.21
Casi siempre	14	1.9
Siempre	0	0
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

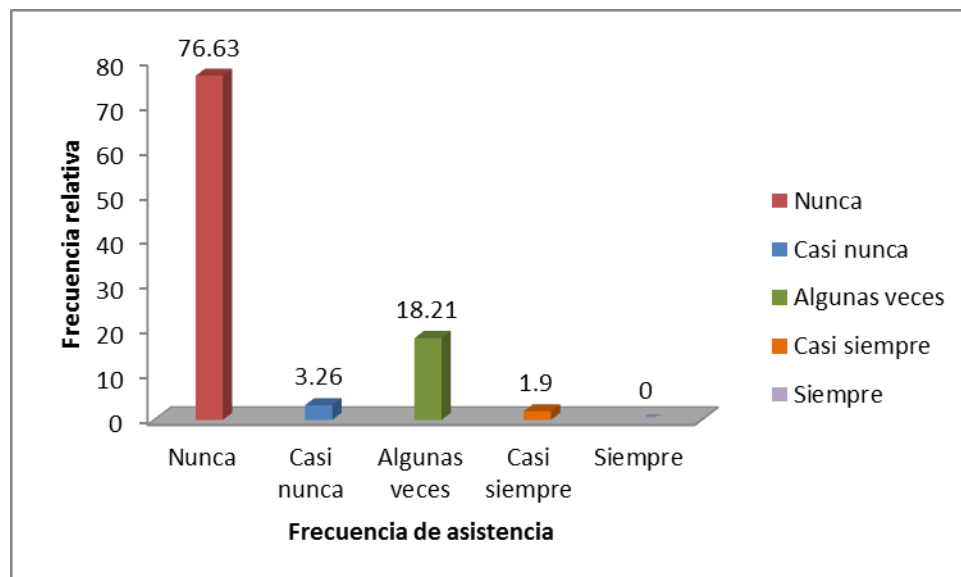
ANÁLISIS:

-En la tabla n°21 muestra del total de las encuestadas el 76.63% manifiesta que nunca es acompañada por su pareja a los controles de planificación familiar, el 18.21% refieren que algunas veces son participes de sus controles con sus parejas, el 3.26% refiere que casi nunca, el 1.9% refiere que casi siempre y el 0% definitivamente nunca han sido acompañas por sus parejas a sus controles de planificación familiar.

INTERPRETACIÓN:

-La grafica n°19 refleja una diferencia significativa de la población pues la mayoría nunca ha sido acompañada a los controles de planificación familiar por su pareja lo que lleva a pensar que la participación del hombre es en forma pasiva pues permite que su compañera planifique pero son pocos los que actúan de forma activa acompañando a su pareja.

GRÁFICA N° 19. FRECUENCIA EN QUE ASISTE CON SU PAREJA A LOS CONTROLES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Fuente: Tabla n°21

III. PREFERENCIAS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

TABLA N° 22. RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

RECIBIÓ INFORMACIÓN	F.	Fr.
Si	539	73.23
No	197	26.77
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

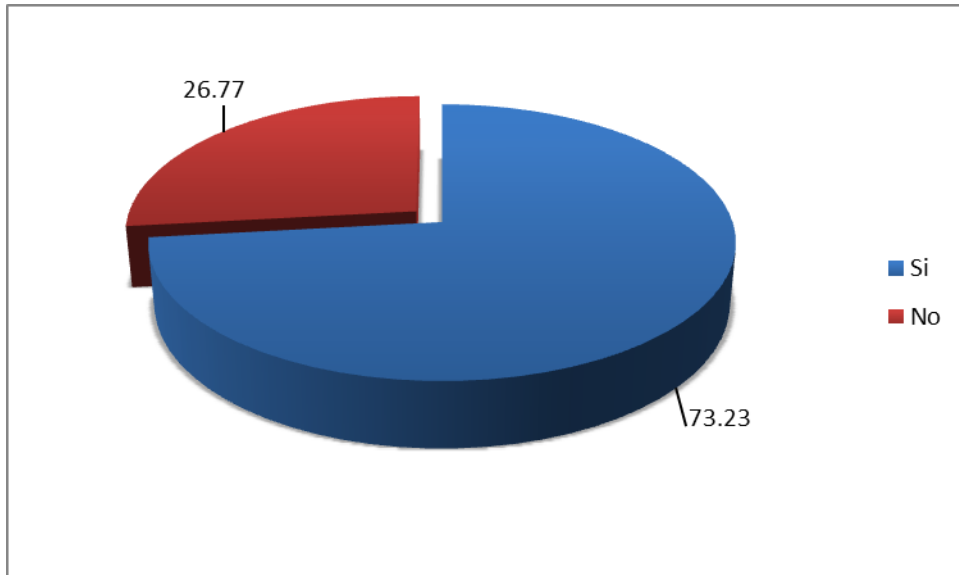
ANÁLISIS:

-La tabla n°22 refiere que al preguntar a las pacientes si recibieron información sobre los métodos de planificación familiar se observa que un 73.23% ha tenido información sobre el tema en comparación con un 26.77% que manifiesta nunca haber obtenido información.

INTERPRETACIÓN:

-En la gráfica n°20 es verdaderamente significativo que la gran mayoría de la población manifiesta haber tenido cierto grado de información sobre los métodos de planificación familiar por diferentes medios y que esto influyó para la aceptación de un determinado método y el menor porcentaje manifestó nunca haber recibido información sobre los métodos de planificación familiar antes de su aceptación.

GRÁFICA N° 20. RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Fuente: Tabla n°22

TABLA N° 23. FUENTE DE INFORMACIÓN

FUENTE DE INFORMACIÓN	F.	Fr.
Personal de Salud	576	78.26
Familiares	23	3.13
Amigos	97	13.18
Otros	40	5.43
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

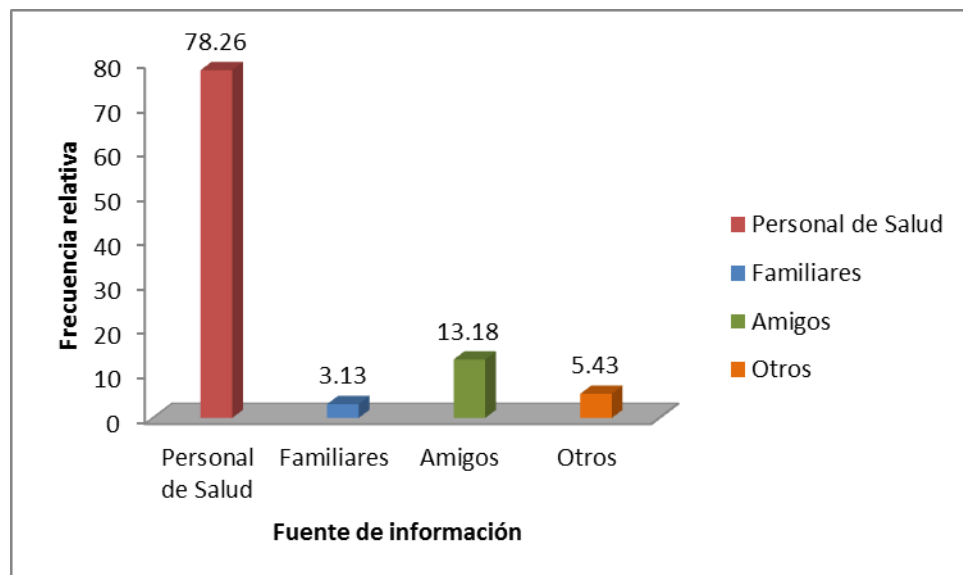
ANÁLISIS:

-La tabla n°23 muestra el 78.26% de las pacientes manifiestan que la información previa fue brindada por el personal de salud, el 13.18% obtuvo la información de parte de los amigos, un 3.13% de familiares y el 5.43% de las pacientes encuestadas obtuvo la información de otras fuentes entre las cuales se encuentran centros educativos, vecinos, medios de comunicación social, bibliografía entre otros.

INTERPRETACIÓN:

-En la gráfica n°21 es verdaderamente significativo el hecho de que la mayor parte de las pacientes manifieste haber tenido información previa por parte del personal de salud como parte fundamental del componente de educación en salud que se debe de brindar a la población garantizando que de esta forma se logre brindar una información idónea a las pacientes, el resto de la información proviene de amigos, familiares los cuales en ocasiones no brindan una información adecuada sobre los métodos a las pacientes originando duda y desconfianza hacia la planificación, las iglesias por su parte brindan muy poca orientación a las pacientes sobre dicho tema y generalmente la información que brinda es de rechazo a los métodos, entre otras fuentes de información se encuentran los centros educativos los cuales a pesar de estar en mayor contacto con las pacientes durante la adolescencia que es la etapa donde se origina el interés por la sexualidad no brindan una orientación adecuada sobre esta temática a los planes de estudio por lo cual las pacientes a pesar de haber asistido centros educativos no cuenta con información sobre los métodos de planificación familiar y se delega esta responsabilidad al personal en salud.

GRÁFICA N° 21. FUENTE DE INFORMACIÓN



Fuente: Tabla n°23

TABLA N° 24. PRACTICA USTED ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL

PRÁCTICA	F.	Fr.
Método de Billing	9	1.22
Método de temperatura corporal basal	35	4.75
Método de ritmo	66	8.97
Método de coito interrumpido	88	11.96
MELA	14	1.9
Ninguno	524	71.2
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

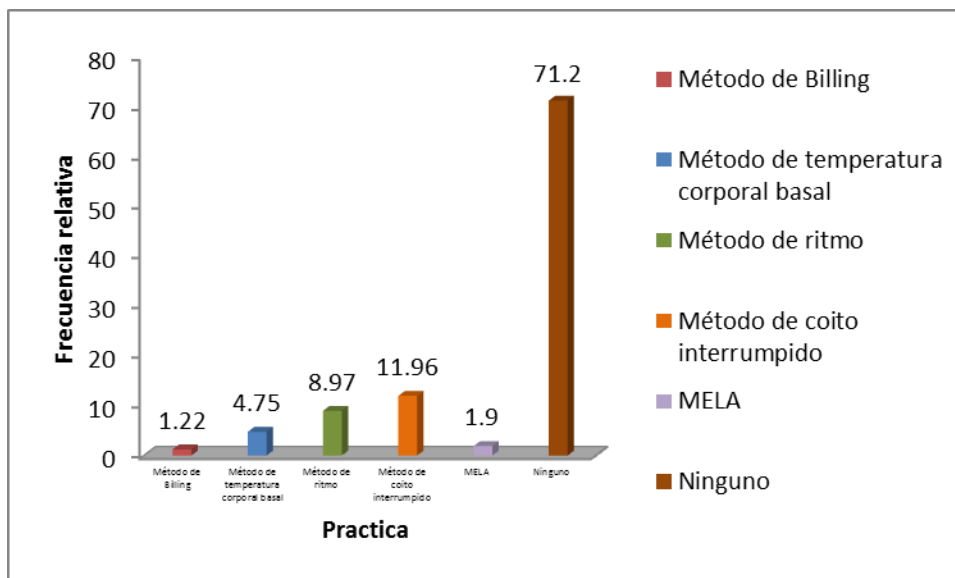
ANÁLISIS:

-La tabla n°24 muestra del 100% de la población en estudio en su mayoría el 71.2% opina que nunca ha practicado los métodos de planificación familiar natural, solo el 11.96% practica el método de coito interrumpido, el 8.97% practica el método de ritmo, el 4.75% practica el método de la temperatura basal corporal, el 1.9% practica o ha practicado el método de lactancia materna exclusiva y la minoría refiere que practica el método el billing 1.22%.

INTERPRETACIÓN:

-En la gráfica n°22 es de hacer notar que en su mayoría las pacientes encuestadas no practican los métodos naturales puesto que no los conocen o no se los han informado, otras pacientes encuestadas si los conocen pero no lo practican porque les han fallado, el método natural preferido por las pacientes es el coito interrumpido muchas lo usan pero algunas lo combinan con el uso del condón, con respecto al método de ritmo únicamente los usan algunas pacientes que tienen ciclos menstruales regulares, el resto de los métodos naturales manifiestan en su mayoría las pacientes nunca haberlo oído mencionar, por lo tanto no lo practican, si refieren que si lo practican no es efectivo.

GRÁFICA N° 22. PRACTICA USTED ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL



Fuente: Tabla n°24

TABLA N° 25. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE USA ACTUALMENTE

USO DE MÉTODO	F.	Fr.
Anticonceptivos orales	56	7.61
Inyectable trimestral	411	55.84
Inyectable bimensual	15	2.04
Inyectable mensual	124	16.85
Condón	33	4.48
Dispositivo Intrauterino	43	5.84
Otros	54	7.34
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

ANÁLISIS:

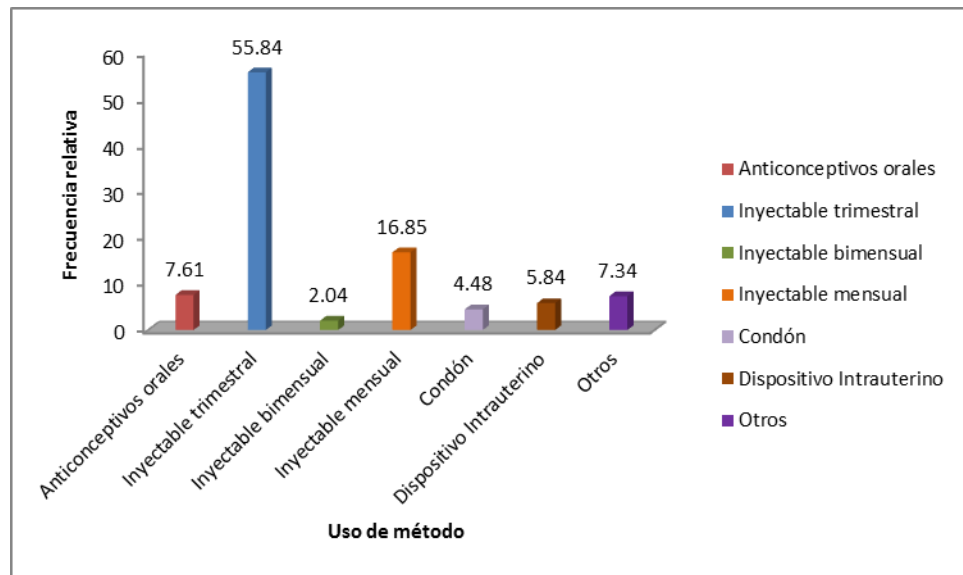
-La tabla n°25 muestra la preferencia de mayor a menor el 55.84% por el inyectable trimestral, el 16.85% el uso del inyectable mensual, el 7.61% el uso de los anticonceptivos

orales, el 7.34% el uso de otros anticonceptivos como el parche transdérmico el implante subdérmico, el 5.84% el uso de los dispositivos intrauterinos, el 4.48% el uso del condón y la minoría de las pacientes hacen uso del inyectable bimensual 2.04%.

INTERPRETACIÓN:

-De la gráfica n°23 se interpreta que es más usado el anticonceptivo trimestral por varias razones, lo oferta el ministerio de salud se hace uso cada 3 meses es popularmente recomendado por las mismas usuarias por su confiabilidad, el retorno a la fertilidad es inmediata, el uso del método mensual es el segundo en este orden es eficiente como el primero solo que hay que inyectarse cada mes con respecto a las píldoras que es el tercero en frecuencia es seguro solo que a las pacientes se les dificulta recordar tomarse las píldoras diariamente el resto los anticonceptivos implantados son poco usados pues no son ofertados por el ministerio de salud por lo que las pacientes tienen que costearse los, el uso del DIU es controversial pues es uno de los más temidos por las creencias populares que la población maneja, el uso del condón quedo desfasado porque sus parejas prefieren que ellas se protejan y por ultimo esta el anticonceptivo bimensual que está quedando fuera de uso.

GRÁFICA N° 23. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE USA ACTUALMENTE



Fuente: Tabla n°25

TABLA N° 26. DECISIÓN DE QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO USAR

DECISIÓN DE QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO USAR	F.	Fr.
Usted	255	34.65
Su pareja	13	1.77
Ambos	468	63.58
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

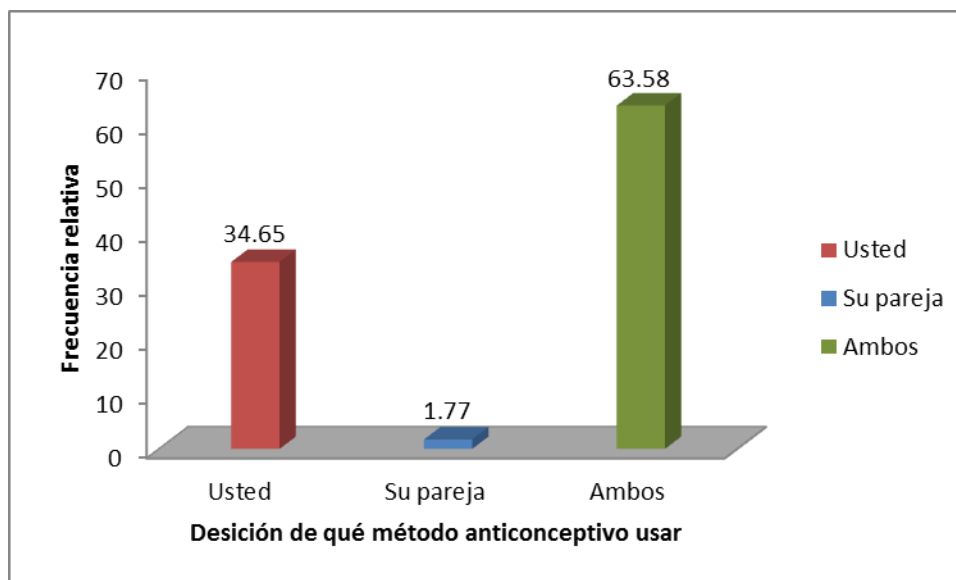
ANÁLISIS:

-La tabla n°26 refleja que a la hora de escoger el método a utilizar la decisión fue tomada por ambos en un 63.58%, solo por la usuaria en un 34.65% y solo por el compañero de vida el 1.77%.

INTERPRETACIÓN:

-En la gráfica n°24 la mayor parte de la población de estudio la decisión por un determinado método fue tomada por ambos, reflejando una decisión integral de la pareja dejando a un lado la decisión machista, otro porcentaje las mujeres fueron las q decidieron iniciar la planificación familiar las cuales informan a su compañero sobre esta decisión y cuentan con su apoyo, solo en una minoría el hombre toma la decisión de un método de planificación familiar los cuales tuvieron que ser aceptados por su pareja.

GRÁFICA N° 24. DECISIÓN DE QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO USAR



Fuente: Tabla n°26

TABLA N° 27. PORQUE ELIGIÓ ESE MÉTODO

PORQUÉ ELIGIÓ ESE MÉTODO	F.	Fr.
Seguridad	84	11.41
Económico	90	12.23
Lo dan en la U.C.S.F	403	54.75
Efectividad	69	9.38
Menos efectos adversos	90	12.23
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

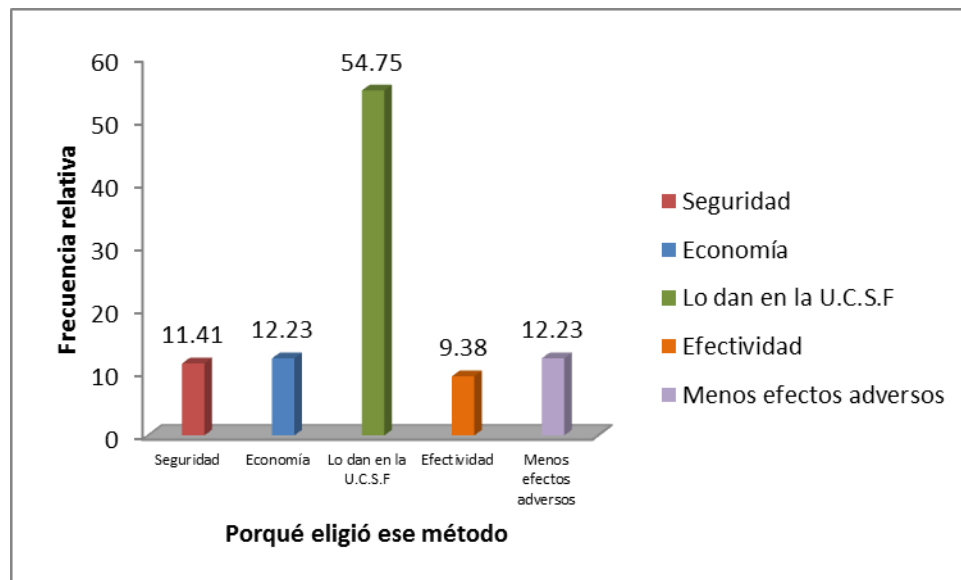
ANÁLISIS:

-La tabla n°27 refleja el porcentaje de las pacientes del motivo por el cual ellas decidieron elegir un determinado método de planificación familiar donde el 54.75% lo eligen porque lo dan en la U.C.S.F, el 12.23% los eligen porque es económico, y porque tiene menos efectos adversos, el 11.41% por seguridad y el 9.38% por efectividad.

INTERPRETACIÓN:

-En la gráfica n°25 se refleja el nivel de preferencias por un determinado método de planificación familiar por la usuaria donde se refleja en gran porcentaje que las usuarias lo obtienen porque lo oferta la U.C.S.F. de su localidad, otras que deciden costearlo porque en ocasiones se desabastece el método de su preferencia en la U.C.S.F y el mismo porcentaje lo elige porque posee menos efectos adversos, otro porcentaje de preferencia es la seguridad las pacientes tienen confianza al uso del método y en menos porcentaje la efectividad pues la paciente con el método de su preferencia logran el efecto deseado.

GRÁFICA N° 25. PORQUÉ ELIGIÓ ESE MÉTODO



Fuente: Tabla n°27

TABLA N° 28. LE GUSTARÍA A USTED QUE EN LA UNIDAD DE SALUD EXISTIERAN OTROS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LE GUSTARÍA	F.	Fr.	MÉTODO	F.	Fr.
Si	389	52.85	DIU	145	19.70
No	347	47.15	Mensual	187	25.41
TOTAL	736	100	NORPLANT	57	7.74

Fuente: Cédula de entrevista.

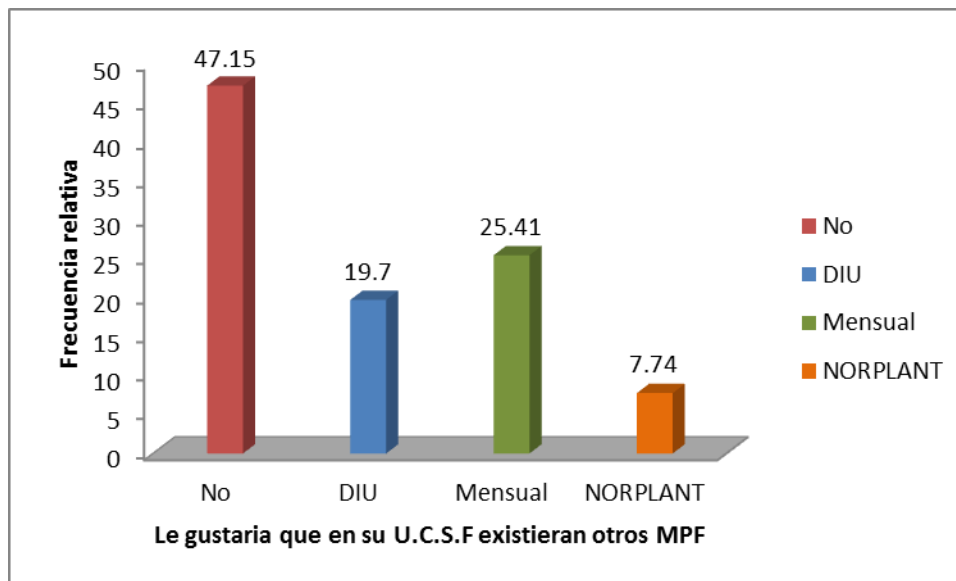
ANÁLISIS:

-La tabla n°28 muestra del total de las pacientes entrevistadas el 52.85% manifestaron que si les gustaría que existieran otros métodos de planificación en las U.C.S.F y el 47.15% dijeron no estar interesadas en otros métodos, porcentajes similares en ambas respuestas. Y de las que respondieron que si un 37.28% dijeron que le gustaría que hubiera DIU, 48.07% inyectables de un mes y un 14.65% que hubiera NORPLANT.

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°26 muestra que la mitad de la población entrevistada manifestó que sería bueno que existieran otros métodos de planificación familiar incluyendo a las pacientes que están satisfecha con el método que utilizan, un porcentaje similar dijo no estar interesadas en otros métodos probablemente por la misma falta de conocimientos en cuanto a los métodos de planificación familiar, manifestando algunas no saber que existieran otras opciones para planificar.

GRÁFICA N° 26. LE GUSTARÍA A USTED QUE EN LA UNIDAD DE SALUD EXISTIERAN OTROS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Fuente: Tabla n°28

TABLA N° 29. SE SIENTE SEGURA CON EL MÉTODO

SEGURA DEL MÉTODO	F.	Fr.
Si	631	85.73
No	105	14.27
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

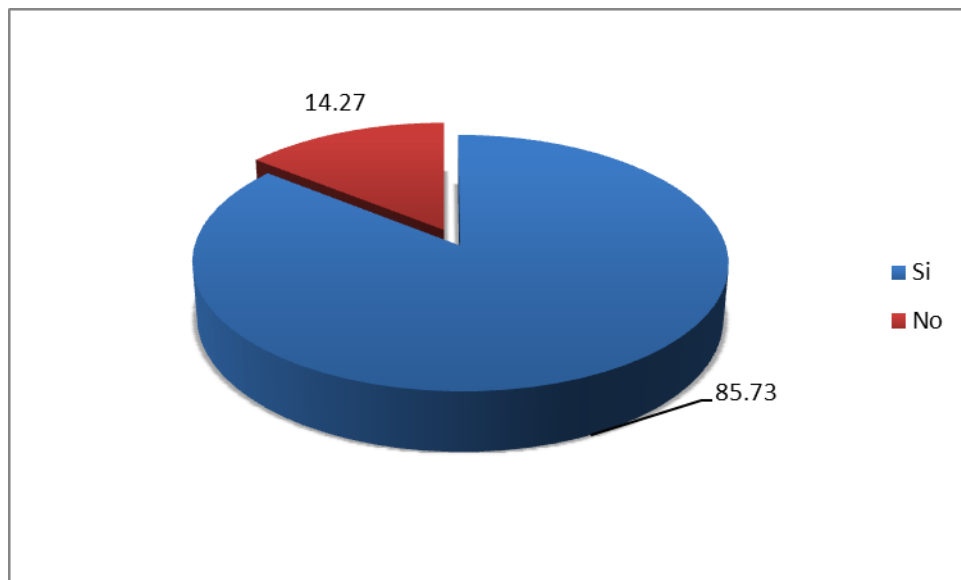
ANÁLISIS:

-Como se puede apreciar en la tabla n°29 el 85.73% de las personas entrevistadas manifestaron estar seguras con el método de planificación familiar que utilizan y solo un 14.27% están inseguras un porcentaje bastante bajo para el total de las pacientes.

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°27 muestra que la mayoría de la mujeres que se entrevistaron están satisfechas con el método de planificación que utilizan porque es efectivo y no les ha ocasionado muchos efectos adversos, sin embargo un pequeño porcentaje manifestaron estar inseguras por los mismos efectos adversos que estos ocasionan un porcentaje relativamente bajo pero significativo.

GRÁFICA N° 27. SE SIENTE SEGURA CON EL MÉTODO



Fuente: Tabla n°29

TABLA N° 30. SE OPERARÁ PARA NO TENER MÁS HIJOS

SE OPERARÁ PARA NO TENER MAS HIJOS	F.	Fr.
Si	339	46.06
No	397	53.94
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

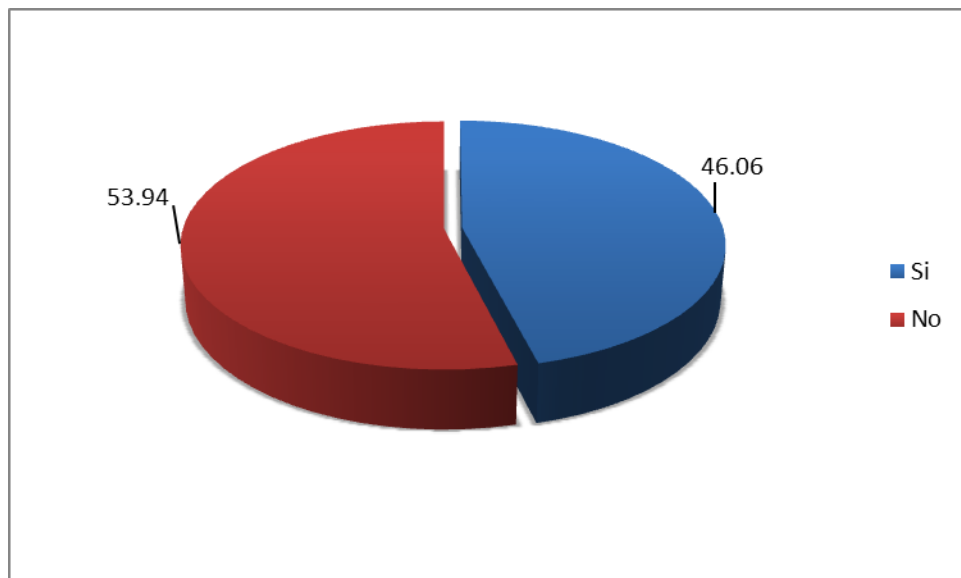
ANÁLISIS:

-En la tabla n°30 se refleja que el 53.94% no están dispuestas a esterilizarse para no tener más hijos por lo contrario 46.06% del total de las pacientes están dispuestas al tener la paridad completa a esterilizarse para no tener mas hijos

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°28 muestra los resultados son indicativos que aún falta por trabajar en consejería el programa de planificación familiar ya que aun hay pacientes que le temen a la esterilización por lo que comentan las creencias populares y por el machismo, sin embargo hay un porcentaje significativo que gracias a la consejería brindada han reflexionado decidiendo esterilizarse al cumplir la paridad completa.

GRÁFICA N° 28. SE OPERARÁ PARA NO TENER MÁS HIJOS



Fuente: Tabla n°30

TABLA N° 31. HA ESCUCHADO USTED SI ALGÚN ANTICONCEPTIVO ES DAÑINO PARA LA SALUD

	F.	Fr.	MÉTODO	Fr.
Si	234	31.79	ACO	17
No	502	68.21	Inyectables	8
TOTAL	736	100	DIU	6.79

Fuente: Cédula de entrevista.

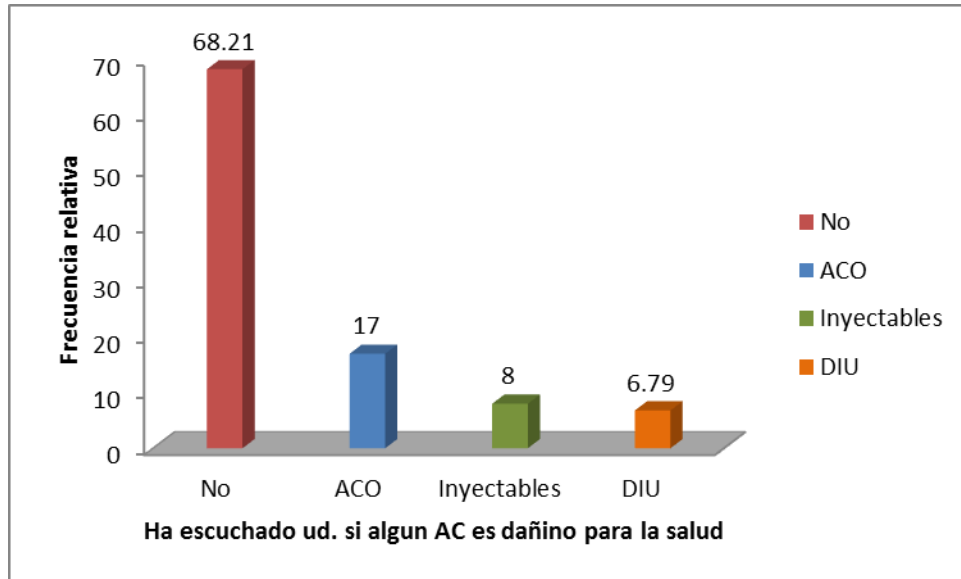
ANÁLISIS:

-La tabla n°31 muestra que el 31.79% de la población respondió que si hay métodos dañinos para la salud y el 68.21% que no. De la población que respondió que sí ha escuchado que algunos métodos producen daño a la salud el 17% le atribuyo esta cualidad a los ACO seguidos por lo inyectables en un 8% y el DIU un 5.6%.

INTERPRETACIÓN:

-La grafica n°29 muestra que la mayoría de las mujeres incluidas en el estudio manifestaron que no han escuchado que los métodos de planificación familiar ocasionen daño a la salud a una menor parte le han informado que los métodos si ocasionan daño y atribuyen estos efectos principalmente a los ACO seguidos por los métodos inyectables y el DIU respectivamente, siendo todos estos relacionados principalmente con los tumores, cáncer de cérvix, masas abdominales, esterilidad, interfieren con la lactancia materna, deformidades fetales, el DIU puede causar perforación uterina dispareunia, otros. Todo esto influye al momento de seleccionar un método.

GRÁFICA N° 29. HA ESCUCHADO USTED SI ALGÚN ANTICONCEPTIVO ES DAÑINO PARA LA SALUD



Fuente: Tabla n°31

TABLA N° 32. CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPTIVOS ORALES

CONOCIMIENTO	F.	Fr.
Se Toman cada día	355	48.23
Causan Tumores	84	11.41
No causan Amenorrea	105	14.27
Son menos efectivas	42	5.71
No sabe	84	11.41
Otras	66	8.97
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

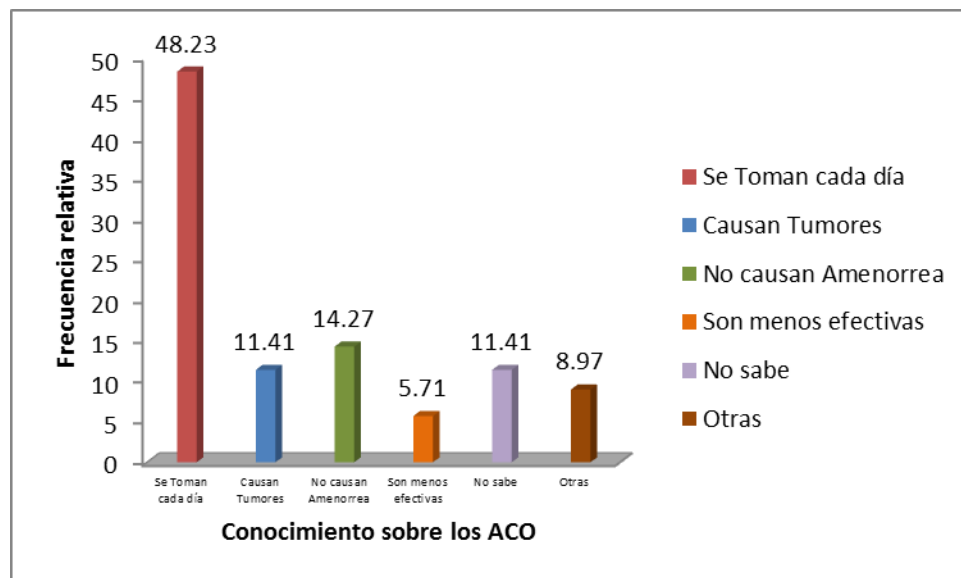
ANÁLISIS:

-Se puede observar en la tabla n°32 que el 48.23% de las pacientes saben que las píldoras anticonceptivas se toman una cada día, el 14.27% manifiestan que los ACO no causan irregularidades menstruales, un 11.41% refieren que causan tumores de igual manera el 11.41% no tiene conocimiento de este método, el 8.97% refiere conocimientos otros conocimientos no significativos para este estudio y el 5.71% refiere que de todos los métodos anticonceptivos son menos efectivos.

INTERPRETACIÓN:

-Como se puede apreciar en la gráfica n°30 un poco menos de la mitad de las pacientes conocen que saben que se deben tomar una píldora todos los días y manifestaron también que si olvida una dosis hay riesgo de embarazo según su frecuencia de conocimientos hay un grupo de pacientes que le refieren a la píldora que no causan irregularidades menstruales (Amenorrea) comparándolo con los anticonceptivos inyectables de mes, los pacientes que refieren que causan tumores uterinos manifestando que estos no se desasen en el útero y forman una masa otro porcentaje igual de pacientes manifiestan no tener información acerca de este método y la minoría dio otras respuestas entre las que están: engordan, manchan la cara, interfieren con la lactancia dan deformidades en los niños suben la presión arterial entre otros.

GRÁFICA N° 30. CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPTIVOS ORALES



Fuente: Tabla n°32

TABLA N° 33. CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

CONOCIMIENTO	F.	Fr.
Se aplican cada 1,2 o 3 meses.	434	58.96
Son las más efectivas	76	10.33
Causan hemorragia uterina anormal	134	18.21
Aumento de peso	50	6.79
Otras	42	5.71
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

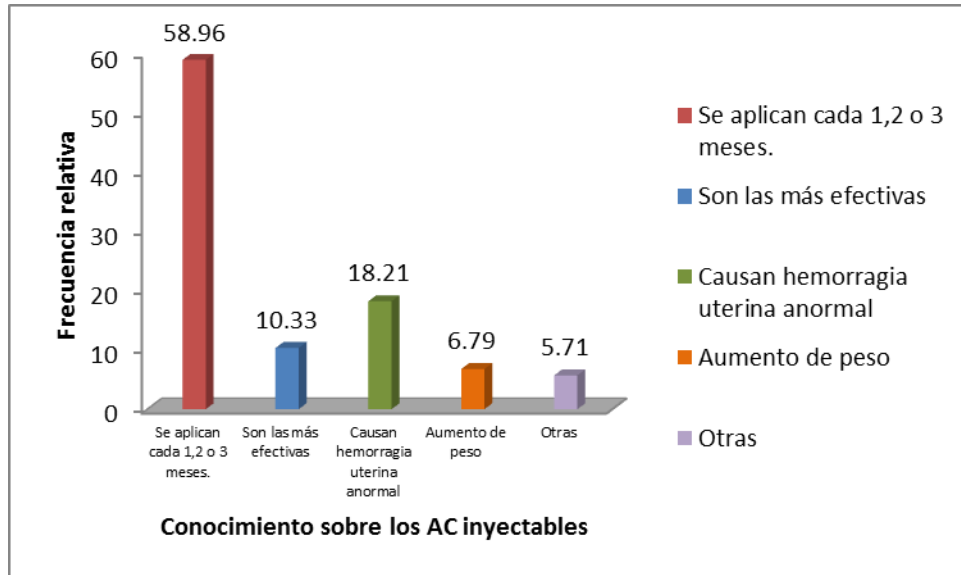
ANÁLISIS:

-Se observa en la tabla n°33 que un 56.96% de las pacientes saben sobre la frecuencia de la aplicación de los métodos inyectables, el 18.21% asocian a estos con hemorragias uterinas anormales (amenorrea, polimenorrea) el 10.33% consideran que estos métodos son los más efectivos, el 6.79 manifiestan que provoca aumento de peso y entre otras respuestas se encuentran el 5.71%.

INTERPRETACIÓN:

-En la presente grafica n°31 se observa que más de la mitad de las pacientes conocen sobre la frecuencia de aplicación de los diferentes anticonceptivos inyectables disponibles en las U.C.S.F. en menor frecuencia refieren las pacientes que estos métodos son causa frecuente de hemorragias uterinas anormales como amenorrea, polimenorrea, oligomenorrea debido a que el contenido hormonal es más alto la decima parte de las pacientes consideran que son más efectivos que otros métodos ya que son asociados con menor riesgo de embarazo y una pequeña parte de las pacientes manifiestan que los anticonceptivos inyectables están asociados a un aumento de peso. Entre otras respuestas se encuentran que no interfieren con la lactancia materna, dismenorrea, dolor de cabeza, dan cáncer, etc.

GRÁFICA N° 31. CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES



Fuente: Tabla n°33

TABLA N° 34. CONOCIMIENTO SOBRE LOS CONDONES

CONOCIMIENTO	F.	Fr.
Son para hombres	159	21.6
Interfieren con el acto sexual	92	12.5
Dan Cáncer	42	5.71
Dan alergia	75	10.19
No sabe nada del método	343	46.6
Otras	25	3.4
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

ANÁLISIS:

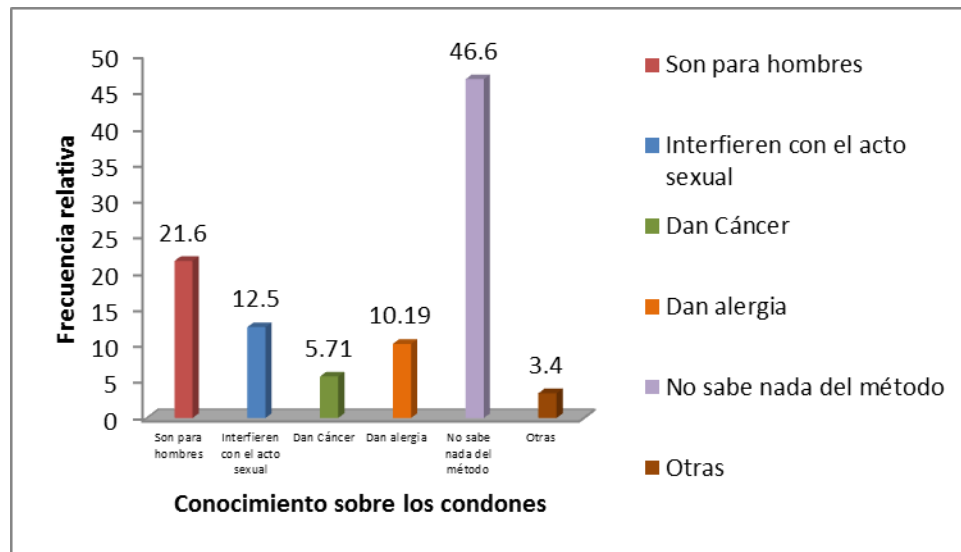
-Se puede apreciar en la tabla n°34 que el 46.6% de las pacientes manifiestan no saber nada del método, el 21.6% de las pacientes respondieron que el condón es un método utilizado

solo por hombres, el 12.5% de las pacientes manifiestan que interfieren con el acto sexual, el 10.19% manifiestan que dan alergia, un 5.71% asocian con cáncer el método, entre otras respuestas mencionadas conforman el 3.4%

INTERPRETACIÓN:

-En la gráfica n°32 se puede observar que la gran mayoría de las pacientes manifiestan no saber nada sobre este método de planificación esto es debido principalmente al grado de educación ya que aunque la mayoría afirma haber recibido charlas educativas no muestran interés sobre el tema, el 21.6% manifiestan que estos son solo para hombres lo cual se relaciona con lo expuesto anteriormente ya que la mayoría de las pacientes no saben que existen condones femeninos, el 12.5% refiere que afectan al momento del acto sexual ya que manifiestan que son muy calientes, no hay el mismo grado de placer, al hombre no le gusta usarlo, el 10.19% manifiestan que puede haber alergias al material del que está hecho el preservativo y lo asocian con prurito vaginal, un 5.71% lo asocian con cáncer principalmente de cérvix entre otras respuestas mencionadas, un pequeño porcentaje manifiesta que hay condones femeninos, hay riesgo de rupturas y que protegen de infecciones de transmisión sexual.

GRÁFICA N° 32. CONOCIMIENTO SOBRE LOS CONDONES



Fuente: Tabla n°34

TABLA N° 35. CONOCIMIENTO SOBRE EL DIU

CONOCIMIENTO	F.	Fr.
Se ponen en el útero	217	29.49
Causan perforación Uterina	126	17.12
Dan Cáncer	33	4.48
No sabe	360	48.91
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

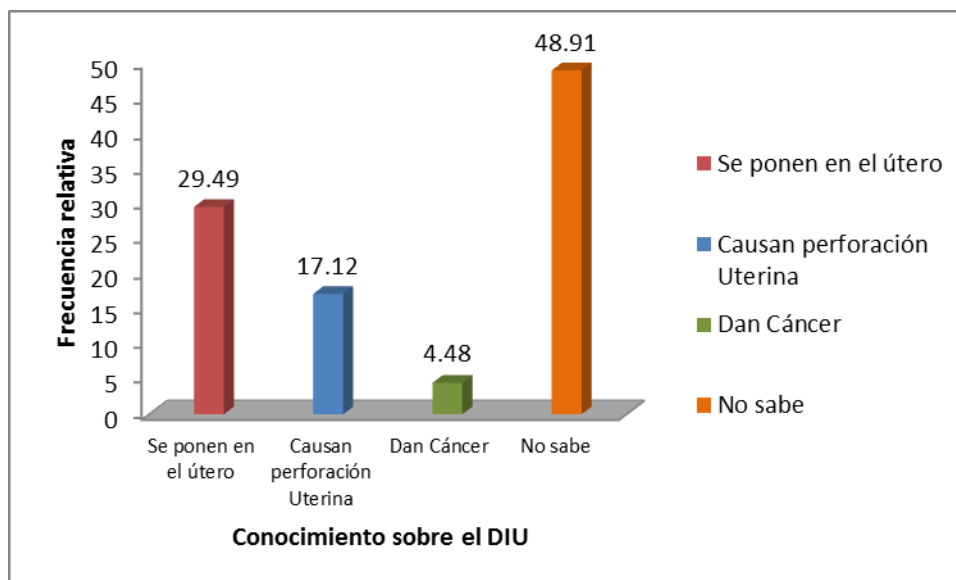
ANÁLISIS:

-En la tabla n°35 se puede mencionar que el 48.91% refieren no saber nada sobre el método, el 29.49% de las pacientes refiere que este dispositivo se coloca dentro del útero, el 17.12% de las pacientes lo asocian a perforación uterina y el 4.48% manifiestan que dan cáncer.

INTERPRETACIÓN:

-La presente grafica n°33 se puede observar que la gran mayoría de las pacientes no poseen información sobre este método de planificación familiar manifestando desconocer este método, en segundo lugar ya conocen este método de planificación, refiriéndose a este como un aparato que se coloca dentro del útero, en base a esto el 17.12% de las pacientes encuestadas asocian al DIU como causa de perforación uterina si hay mala técnica de aplicación y la minoría asocian al DIU con cáncer uterino.

GRÁFICA N° 33. CONOCIMIENTO SOBRE EL DIU



Fuente: Tabla n°35

TABLA N° 36. CONOCIMIENTO SOBRE EL MÉTODO DEL RITMO

CONOCIMIENTO	F.	Fr.
Se necesitan ciclos mensuales regulares	401	54.48
Hay que conocer el ciclo menstrual	142	19.29
No sabe	129	17.53
Otros	64	8.7
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

ANÁLISIS:

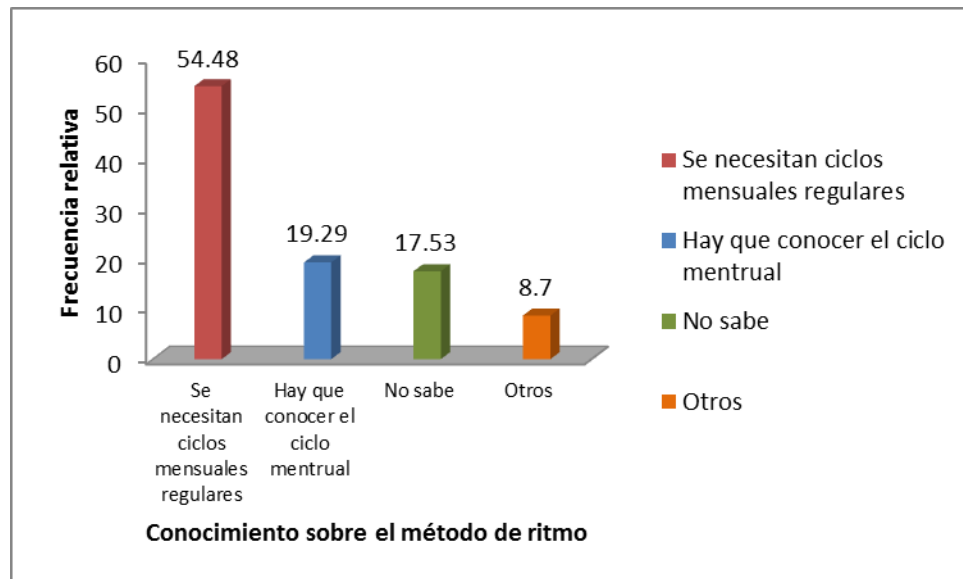
-Como se puede apreciar en la tabla n°36 del total de las pacientes encuestadas el 54.48% respondieron que si necesitan tener ciclos menstruales regulares para usarlo, el 19.29% dijeron que es necesario conocer los ciclos menstruales para aplicarlos, el 17.53% dijeron no saber nada del método y el 8.7% dieron otra respuesta como que es el mismo método de

calendario que hay que evitar tener relaciones sexuales 8 días antes y 8 días después de que se ha presentado la menstruación, que es muy inseguro en otras.

INTERPRETACIÓN:

-Se puede apreciar en la gráfica n°34 que más de la mitad de las personas entrevistadas manifestaron que se necesita tener ciclos menstruales regulares, por lo que agregaron también que es ineficaz, en segundo orden refieren las pacientes que se necesita conocer bien el ciclo menstrual que según la fisiología de la mujer son ciclo cada 28 días y la mayoría no los conoce en tercer orden dijeron no tener conocimiento ya que por el bajo nivel educativo se les dificulta entender cómo funciona y la minoría de las encuestadas dieron otras respuestas como que se necesita la colaboración del hombre para ponerlo en práctica y es muy inseguro.

GRÁFICA N° 34. CONOCIMIENTO SOBRE EL MÉTODO DEL RITMO



Fuente: Tabla n°36

TABLA N° 37. CONOCIMIENTO SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN DE LA LACTANCIA (MELA)

CONOCIMIENTO	F.	Fr.
Dura 6 meses post parto	121	16.44
Trata de solo dar leche materna	186	25.27
No se ve regla durante el amamantamiento exclusivo	74	10.06
No Sabe	355	48.23
TOTAL	736	100

Fuente: Cédula de entrevista.

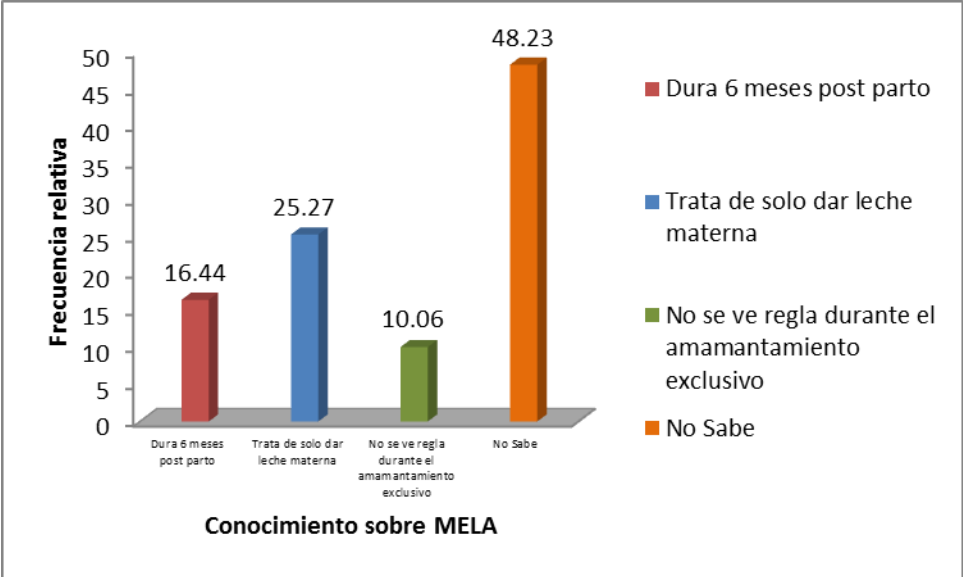
ANÁLISIS:

-La tabla n°37 muestra sobre el conocimiento de la lactancia materna exclusiva como método de anticoncepción las encuestadas refieren lo siguiente: el 48.23% que desconoce este método y que además no sabía que esto previene el embarazo, el 25.27% este método trata de solo dar leche materna, el 16.44% refiere que este método dura 6 meses después del parto, y el 10.06% refiere que no se ve regla durante el amamantamiento exclusivo.

INTERPRETACIÓN:

-La gráfica n°35 muestra del total de la población encuestada poco menos de la mitad desconoce por completo este método MELA como método para prevenir un embarazo, solo saben que se hace para dar alimento al bebe como alimento único, la literatura refleja que para que sea efectivo este método se deben cumplir estrictamente las 3 condiciones, falla una y pierde la efectividad, pero según las respuestas el segundo lugar de su conocimiento es trata de solo dar leche materna, la siguiente respuesta es dura 6 meses después del parto y en último lugar no se ve regla durante el amamantamiento exclusivo, las pacientes saben las 3 condiciones de manera aislada y no la integran para su efectividad.

GRÁFICA N° 35. CONOCIMIENTO SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN DE LA LACTANCIA (MELA)



Fuente: Tabla n°37

COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hi. Los factores socioculturales determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar.

HIPOTESIS NULA.

Ho. Los factores socioculturales no determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar.

Para comprobar la hipótesis de trabajo se hace uso de la prueba de proporciones de Z, además se hace uso de una tabla de frecuencia en donde se detalla cada uno de los factores tanto individual como asociado con los demás, calculado a través de la medición de los indicadores de cada factor.

TABLA N° 38. FRECUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES TANTO INDIVIDUALIZADOS COMO RELACIONADOS ENTRE SÍ; EN REFERENCIA DE LA ACEPTACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

FACTOR DE INCIDENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Cultural	90	12.2%	12.2%
Social	139	18.9%	31.1%
Social y Cultural	413	56.1%	87.2%
Otros factores	94	12.8%	100%
Total	736	100%	

Fuente: Cédula de entrevista

ANÁLISIS:

Al observar la tabla n°38 se puede analizar que:

- Los factores socioculturales tanto individualmente como en relación conjunta intervienen en el 0.87% en la aceptación de los métodos de planificación familiar, lo cual significa un porcentaje muy alto.

Prueba de proporción

En este caso el objetivo de la investigación es verificar y comprobar que los factores socioculturales determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar.

Para esta prueba se tomará como válida las siguientes proporciones:

- Si el valor de la proporción del estudio es $>70\%$ se resuelve como validez que los factores socioculturales son los que determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar.
- Si el valor de la proporción es $\leq 70\%$ se resuelve como validez que los factores socioculturales no son los que determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar.

Esta prueba proporción comprende el cálculo del valor estadístico de prueba Z

$$Z_{Prueba} = \frac{\frac{x}{n} - P}{\sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}}$$

Dónde:

x = son la ocurrencia del fenómeno o hecho en estudio, en este caso el número de mujeres en edad fértil que según ella la aceptación de los métodos de planificación familiar se debe a los factores socioculturales las cuales son 642.

n = es el valor de la muestra en este caso 736 mujeres.

$\frac{x}{n}$ = es la proporción de la muestra en este caso $\frac{642}{736} = 0.872$

P = es la proporción propuesta en este caso del 70% o sea 0.7

$\sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$ = Es la desviación estándar de la proporción.

Calculo del Z de prueba:

$$Z_{Prueba} = \frac{\frac{x}{n} - P}{\sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}}$$

$$Z_{Prueba} = \frac{0.872 - 0.7}{\sqrt{\frac{0.7(1-0.7)}{736}}}$$

$$Z_{Prueba} = \frac{0.172}{\sqrt{\frac{0.21}{736}}}$$

$$Z_{Prueba} = \frac{0.172}{\sqrt{0.000285326087}}$$

$$Z_{Prueba} = \frac{0.172}{0.016891598}$$

$$Z_{Prueba} = 10.18$$

El valor de Z de prueba es comparado con el valor de Z crítico de tabla, el cual se obtiene a partir de una tabla normal a un nivel de significación de un 5% seleccionado, dado que el nivel de confianza para la prueba es del 95% para una prueba de cola derecha.

El valor de $Z_{Crítico} = 1.65$, con el 5% de significancia y prueba de cola derecha
Condiciones a Evaluar si:

$Z_{Prueba} > Z_{Crítico}$ Se acepta la hipótesis de investigación

$Z_{Prueba} \leq Z_{Crítico}$ No se rechaza la hipótesis nula

Al comparar el valor de Z_{Prueba} con el $Z_{Crítico}$ se observa que el valor de prueba es demasiado mayor que el crítico por tanto se acepta la hipótesis de investigación que los factores socioculturales determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar.

**DATOS QUE SERVIRÁN PARA CONFIRMAR Y ANALIZAR LA HIPOTESIS Y
LOS OBJETIVOS**

TABLA N° 39. EDAD Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN

EDAD EN AÑOS	15-25		25-35		35-45		TOTAL
	F.	Fr.	F.	Fr.	F.	Fr.	
MPF Utilizado	F.	Fr.	F.	Fr.	F.	Fr.	
ACO	27	6.3	28	12.4	1	1.2	56
Inyección Trimestral	274	64.2	109	48.2	28	33.7	411
Inyección Bimensual	6	1.4	6	2.7	3	3.6	15
Inyección Mensual	85	19.9	34	15.0	5	6.0	124
Condomes	18	4.2	14	6.2	1	1.2	33
DIU	5	1.2	22	9.7	16	19.3	43
Esterilización	0	0.0	3	1.3	26	31.3	29
Otros	12	2.8	10	4.4	3	3.6	25
TOTAL	427	100	226	100	83	100	736

Fuente: Cédula de entrevista

ANÁLISIS:

En la tabla n°39 de acuerdo al rango de edad de 15 a 25 años las mujeres fértiles durante ese periodo un 64.2% de ellas utilizan la inyección trimestral, seguida de un 19.9% que utiliza la inyección mensual, un 6.3% que utiliza los métodos orales, un 4.2% condones y los demás métodos son usado con porcentajes menores del 3%, también se puede verificar que durante esta etapa no se encuentra ninguna mujer esterilizada.

En el rango de edad 25-35 años se da mayor al igual que el rango anterior a las inyecciones por trimestre con un 48.2% casi la mitad de la población en estudio, un 15% hace uso de la inyección mensual, un 12.4 de métodos orales, un 9.7% del DIU y un 6.2% de condones para los demás métodos se cuenta con porcentajes menores del 5%.

En el rango de edad 35-45 en el ocaso de la edad fértil femenina el 33.7% de ellas utilizan la inyección por trimestres, un 31.3% utiliza la esterilización dado que ellas mismas desean dar por terminada su etapa reproductiva debido a la edad, un 19.3 utiliza el DIU y un 6% utiliza la inyección mensual para los demás métodos se cuenta con porcentajes inferiores al 5%

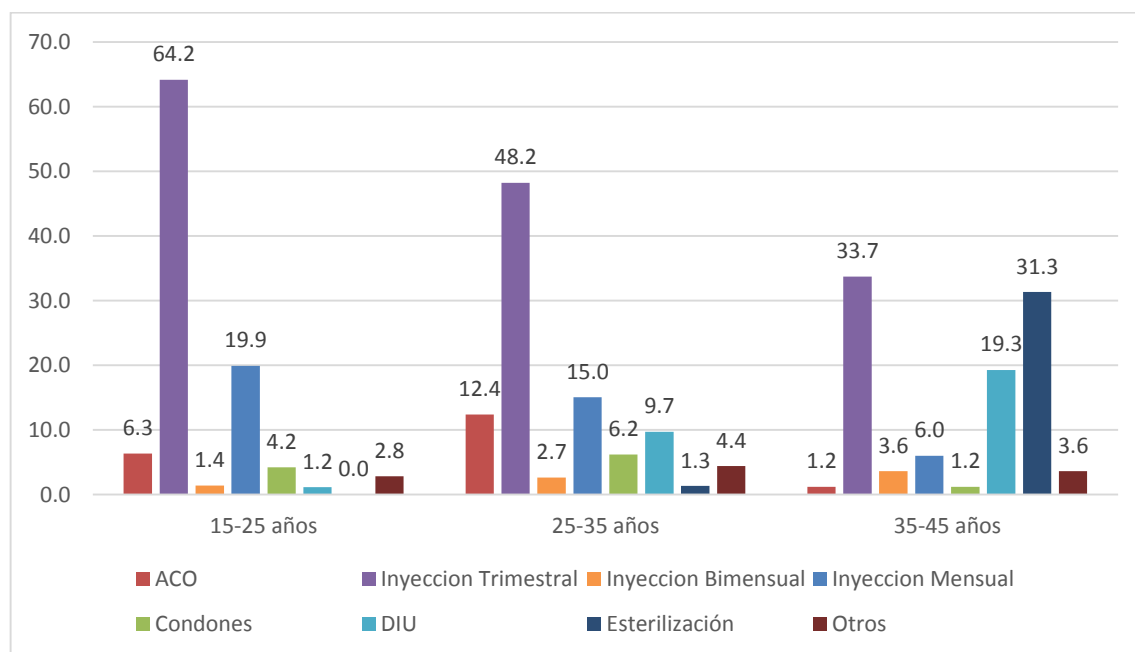
INTERPRETACIÓN:

En la gráfica 36 En base a los datos antes expuestos se puede observar que del total de la población en estudio el 64.2% de la población de 15-25 años siendo estas las pacientes que más acuden para que se les brinde un método de planificación determinado teniendo una marcada preferencia por el uso de inyectable trimestral en su mayoría siendo entre las razones más mencionadas el hecho que son consideradas seguras son usadas a pesar de sus efectos adversos que estos provocan y el hecho de que su aplicación trimestral les ahorra tiempo en no acudir frecuentemente a los establecimientos de salud, el resto de las pacientes en esta edad utilizan otros métodos como los anticonceptivos mensuales en segundo lugar que son buscados en ausencia del anticonceptivo trimestral y orales en tercer lugar los cuales a pesar de su eficacia no son considerados seguros por las pacientes debido al temor del embarazo si olvidan una dosis.

Las pacientes de 25-35 años confirmaron en un 48.2% de la muestra total, en estas pacientes se puede observar que al igual que en las anteriores la depoprovera sigue siendo el método de planificación preferido en segundo lugar se encuentra el inyectable mensual, estas pacientes consideran que el uso de los métodos inyectables les proporciona una mayor seguridad anticonceptivas que los otros métodos y los usan a pesar que son asociados principalmente con irregularidades menstruales.

El 33.7% de la población en estudio con edades de 35-45 años se observa en primer lugar que igual manera es el anticonceptivo de preferencia por las usuarias por las razones antes descritas, en segundo lugar de preferencia esta la esterilización femenina pues por medio de la educación en salud sexual y reproductiva se está logrando alcanzar a más personas la necesidad de utilizar un método permanente pues ya lograron a estas edades la paridad satisfactoria. Es importante notar que en este grupo de estudio los ACO ni los condones son métodos utilizados en gran porcentaje ya que como se expuso anteriormente los ACO son asociados a mayor tasa de fracasos y los condones no gozan del apoyo masculino para su uso, refieren que disminuyen el placer durante la relación y mencionan que provoca cuadros de disuria.

GRÁFICA N° 36. EDAD Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN



Fuente: Tabla n° 39.

TABLA N° 40. RELIGIÓN Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN

RELIGIÓN	Católico		Protestante		Ninguno		TOTAL
	F.	Fr.	F.	Fr.	F.	Fr.	
MPF Utilizado	F.	Fr.	F.	Fr.	F.	Fr.	
ACO	34	8.1	6	4.2	16	9.4	56
Inyección Trimestral	225	53.3	80	55.9	106	62.0	411
Inyección Bimensual	5	1.2	6	4.2	4	2.3	15
Inyección Mensual	108	25.6	12	8.4	4	2.3	124
Condones	13	3.1	3	2.1	17	9.9	33
DIU	23	5.5	2	1.4	18	10.5	43
Esterilización	13	3.1	11	7.7	5	2.9	29
Otros	1	0.2	23	16.1	1	0.6	25
TOTAL	422	100	143	100	171	100	736

Fuente: Cédula de entrevista

ANÁLISIS:

En la tabla n°40 se muestra con respecto a las mujeres que profesan la religión católica el 53.3% de ellas utiliza el método de inyección trimestral, el 25.6% el método mensual de inyección, el 8.1% métodos orales, el 5.5 el DIU y los demás métodos se encuentran con resultados por debajo del 5%.

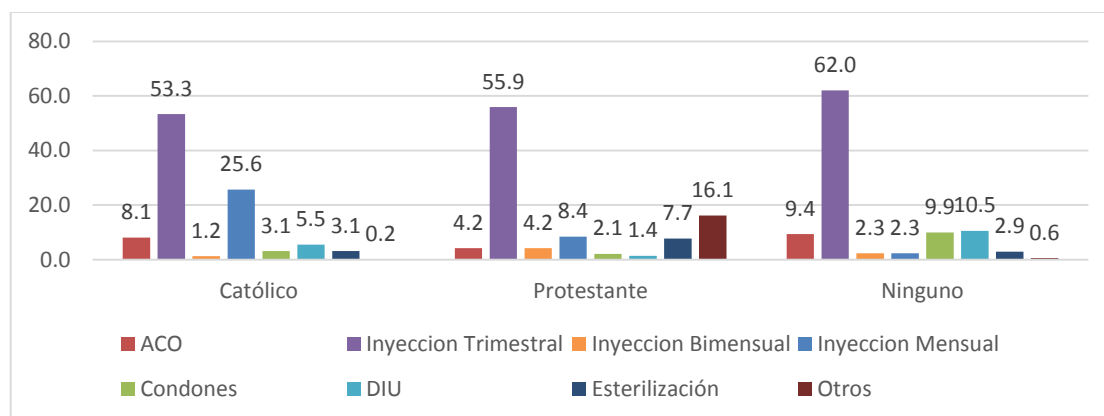
De igual forma con respecto a las mujeres que asisten a iglesias evangélicas o protestantes un 55.9% utiliza el método de la inyección trimestral, un 16.1% utiliza otros métodos los cuales pueden ser los naturales ya que en algunas creencias evangélicas ciertos métodos no naturales están prohibidos, el 8.4% utiliza la inyección mensual, y un 7.7% se han esterilizado y los demás métodos dan como resultado valores inferiores del 5%.

Para las mujeres que respondieron no profesar ninguna religión se tienen iguales resultado para el método con mayor preferencia el cual es la inyección trimestral con un 62%, seguida de uso de DIU con un 10.5%, uso de condones con un 9.9%, métodos orales con un 9.4% y para los demás métodos se encuentran con valores menores 3%

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica 37 se puede observar que la mayoría de pacientes que pertenecen a algún grupo religioso utilizan como método de planificación los inyectables principalmente los trimestrales manifestando algunas que utilizan estos métodos aún en contra de lo que opinan sus líderes, muy pocas pacientes utilizan ACO para planificar por temor a que sean descubiertas con píldoras en sus casas, el condón como método de planificación familiar no es bien visto y lo asocian con promiscuidad, además se puede resaltar que las pacientes que no asisten a ningún grupo religioso utilizan de preferencia los inyectables trimestrales.

GRÁFICA N° 37. RELIGIÓN Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN



Fuente: Tabla n° 40.

TABLA N° 41. ESCOLARIDAD Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN

NIVEL DE ESTUDIO	Ninguno		Primer Ciclo		Segundo Ciclo		Tercer Ciclo		Bach.		Education Superior		TOTAL
	F.	Fr.	F.	Fr.	F.	Fr.	F.	Fr.	F.	Fr.	F.	Fr.	
MPF Utilizado													
ACO	8	11.9	8	9.1	14	6.4	12	8.5	10	6.8	4	5.3	56
Inyección Trimestral	14	20.9	25	28.4	145	66.5	95	66.9	96	65.8	36	48.0	411
Inyección Bimensual	2	3.0	3	3.4	6	2.8	0	0.0	1	0.7	3	4.0	15
Inyección Mensual	30	44.8	32	36.4	26	11.9	13	9.2	14	9.6	9	12.0	124
Condomes	4	6.0	5	5.7	8	3.7	7	4.9	6	4.1	3	4.0	33
DIU	0	0.0	1	1.1	5	2.3	10	7.0	13	8.9	14	18.7	43
Esterilización	1	1.5	6	6.8	7	3.2	4	2.8	5	3.4	6	8.0	29
Otros	8	11.9	8	9.1	7	3.2	1	0.7	1	0.7	0	0.0	25
TOTAL	67	100	88	100	218	100	142	100	146	100	75	100	736

Fuente: Cédula de entrevista

ANÁLISIS:

En la tabla n°41 se muestra con respecto a las mujeres que no tienen un nivel académico de estudio se analiza que el 44.8% de ellas utiliza la inyección mensual, un 20.9% la inyección trimestral, un 11.9% utiliza otros métodos y con el mismo porcentaje aparecen las que utilizan métodos orales, el uso del DIU es del 0%. En el caso de las mujeres que estudiaron solamente primer ciclo el 36.4% de ellas utiliza la inyección mensual, un 28.4% la inyección trimestral, un 9.1% utiliza los métodos orales o se decanta por otros métodos alternativos, un 6.8% se ha esterilizado un 5.7% utiliza condón para planificar, los demás métodos se encuentran por debajo del 5%.

En el nivel de segundo ciclo el 66.5% de ellas utiliza la inyección trimestral, un 11.9% la inyección mensual podemos notar el cambio entre la opción uno y dos con mayor porcentaje comparada con los datos anteriores, como tercera opción esta los métodos orales con un 6.4%, los demás métodos se encuentran por resultados inferiores del 5%.

Para las mujeres que estudiaron tercer ciclo la tendencia no cambia tanto ya que el 66.9% de ellas utiliza el método trimestral, un 9.2% el método de inyección mensual, un 8.5% los métodos orales y un 7% el DIU, las demás opciones obtienen porcentajes inferiores del 5%. En el nivel de bachillerato el 65.8% utiliza el método trimestral, un 9.6% el mensual, es hacer notar el 8.9% de las mujeres utiliza el DIU contra 6.8 que utiliza los métodos orales

que fueron desplazados del tercer lugar. Los demás métodos obtienen resultados inferiores de 5%

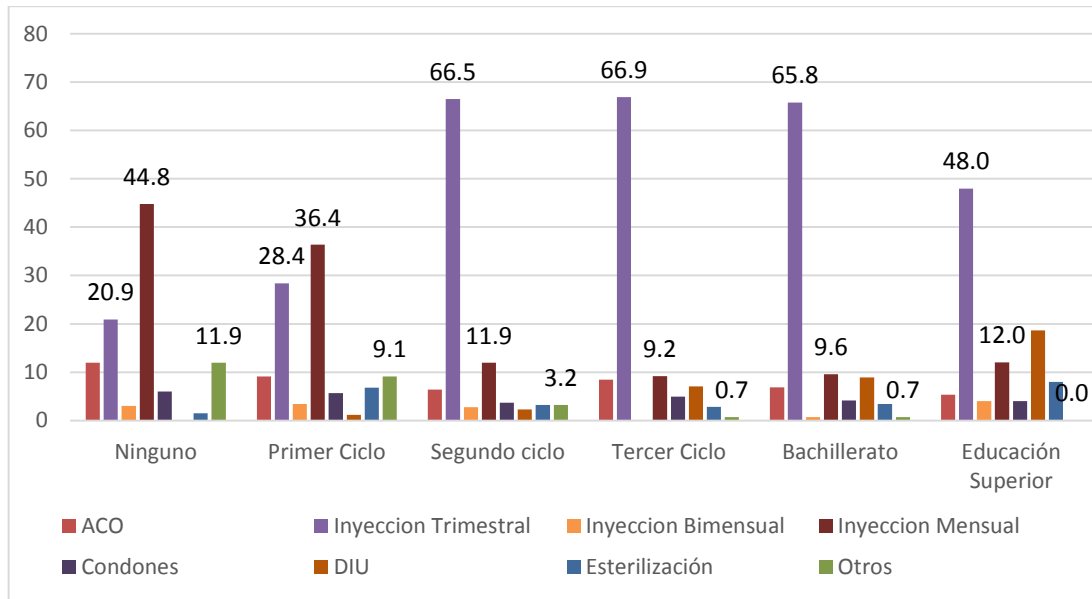
Con respecto al nivel el primer lugar siempre es para el método trimestral con el 48%, seguido de DIU con el 18.7%, el método mensual con el 12%, la esterilización con el 8%, el método oral 5.3%, los demás métodos tienen valores inferiores del 5% y el de otros tiene un resultado del 0%.

INTERPRETACIÓN:

Como se puede apreciar en la gráfica n°38 las pacientes que no tienen ningún grado de estudio prefieren los anticonceptivos inyectables de preferencia mensuales luego los trimestrales seguido por los ACO por son los que ellas más conocen y están más familiarizadas con ellos la mayoría de ellas manifestaron desconocer el DIU y los condones.

Las pacientes que estudiaron hasta tercer grado tuvieron una tendencia similar solo que un mínimo porcentaje utiliza los condones como método de planificación. En las pacientes de los demás niveles educativos la tendencia se mantiene además se puede notar que hay un pequeño aumento de las usuarias del DIU que son las pacientes que tienen algún estudio superior, por lo que se puede apreciar que entre más bajo es el nivel educativo la preferencia es menor las pacientes que no tienen ningún grado escolar prefieren utilizar los anticonceptivos inyectables de tres meses y en menos porcentajes los inyectables de 2 meses manifestando preferir estos métodos por ser menos complicados para utilizarlos, a diferencia de los condones que es necesario conocer la técnica adecuada para colocarlos y en ellas se dificulta entender cómo se utiliza, en las pacientes que estudiaron hasta tercer grado.

GRÁFICA N° 38. ESCOLARIDAD Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN



Fuente: Tabla n° 41.

TABLA N° 42. ESTADO FAMILIAR Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN

ESTADO FAMILIAR	Soltera		Acompañada		Casada		Viuda		Divorciada		TOTAL
	F.	Fr.	F.	Fr.	F.	Fr.	F.	Fr.	F.	Fr.	
MPF Utilizado											
ACO	2	11.8	25	6.1	29	9.8	0	0.0	0	0.0	56
Inyección Trimestral	1	5.9	243	59.7	164	55.2	2	28.6	1	12.5	411
Inyección Bimensual	0	0.0	9	2.2	6	2.0	0	0.0	0	0.0	15
Inyección Mensual	1	5.9	76	18.7	46	15.5	0	0.0	1	12.5	124
Condomes	9	52.9	14	3.4	9	3.0	0	0.0	1	12.5	33
DIU	3	17.6	18	4.4	22	7.4	0	0.0	0	0.0	43
Esterilización	0	0.0	9	2.2	13	4.4	4	57.1	3	37.5	29
Otros	1	5.9	13	3.2	8	2.7	1	14.3	2	25.0	25
TOTAL	17	100	407	100	297	100	7	100	8	100	736

Fuente: Cédula de entrevista

ANÁLISIS:

En la tabla n°42 se refleja en el caso del estado de soltería el 52.9% de las mujeres utiliza lo que es el condón debido a que se protegen durante una menor frecuencia de relaciones, el 17.6% utiliza el DIU, un 11.8% utiliza el método oral, el 5.9% utiliza el método de inyección trimestral y con igual porcentaje se utiliza el método mensual, en este caso no hay mujeres esterilizadas o que usen el método bimensual.

En el caso de las mujeres acompañadas un 59.7% utiliza el método trimestral, un 18.7% el mensual y 6.1% el método oral, los demás métodos son utilizados con resultados menores del 5%.

La mayoría de mujeres casada o sea el 55.2% utiliza al igual que las acompañadas el método trimestral, el 15.5% el mensual, el 9.8% el método anticonceptivo oral, un 7% el DIU y los demás métodos tienen valores inferiores del 5%.

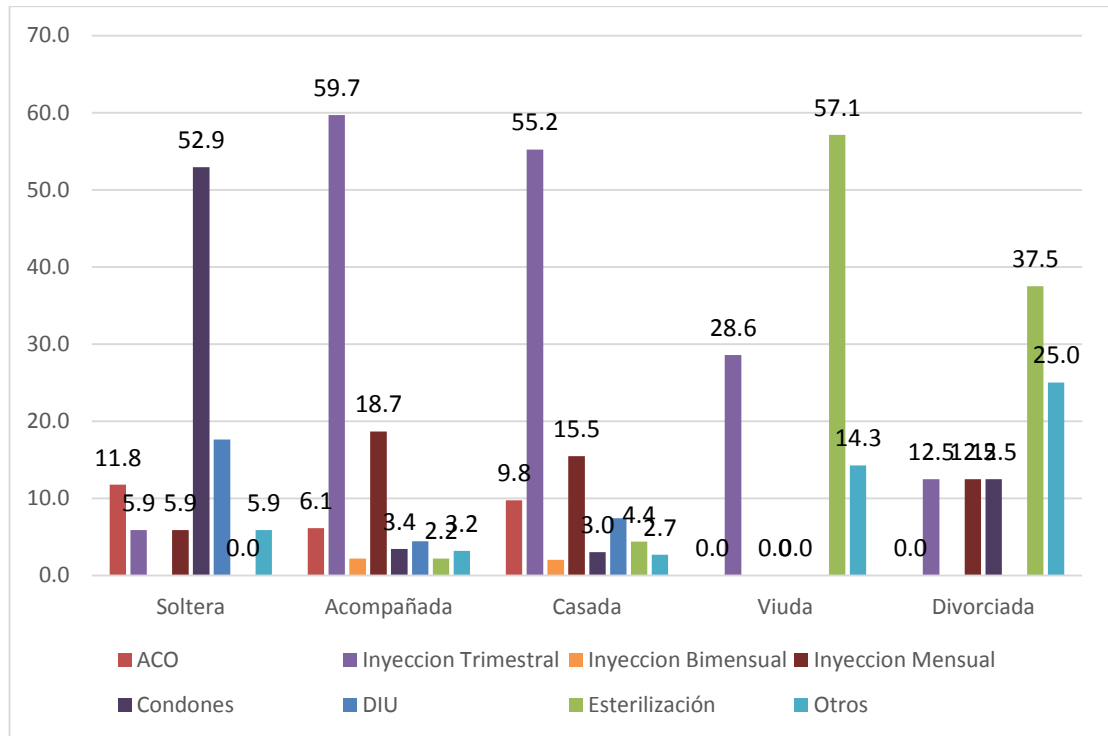
En el caso especial de las viudas la mayoría de ellas un 57.1% ya se esterilizo, un 28.6% utiliza el método trimestral y un 14.3% otros métodos, los demás métodos tienen resultados del 0%.

La mayoría de divorciadas un 37.5% ya esta esterilizada, un 25% utiliza otros métodos, 12.5% utiliza el método trimestral y con el mismo resultado de 12.5% se encuentran el método mensual y la utilización de condón.

INTERPRETACIÓN:

Como se puede observar en la gráfica n°39 la mayoría de las pacientes solteras utilizan los condones para la anticoncepción esto se debe a que tienen relaciones sexuales sin consentimiento de los padres, además utilizan los ACO ya que no causan amenorrea y de esta manera no tienen problemas en su casa para las que aún viven con sus padres la mayoría de las pacientes acompañadas y casadas utilizan los inyectables trimestrales y eso se debe a la estabilidad familiar que presentan según lo manifiestan durante la entrevista, en cuanto a las viudas y a las divorciadas su mayor predilección es la esterilización femenina.

GRÁFICA N° 39. ESTADO FAMILIAR Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN



Fuente: Tabla n° 42.

TABLA N° 43. INGRESO PROMEDIO MENSUAL Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN

INGRESO ECONOMICO PROMEDIO MENSUAL	\$0-\$100		\$100-\$200		> \$200		TOTAL
	F.	Fr.	F.	Fr.	F.	Fr.	
MPF Utilizado							
ACO	7	3.8	22	5.5	27	17.9	56
Inyección Trimestral	77	41.8	289	72.1	45	29.8	411
Inyección Bimensual	6	3.3	6	1.5	3	2.0	15
Inyección Mensual	63	34.2	45	11.2	16	10.6	124
Condones	5	2.7	9	2.2	19	12.6	33
DIU	4	2.2	15	3.7	24	15.9	43
Esterilización	6	3.3	9	2.2	14	9.3	29
Otros	16	8.7	6	1.5	3	2.0	25
TOTAL	184	100	401	100	151	100	736

Fuente: Cédula de entrevista

ANÁLISIS:

En la tabla n°43 se muestra el 41.8% de las mujeres con ingresos mensuales menores de \$100 indicaron que utilizaban el método de inyección trimestral, el 34.2% opinó que el método mensual y el 8.7% de ellas opinaron que utilizaban otros métodos diferentes a estos, los demás métodos tienen un valor inferior al 5%.

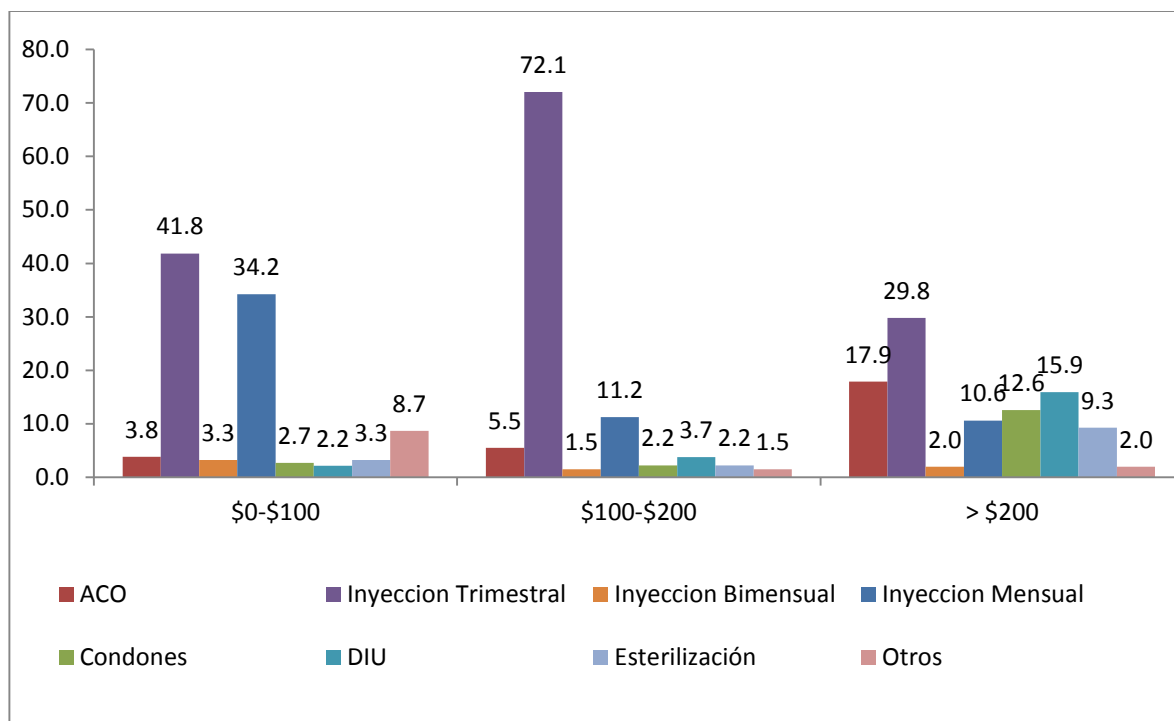
El 72.1% de las mujeres con ingresos de entre 100 y 200 dólares opinaron que utilizaban el método de inyección trimestral, el 11.2% de las encuestadas opinó que utilizaba el método mensual y el 5.5% utiliza el método de planificación oral, los demás métodos cuentan con porcentajes menores del 5%.

Con respecto a las mujeres con ingresos mayores de los \$200 ellas opinaron que el 29.8% de ellas utiliza el método trimestral, el 17.9% el método oral, un 15.9% el DIU, un 12.6% condones, un 10.6% el método de inyección mensual, un 9.3% la esterilización y los demás métodos tienen valores inferiores al 5%.

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica n°40 se puede identificar que en la mayoría de las pacientes independientemente de su nivel de ingreso económico la inyección trimestral es la más elegida manifestando que es la más confiable, hay menor tasa de fracasos así como también el hecho de que la visita es cada tres meses al establecimiento de salud son algunas de las características que las pacientes mencionan para elegir este método. Se puede observar que existe un patrón semejante de elección de los diferentes métodos de planificación familiar en los diferentes estratos económicos y no hay variaciones significativas. Cabe resaltar que en ausencia por falta de existencia de los métodos inyectables en los establecimientos de salud ya sea trimestral o mensual las usuarias toman 2 opciones si tienen los recursos económicos lo compran en la farmacia los inyectables y si no pueden costearlo hacen el uso de los ACO mientras se abastece nuevamente el establecimiento de Salud de los métodos inyectables.

GRÁFICA N° 40. INGRESO PROMEDIO MENSUAL Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN



Fuente: Tabla n° 43.

TABLA N° 44. PARIDAD Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN

PARIDAD	0-2 hijos		3-4 hijos		5-6 hijos		TOTAL
	F.	Fr.	F.	Fr.	F.	Fr.	
MPF Utilizado							
ACO	3	4.0	22	4.4	31	19.0	56
Inyección Trimestral	29	38.7	335	67.3	47	28.8	411
Inyección Bimensual	3	4.0	8	1.6	4	2.5	15
Inyección Mensual	10	13.3	82	16.5	32	19.6	124
Condones	7	9.3	11	2.2	15	9.2	33
DIU	17	22.7	20	4.0	6	3.7	43
Esterilización	5	6.7	15	3.0	9	5.5	29
Otros	1	1.3	5	1.0	19	11.7	25
TOTAL	75	100	498	100	163	100	736

Fuente: Cédula de entrevista

ANÁLISIS:

En la tabla n°44 se muestra que las mujeres entre 0 y 2 hijos el método que mayormente utilizan es la inyección trimestral con un 38.7%, seguida del uso del DIU con un 22.7%, la inyección mensual con un 13.3%, el uso de condones con un 9.3%, la esterilización con un 6.7% y los demás métodos tienen porcentajes menores del 5%.

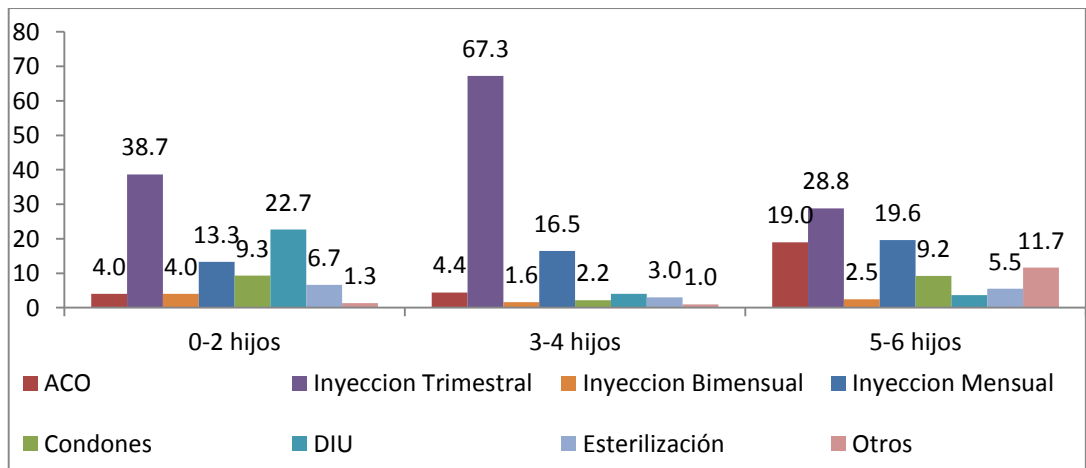
Respecto a las mujeres con 3 a 4 hijos el método que más utilizan es la inyección trimestral con un 67.3%, dando como el segundo método la inyección mensual con un 16.5% seguida por todos los demás métodos con porcentajes inferiores al 5%.

Con respecto a las mujeres entre 5 a 6 hijos la mayoría de ellas un 28.8% utiliza la inyección trimestral, el 19.6% utiliza la inyección mensual, un 19% el método oral, un 11.7% utiliza otros métodos, un 9.2% utiliza condones y un 5.5% ha optado por la esterilización, los demás métodos cuentan con un porcentaje menor al 5%.

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro anterior se establece la relación entre los métodos de planificación familiar y la paridad, puede observarse que las pacientes que tienen de 0 a 2 hijos la mayoría utilizan inyectables debido a que este método no causa irregularidades menstruales y por qué el efecto del medicamento es más corto en caso de que deseen un embarazo de igual manera se aprecia en los otros rubros de edad siendo el trimestral de mayor aceptación el mensual en segundo lugar y los ACO en tercer lugar esto se debe a que estos dos grupos de pacientes necesitan un método más seguro ya que tienen hijos y necesitan más protección manifestando estas que las inyecciones son confiables.

GRÁFICA N° 41. PARIDAD Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN



Fuente: Tabla n° 39.

6. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación se realizó en las Unidades Comunitarias en Salud Familiar (U.C.S.F.) La Carrillo San Miguel, Trompina Sociedad Morazán y Especializada La Presita San Miguel está ubicada en zona urbana, La Carrillo ubicada en zona semiurbana y Trompina ubicada en zona rural, las 2 U.C.S.F de San Miguel atienden usuarias de zona urbana y rural

Luego de la aplicación del instrumento de medición a la población en estudio los datos fueron procesados manualmente y llevados a una tabla matriz, utilizando el programa estadístico SPSS versión 19 en el cual cada uno de ellos se codificó para ser presentado en cuadros estadísticos de una y doble entrada y de esta manera obtener una información cruzada con la finalidad de comprobar la relación que existe entre las variables de estudio, seguidamente se realizó un respectivo análisis e interpretación utilizando para ello la base teórica propuesta los resultados encontrados fueron los siguientes:

FACTORES SOCIOCULTURALES

Procedencia

El 56.39% proceden del área urbana en comparación de un 43.61% provenientes del área rural esto es debido a que la mayoría de la población correspondiente a las U.C.S.F La Carrillo y Especializada La Presita es área urbana y la U.C.S.F. Trompina en su totalidad comprende población del área rural, otro factor que puede influir en esta distribución es el hecho de que la población de área rural consulta en establecimientos cercanos a su vivienda y hay poca afluencia de pacientes de área rural en las U.C.S.F. Urbanas. Esta frecuencia se mantiene para todos los tipos de programas lo cual se corrobora con los censos de consulta diarios.

Edad

El 58.01% de la población en estudio comprende los rangos de 15-25 años, un 30.71% pertenecen al grupo de 26-35 años, solo un 11.28% pertenecen a los 36-45 años, esto es debido a que la mayoría de estas son nulíparas o cuentan con 1-2 hijos y utilizan los métodos de planificación familiar para evitar familias supernumerarias, se puede observar que a mayor edad, menor porcentaje de planificación, se debe a que las pacientes con mayor edad optan por métodos permanentes como la esterilización.

Estado familiar

El 55.03% de las pacientes son acompañadas o unión estable, 40.35% son pacientes casadas y en porcentajes muy bajos están 2.31% manifiestan estar solteras, el 1.09% son

divorciadas y el 0.95 % viudas, esto revela parte importante de la cultura de las pacientes que consultan ya que la mayoría utiliza un método de planificación familiar si cuenta con una pareja (unión libre) o estar casada y solo un pequeño porcentaje de pacientes que se declaran solteras utilizan métodos de planificación familiar previo a establecer una relación de pareja el resto con menor porcentaje son divorciadas o viudas en gran parte son pacientes arriba de 40 años ya no tienen interés de tener vida sexual activa.

Alfabeta

El 56.79% manifiesta que si sabe leer y escribir lo contrario el 43.21% dice que no sabe, esto indica que las pacientes tienen cierto grado de entendimiento para la aceptación de un determinado método de planificación familiar, y el otro porcentaje indica que muchas de las pacientes analfabetas utilizan un determinado método pero lo hacen después de mucha consejería por el personal de salud.

Nivel de estudio

El 29.62% manifestó haber realizado estudios de 2° ciclo de educación básica, el 19.84% realizó estudios de bachillerato, el 19.29% realizó estudios de tercer ciclo de educación básica, el 11.96% de la población realizó estudios de primer ciclo de educación básica, el 10.19% realizó estudios de educación superior y el 9.1% no tiene escolaridad. El uso de los métodos de planificación familiar se relaciona directamente con el grado de educación de las pacientes, observándose que la mayoría de las pacientes cuentan con un nivel de educación básica, esto se debe principalmente a que algunos centros escolares brindan información sobre los métodos de planificación familiar y despejan algunas dudas sobre los métodos esto facilita a que las pacientes consulten las U.C.S.F para que se les brinde un determinado método.

Ocupación

El 61.96% de las pacientes refieren como ocupación los oficios domésticos, el 14.81% son empleados públicos, el 11.28% se dedican al sector informal, el 7.34% son parte del sector privado y el 11.61% tienen trabajos independientes. Más de la mitad de las pacientes no cuentan con un empleo o trabajo y se dedican a oficios domésticos o al cuidado de la familia algo característico en áreas rurales donde la mayoría de las familias dependen del hombre como fuente de ingresos familiares, lo cual provoca que los ingresos familiares sean bajos.

Ingresos económicos

El 54.5% de las entrevistadas manifiestan obtener ingresos económicos de \$100-200, el 25% manifiestan tener ingresos económicos iguales o menores de \$100; solo un 20.5% tienen ingresos superiores de \$200. Es debido a que no existe una fuente de empleo fijo y la mayoría que recibe ingresos depende de la temporada de trabajo como jornalero presentando ingresos en su mayoría entre \$100-200 cuando es temporada de trabajo con lo cual es difícil cubrir la canasta básica familiar, existen épocas del año en que las pacientes manifiestan que sus ingresos son menores.

Número de hijos

El 67.6% manifestó tener de 0 a 2 hijos, un 22.1% tiene más de 2-4 hijos y solo 10.2% de las pacientes tienen de 4-6 hijos son nulíparas del total de la población objeto de estudio. Las mujeres nulíparas son el grupo más reducido de los que utilizan métodos debido a que estas pacientes esperan por lo general después de tener su primer hijo para iniciar el uso de un determinado método anticonceptivo ya que la mayoría no considera adecuado iniciar la planificación antes de tener su primer hijo.

Religión

El 57.3% de la población en estudio pertenece a la iglesia católica, el 23.3% a ningún grupo religioso y el 19.4% a los grupos religiosos protestantes esto es debido a que los católicos son los que más utilizan métodos anticonceptivos en relación con el grupo de los protestantes pues este grupo consulta menos a las U.C.S.F. por influencia de sus líderes y como consecuencia hacen menos uso de sus programas de salud incluido el de planificación familiar por lo que si influye la religión en la decisión de usar un determinado método anticonceptivo.

Mitos

El 33.42 % mito que produce cáncer, 32.61% mito que engorda, 15.08% mito perdida del deseo sexual, 10.33% mito que produce acné, 7.74% mito son abortivos y 0.82% mito que provoca infertilidad, de cierta manera depende de la superación de pensamiento de cada creencia popular para poder hacer uso de un determinado método de planificación familiar en su mayoría comparten el mito que producen cáncer ya que culpan al uso de los métodos anticonceptivos la aparición de una malignidad en su organismo (ej. Ca de mama, Ca de útero) de igual manera rechazan los métodos de anticoncepción porque les produce aumento de peso (inyección) y de forma descendente rechazan los métodos porque hay perdida del deseo sexual (condón), son abortivos (DIU), y mencionan en menor proporción

que al dar uso a los métodos de planificación familiar a la larga cuando las pacientes deciden concebir un hijo ya no pueden pues pierden la fertilidad.

Relaciones sexuales

El 44.29% manifestaron haber iniciado sus relaciones sexuales entre los 15-20 años, seguido el 33.02% que iniciaron antes de los 15 años y el 22.69% que iniciaron relaciones sexuales después de los 20 años. Es la edad en que las adolescentes despiertan el interés por su sexualidad, y por la falta de educación sexual terminan acompañándose a temprana edad, además es la edad en que la mayoría concluye sus estudios escolares y con ello creen estar aptas para iniciar una vida sexual activa, aparte de esto el estado económico influye porque la pobreza en ocasiones obliga a las mujeres a salirse de su hogar y formar su familia buscando una mejor estabilidad económica, lo que empeora la situación.

En relación a los resultados de los indicadores anteriores se comparan los estos resultados con otros estudios de investigación nacionales y se comprueba que son parecidos los porcentajes de elección de un determinado por las usuarias, en relación con estudios de Estados Unidos en su mayoría las usuarias optan por el DIU y la esterilización femenina. Y en relación con estudios de Cuba ellos optan más por los implantes subdérmico y el DIU además de la esterilización femenina.

7. CONCLUSIONES.

Habiendo finalizado la tabulación y análisis de los resultados obtenidos de la investigación sobre los factores que determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar en las usuarias de edad fértil, realizado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar la Carrillo San Miguel, Trompina El Bejucal Sociedad y Especializada La Presita San Miguel. Año 2013. Se han planteado las siguientes conclusiones:

1. En las pacientes sujetas a estudio existen múltiples factores que influyen en la aceptación de un método determinado, encontrándose entre estos: la edad el estado familiar, la religión, el patrón cultural (machismo); además se observó que existen factores como el nivel educativo y el nivel económico en los cuales no se observó una influencia al momento de la aceptación. El método de planificación familiar más utilizado en todos los grupo estudiados es el inyectable trimestral (depoprovera)
2. En cuanto al apoyo de la pareja sobre la planificación familiar, manifiesta que cuenta con el apoyo directo de su pareja para planificar contrastando esto con el hecho de que ninguna de las pacientes entrevistadas acudió con su pareja a la consulta dejando la responsabilidad de la planificación familiar solo al sexo femenino.
En relación sobre la creencia de que los métodos anticonceptivos para la salud, gran porcentaje ha escuchado que estos métodos causan daño teniendo la mayor frecuencia de estos los anticonceptivos orales, los que asocian a aumento de peso, cefalea, cáncer y otros efectos secundarios.
Con respecto a la influencia que tienen los grupos religiosos sobre la planificación familiar se evidencia que los pacientes que pertenecen a grupos religiosos, una división de la religión protestante prohíbe los métodos de planificación familiar, siendo la mayoría de ellas los protestantes donde se prohíben los métodos como los hormonales y los de barrera (condón), por lo que existe una gran mayoría de pacientes en edad fértil que no asisten al programa de planificación familiar.
3. Al indagar sobre los conocimientos que tienen las pacientes sobre los métodos de planificación familiar se observó que la mayoría tienen conocimientos limitados que incluyen información certera y errónea de los anticonceptivos orales e inyectables, que incluya el tipo de método, modo de uso, efectos adversos y poseen poca información sobre el mecanismo de acción y sus ventajas. Respecto a los condones la mayoría de las pacientes no saben de la existencia del condón femenino por lo que manifiestan que solo pueden ser usados por los hombres; En cuanto al DIU la mayoría desconoce de este método y sus características. Las pacientes manifestaron conocerlos como “El aparatito” que se coloca en la “matriz”. Los métodos naturales (el ritmo) no son de preferencia para las pacientes, asegurando

que estos métodos son inseguros y solo deben usarse en las pacientes que cuentan con ciclos menstruales regulares.

Se evidenció que la mayoría de pacientes han recibido algún tipo de información sobre los métodos de planificación familiar siendo esta brindada por el personal de Salud del MINSAL lo que indica que las demás instituciones gubernamentales y no gubernamentales que tienen a cargo la educación cubren una escasa parte de la población en estudio.

4. Se aceptó la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula.

8. RECOMENDACIONES

Ya conocidas las conclusiones, del trabajo de investigación acerca de los factores que determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar en mujeres de edad fértil que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar donde se llevó a cabo el estudio año 2013 se establecieron la siguientes recomendaciones dirigidas al Gobierno, Ministerio de Salud, Unidades Comunitarias de Salud Familiar, Ministerio de Educación, Grupos Religiosos. A las usuarias con el objetivo de orientar a las mujeres y población en general sobre los diferentes métodos de planificación familiar y dar a conocer los diferentes factores sociales y culturales que influyen en la aceptación de un método determinado para que no se vean influenciadas de forma negativa a la hora de tomar una decisión.

AL GOBIERNO DE EL SALVADOR.

1. Es necesario que al presupuesto designado al sector salud y educativo se enfoque más en áreas preventivas e informativas sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva para inculcar desde la adolescencia la importancia de la planificación familiar y que con los conocimientos adquiridos tengan la capacidad de tomar una conducta apropiada acerca de la anticoncepción.
2. Que también se designe más recursos económicos para que se incluyan otros métodos anticonceptivos y que se mejore la calidad de los que ya existen en el cuadro básico de medicamentos y así tener una mayor diversidad de métodos para que las pacientes tengan más opciones a elegir, logrando de este modo una mayor satisfacción de las usuarias.
3. Fomentar la importancia de socialización del marco legal de la planificación familiar en los tres niveles de atención de las instituciones del MINSAL, como también las instituciones que hacen salud y educativas.
4. Implementar normas a nivel institucional enfatizando la importancia de la actitud del personal hacia la población.

AL MINISTERIO DE SALUD.

Dar a conocer los resultados es este estudio a las Instituciones del MINSAL y otras entidades de salud y educativa.

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

2. Mantener programas de educación continua de planificación familiar dirigidos a todo el personal encargado de brindar atención a las usuarias de edad fértil del programa de planificación familiar.

A LOS NIVELES LOCALES (U.C.S.F.)

1. Que continúen brindando educación en salud a la población en general, principalmente a las pacientes en edad reproductivas para hacerles ver las ventajas de la planificación familiar.
2. Mayor promoción e información de los métodos existentes para que las personas conozcan las opciones que tienen para elegir a través del material educativo (panfletos, carteles, boletas) y así disminuir los conceptos erróneos que se tienen sobre los métodos evitando la influencia negativa que los factores socioculturales puedan generar en las pacientes.
3. Que las Unidades Comunitarias en Salud Familiar coordinen con los grupos religiosos locales a fin de que estos permitan que sus integrantes acepten el uso de los métodos anticonceptivos y además capacitar a sus líderes para que sean capaces de brindar información adecuada a sus miembros.
4. Promover en todos los servicios de salud un programa educativo, utilizando la estrategia educación en servicio para lograr mayor proporción en conocimiento a la población referente a los beneficios de la planificación familiar.

AL MINISTERIO DE EDUCACIÓN.

1. Coordinar con el Ministerio de Salud para brindar charlas de educación sexual y reproductiva en las diferentes escuelas e institutos a los adolescentes que son el grupo en el que se inicia el interés por el tema además necesitan tener información adecuada que sienta las bases para una sexualidad sana.
2. Que se incluyan temas sobre planificación familiar en el programa educativo para que sean impartidos por el personal docente previamente capacitado.

A LOS GRUPOS RELIGIOSOS.

1. Que instruyan a sus miembros de la importancia a la planificación familiar y que permitan a las pacientes el uso de métodos de planificación ya que algunos no son aceptados por algunos grupos religiosos.

A LAS USUARIAS.

1. Que muestren mayor interés sobre el tema de planificación familiar, ya que se pudo observar que cuando se le brinda charlas sobre el tema se muestran indiferentes, aburridas y precisas.
2. Que se busque información adecuada para aclarar las dudas que puedan existir en cuanto a los diferentes métodos de planificación ya sea por el personal de salud y a través de medios informativos.
3. Que las usuarias involucren a sus parejas cuando consultan a las unidades de salud por planificación familiar para que estos reciban también la información o trasmitan los conocimientos a sus parejas que permitan aclarar sus dudas para lograr una mayor aceptación.
4. Asistir puntualmente a las fechas indicadas para controles y abastecerse del método de planificación familiar para así lograr una mayor eficacia del programa.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASOCIACION DEMOGRAFICA SALVADOREÑA. Encuesta Nacional de Salud Familiar - FESAL-2008 Planificación familiar y fecundidad paginas MMWR [en línea] 2009 septiembre 26 [fecha de acceso 10 de abril 2013]; URL disponible en: <http://www.fesal.org.sv/2008/informe/final/espanol/> Consultado el 05-04-2013.
2. WORLD HEARTH ORGANIZATION, Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, Tercera edición 2010 MMWR [en línea] 2010 abril 1 [fecha de acceso 05 de abril 2013]; URL disponible en: <http://books.google.com.sv/books?id=metodos+de+planificacion+familiar&hl=es&sa>. Consultado el 05-04-2013.
3. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Programa de planificación familiar, tabuladores mensuales de métodos de planificación familiar, Consolidado de 5 años sobre usuarias activas 2009-2013 UCSF. La Presita, La Carrillo San Miguel y Trompina El Bejucal Sociedad, Consultado 07 de abril 2013.
4. Google académico. Www.es. googleacademico.org/Planificación_familiar - 14k. Consultado 18 de julio 2013.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de Salud Reproductiva. El Salvador, Enero 2007. Pág. 84 Consultado 18 de julio 2013.
6. Diccionario en Carta. Microsoft Student con Encarta Premium 2007, consultado 20 de julio 2013.
7. Google académico. [Http://www.galenasalud.com/planificacion_familiar.htm](http://www.galenasalud.com/planificacion_familiar.htm). Consultado 21/07/2013.
8. Ley de acceso Universal y equitativo de servicios de Planificación Familiar y su Integridad en el Programa Nacional de Salud Sexual y reproductiva, Policopiado 2,009. Consultado 21-07-2013.
9. Fondo de Población de Naciones Unidas. Temas de salud pública en el nuevo contexto de Salud Reproductiva, quinta edición, San Salvador, El Salvador 2008 pág. 365. Consultado 23-07-2013.

10. Johns Hopkins y Colaboradores. Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva 111 Market Place, Baltimore, MD 21202, USA, Junio, 2012, Págs.2-1. 17 Ibíd..., Págs.2-1 y 2-2. Consultado 30-07-2013.
11. HATCHER Robert A. y otros, Lo esencial de la tecnología anticonceptiva, Baltimore, Facultad de Salud Pública, Universidad Jonhs Hopkins. Programa de información en Población, 2009. Consultado 03-08-2013.
12. PEÑA, Pilar Amaya. Tesis para optar el grado de maestría en enfermería. Ponencia presentada en el Foro, Perspectiva de investigación en enfermería en Centroamérica y el Caribe en Salud Familia, cuidado para la salud cardiovascular, gerencia en los servicios de salud, cuidado al paciente crónico, cuidado materno perinatal. El Salvador, octubre 2,009. Pág. 263. Consultado 05-08-2013.
13. http://es.googleacademico.org/Derechos_reproductivos Consultado el 05-11-2013.
14. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Guía de Atención en Planificación Familiar, San Salvador, El Salvador Centro América 2008 pág. 154 Consultado 07-08-2013.
15. WORLD HEARTH ORGANIZATION, Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, Tercera edición 2010 MMWR [en línea] 2010 abril 1 [fecha de acceso 05 de abril 2013]; URL disponible en: <http://books.google.com.sv/books?id=metodos+de+planificacion+familiar&hl=es&sa>. Consultado el 09-08-2013.
16. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Guía de Atención en Planificación Familiar, San Salvador, El Salvador Centro América 2008 pág. 154
17. CENTRO LATINOAMERICANO DE SALUD Y MUJER. Características Universales para la promoción en Salud. Planificación en América Latina 2009. (Disponible en www.celsam.org) consultada el 30 de junio 2013
18. Microsoft ® Encarta ® 2007, Control de Natalidad, consultado 08-08-2013.
19. <https://www.googleacademico.com.sv/search=anticonceptivos.implantes.subdermicos>. Consultado el 04-11-2013.

20. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Usuarías activas de Métodos Temporales de Planificación El Salvador 2010 (disponible en www.mspas.gob.sv/2010/uact2049.asp) consultada el 01/junio/13
21. Microsoft ® Encarta ® 2007, Control de Natalidad, consultado 010-08-2013.
22. <http://uap-escuelaprofesionaldeenfermeria.blogspot.com/2009/09/por-que-es-importante-brindar-lactancia.html> Consultado el 04-11-2013.
23. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Guía de Atención en Planificación Familiar, anticoncepción Natural San Salvador, El Salvador Centro América 2008 pág. 205.
24. http://www.elkiosko.com.mx/metodo_de_billings.htm Consultado el 04-11-2013.
25. <http://aprende.blogspot.com/2010/06/metodos-de-abstinencia-periodica-muchas.html>. Consultado el 04-11-2013.
26. http://www.proyecto-bebe.es/moco_cervical.htm Consultado el 04-11-2013
27. <http://www.grupodemujeres.org.ar/redmujeres.php?pagina=redmujeres-vihninos.html>. Consultado el 04-11-2013.
28. http://www.aprendeacuidarte.com.pe/web/index.php?option=com_content&view=article&id=99&Itemid=161 Consultado el 04-11-2013.
29. PERAZA ROQUE, Georgina y ALVAREZ SINTES, Roberto. Ética y lactancia materna. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 1998, vol.14, n.3, pp. 279-281. ISSN 1561-3038.
30. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Guía de Atención en Planificación Familiar, anticoncepción Natural San Salvador, El Salvador Centro América 2008 pág. 154
31. ROSA, Hernán. BARRY, Deborah. Anticoncepción de Barrera El Salvador Revista PRISMA. N°11 mayo-junio 2000. Pág. 16
32. <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/aficheDIU1.pdf> consultado 30-10-2013.
33. <http://es.googleacademico.org/Espermicida> consultado 30-10-2013

34. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Métodos quirúrgicos permanentes. Guías de Métodos para el Espaciamiento de Embarazos. Nivel comunitario. El Salvador. 2000 Pág.71-72
35. TUYUC CHACAH, Luis Francisco. “Significado de cuidar para el cuidador principal de la persona que vive con trauma craneocefálico hospitalizada y los factores que intervienen para que el cuidador participe en el cuidado”. Tesis (Licenciatura en Enfermería), Universidad Andrés Bello San Salvador, El Salvador, julio 2,006. Pág. 22
36. Web. www.marn.gob.sv/CD1/Educacion/guias/guia2/glosario.doc. Consultado 21/08/2013.
37. Normas de Atención, nivel I y II, Programa de Salud Reproductiva, Pág196
38. HATCHER Robert A. y otros, Lo esencial de la tecnología anticonceptiva Factor Social, Baltimore, Facultad de Salud Pública, Universidad Johns Hopkins. Programa de información en Población, 2009.
39. TUYUC CHACAH, Luis Francisco. “Significado de cuidar para el cuidador principal de la persona que vive con trauma craneocefálico hospitalizada y los factores que intervienen para que el cuidador participe en el cuidado”. Tesis (Licenciatura en Enfermería), Universidad Andres Bello San Salvador, El Salvador, julio 2,006. Pág. 23
40. MINISTERIO DE SALUD Censo del Centro de Salud Región Oriental de Salud, Enero 2012.
41. Normas de Atención, nivel I y II, Programa de Salud Reproductiva, Pág196
42. La Santa Biblia, Antigua versión de Casiodoro de Reina (1569), revisión 1960, Génesis 1.28. Consultado 01-10-2013.
43. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Guía de Atención en Planificación Familiar, Normas de Atención, nivel I y II, San Salvador, El Salvador Centro América 2008 pág. 87
44. Tula Zegarra con los aportes de: Susana Chávez, Rossina Guerrero y Luis Távara. Mitos y métodos anticonceptivos. Primera edición, marzo 2011. Pág. 7
45. SAMPIERI, Robert H. COLALLO, Carlos F. LUCIO, Pilar B. Metodología de la Investigación Tercera edición, México, Editorial Mc Graw Hill 2,010 pág. 706

46. LOPEZ, Cristina del B. Planificación Familiar y Consentimiento informado, Tesis Pamplona, España, 2005, pág. 233
47. Software procesador de datos estadísticos versión 19 http://portal.uned.es/pls/portal/docs/PAGE/UNED_MAIN/LAUNIVERSIDAD/VICERRECTORADOS/INVESTIGACION/O.T.R.I/OFERTAS%20TECNOLOGICAS/DMAC/DOCUMENTOS%20Y%20TUTORIALES/SPSSINICIACION.PDF Consultado 01-10-2013.
48. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8589.pdf consultado el 04-11-2013.
49. Libro Blanco de la Anticoncepción en España. http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/LIBROBLANCOb.pdf consultado el 04-11-2013.
50. Gabriela Rodríguez R., ¿Cómo ves? El aborto, Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM, México, 2009. SEXUALIDAD, ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO PARA JÓVENES. Página 45. Consultado el 04-11-2013.

LISTA DE FIGURAS

Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), implantes sólo de progestina, dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu)

CONDICIÓN		AOC	DMPA	Im-plantes	DIU-Cu
Embarazo		NA	NA	NA	
Lactancia materna	Menos de 6 semanas posparto				
	6 semanas a < 6 meses posparto				NC
	6 meses posparto o más				
Posparto	Menos de 21 días, sin dar de amamantar				NC
	< 48 horas incluida posplacenta inmediata				
	≥ 48 horas a menos de 4 semanas	NC	NC	NC	
Sepsis puerperal					
Post-sepsis inmediata					
Tabaquismo					
Edad ≥ 35 años, < 15 cigarrillos/día					
Edad ≥ 35 años, ≥ 15 cigarrillos/día					
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular					
Hipertensión PA = presión arterial	Historia de PA (donde no se puede evaluar)				
	PA está controlada y se puede evaluar				
	PA elevada (sistólica 140 - 159 o diastólica 90 - 99)				
	PA elevada (sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100)				
	Enfermedad vascular				
Trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP)	Historia de TVP/EP				
	TVP/EP aguda				
	TVP/EP establecida en tratamiento con anticoagulantes				
Cirugía mayor con inmovilización prolongada					
Mutilaciones trombogénicas diagnosticadas					
Cardiopatía isquémica (actual o historia de) o (historia de) accidente cerebrovascular				I	C
Hiperlipidemias diagnosticadas					
Cardiopatía valvular complicada					
Lupus eritematoso sistémico	Anticuerpos antifosfolípidos positivos o no diagnosticados				
	Trombocitopenia grave			I	C
	Tratamiento inmunosupresor				I
Dolores de cabeza	No migrañosos (leves o graves)	I	C		
	Migraña sin aura (edad < 35 años)	I	C		
	Migraña sin aura (edad ≥ 35 años)	I	C		
	Migraña con aura (a cualquier edad)			I	C
Patrones de sangrado vaginal	Irregular, sin sangrado abundante				
	Abundantes o prolongados, irregulares y regulares				
	Sangrado inexplicado (antes de la evaluación)				I

- Categoría 1 No hay restricciones para su uso.
- Categoría 2 Generalmente se usa; puede necesitarse algún seguimiento.
- Categoría 3 Usualmente no se recomienda; para su uso se requiere juicio clínico y acceso continuo a los servicios clínicos.

I/C (Iniciación/Continuación): Una mujer puede pertenecer a una categoría u otra, dependiendo si ella inicia o continúa el uso de un método. Por ejemplo, una cliente que actualmente padece una EPI que desea iniciar el uso del DIU se consideraría como Categoría 4, y no se le debe insertar un DIU. Sin embargo, si ella desarrolla una EPI mientras usa el DIU, se considera como Categoría 2. Esto significa que generalmente podría continuar usando el DIU y recibir...

CONDICIÓN		AOC	DMPA	Im-plantes	DIU-Cu	
Enfermedad trofoblástica gestacional	Niveles de regresión β-hCG o indetectables					
	Niveles de β-hCG persistentes elevados o enfermedad maligna					
Cánceres	Cervical (esperando tratamiento)				I	C
	Endometrial				I	C
	Ovárico				I	C
Enfermedad mamaria	Masa no diagnosticada	*	*	*		
	Cáncer actual					
	Pasada sin evidencia de enfermedad por 5 años					
Distorsión uterina debido a fibromas o anomalías anatómicas						
ITS/EPI	Cervicitis purulenta, clamidia, gonorrea actual				I	C
	Vaginitis					
	Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual				I	C
	Otras ITS (excluyendo VIH/hepatitis)					
	Riesgo aumentado de contraer ITS					
	Riesgo individual muy alto de exposición a ITS				I	C
Tuberculosis pélvica						
Diabetes	Enfermedad no vascular					
	Enfermedad vascular o diabetes por > 20 años					
Enfermedad sintomática (actual o en tratamiento médico) de la vesícula biliar						
Colestasis (Historia de)	Relacionada con el embarazo					
	Relacionada con los anticonceptivos orales					
Hepatitis	Aguda o signo	I	C			
	Crónica o la cliente es portadora					
Cirrosis	Leve					
	Grave					
Tumores hepáticos (adenoma hepatocelular y hepatoma maligno)						
VIH	Alto riesgo de VIH o infectada por el VIH					
SIDA	Sin terapia antirretroviral (ARV)				I	C
	Clinicamente bien en la terapia ARV	ver interacción medicamentosa				
	No clínicamente bien en la terapia ARV	ver interacción medicamentosa			I	C
Interacciones de medicamentos, incluyendo el uso de:	Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa					
	Inhibidores no nucleósidos de transcriptasa reversa					
	Ritonavir, inhibidores proteasa reforzados con ritonavir					
	Rifampicina o rifabutina					
	Terapia con anticonvulsivantes**					

A diferencia de versiones anteriores del Cuadro de referencia rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad, esta versión incluye una lista completa de todas las condiciones clasificadas por la OMS como Categoría 3 y 4.

Fuente: Adaptado de Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, actualizados en el 2008. Disponible: http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/guidelines.htm

FIGURA 1: CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA



FIGURA 2: IMPLANTES SUB DERMICO

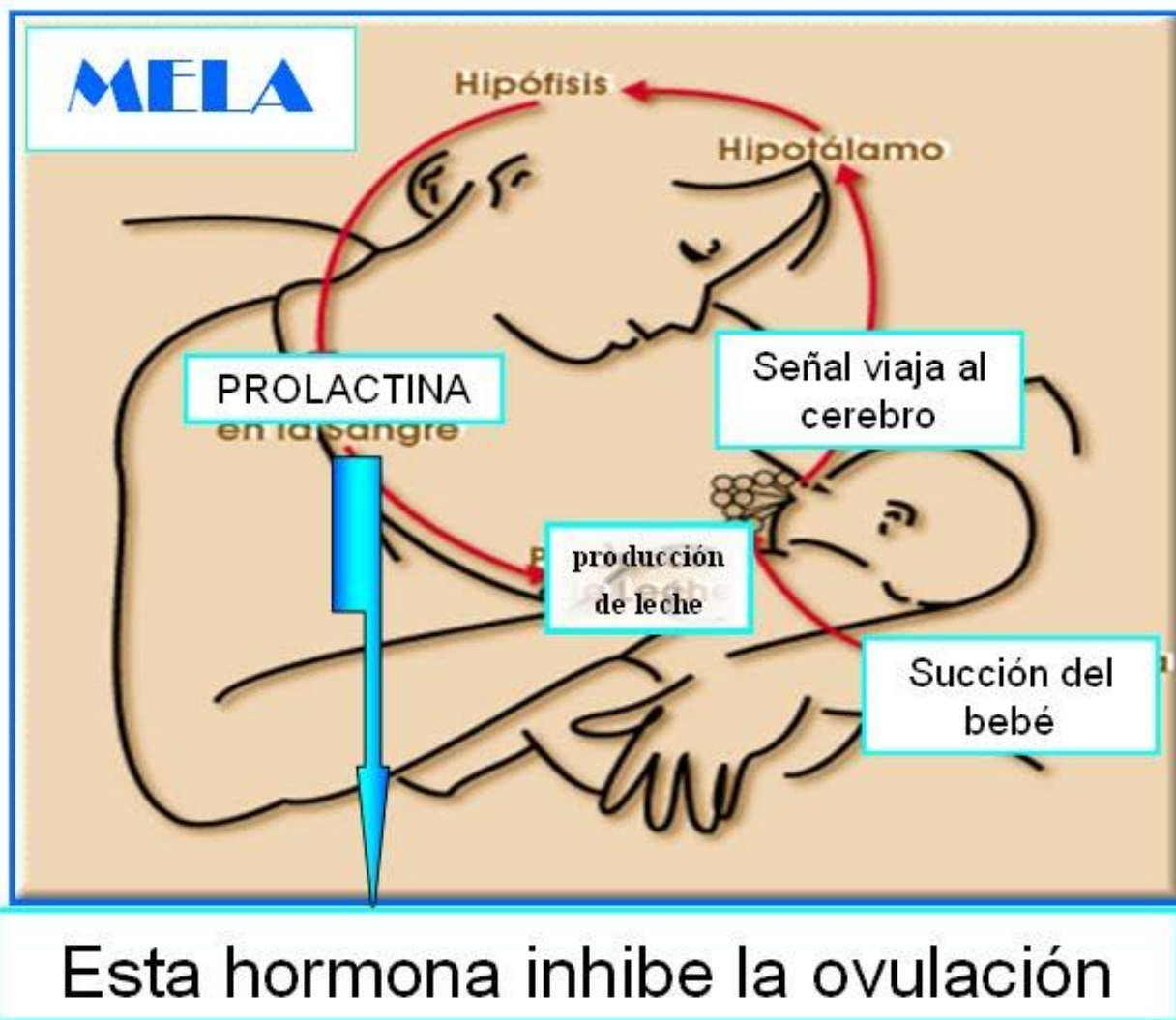


FIGURA 3: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Ciclo Menstrual

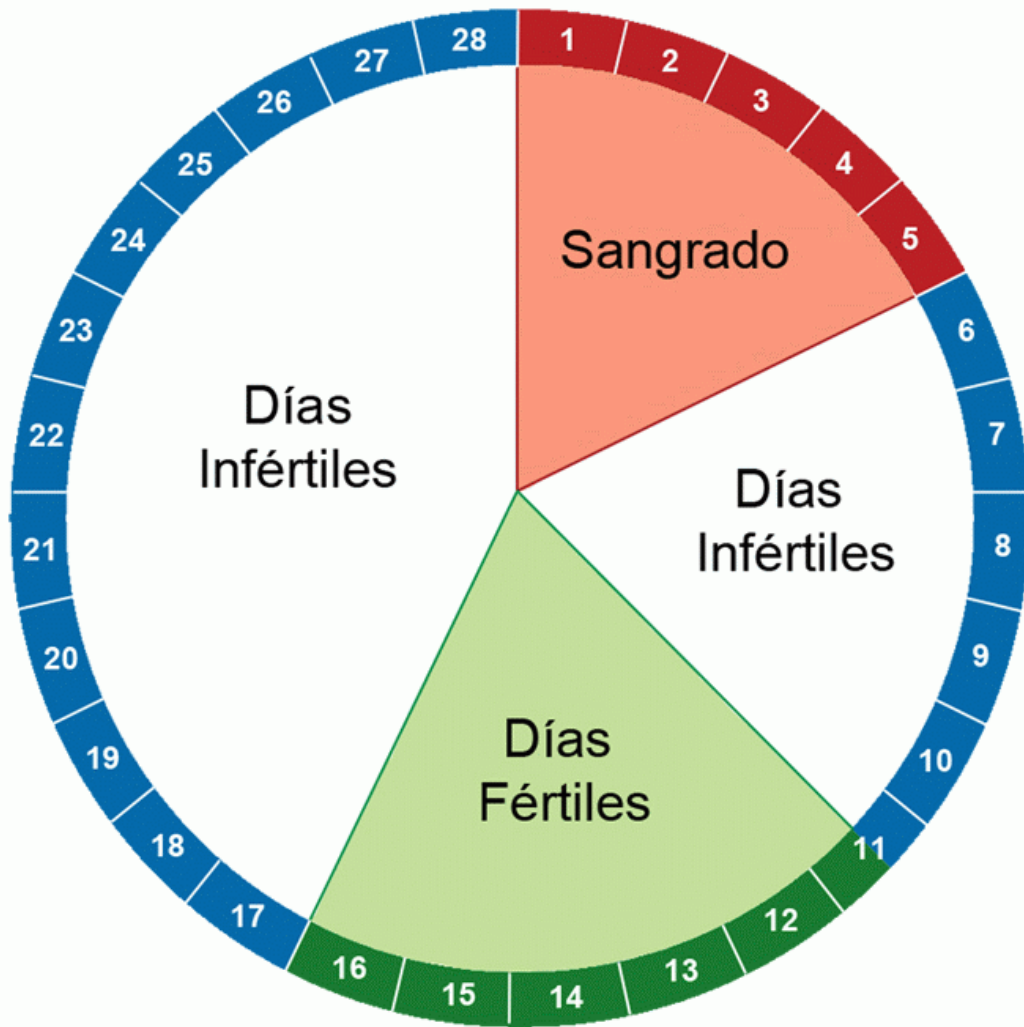


FIGURA 4: MÉTODO DE RITMO

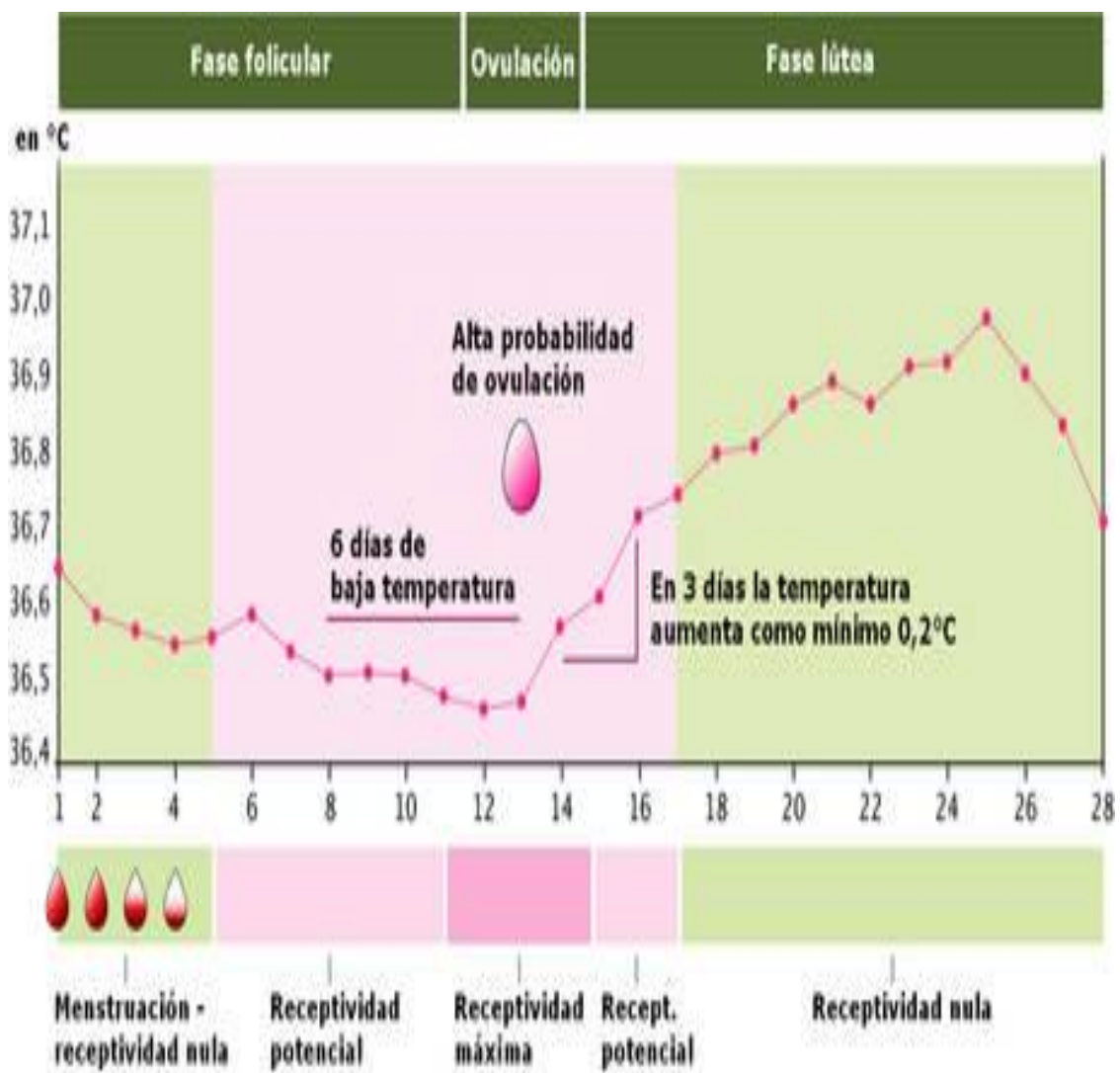


FIGURA 5: METODO DE TEMPERATURA CORPORAL BASAL

Inicio de menstruación	Período seco	PERIODO FERTIL	Período seco	Inicio de la próxima menstruación
1º-2º-3º-4º	5º-6º-7º-8º-9º	10º-11º-12º-13º-14º-15º-16º-17º	18º-19º-20º-21º-22º-23º-24º-25º-26º-27º-28º	

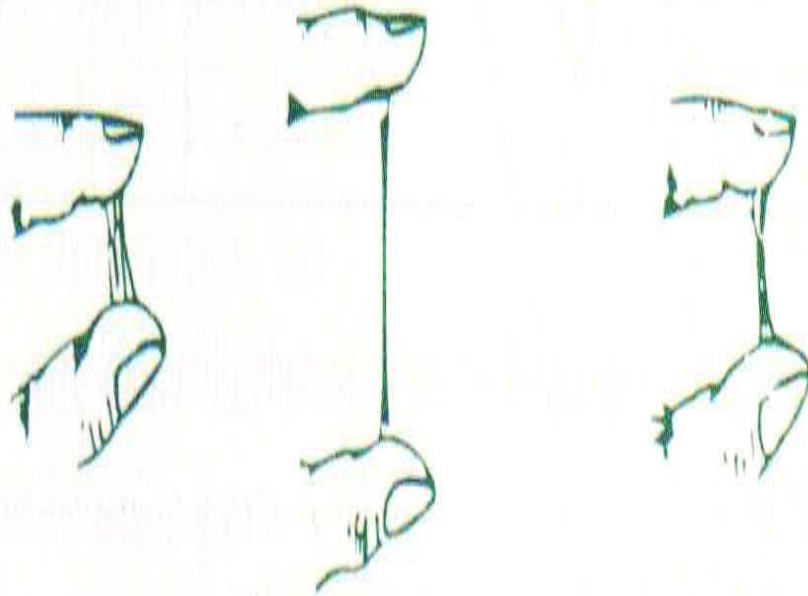


FIGURA 6: METODO DEL MOCO CERVICAL

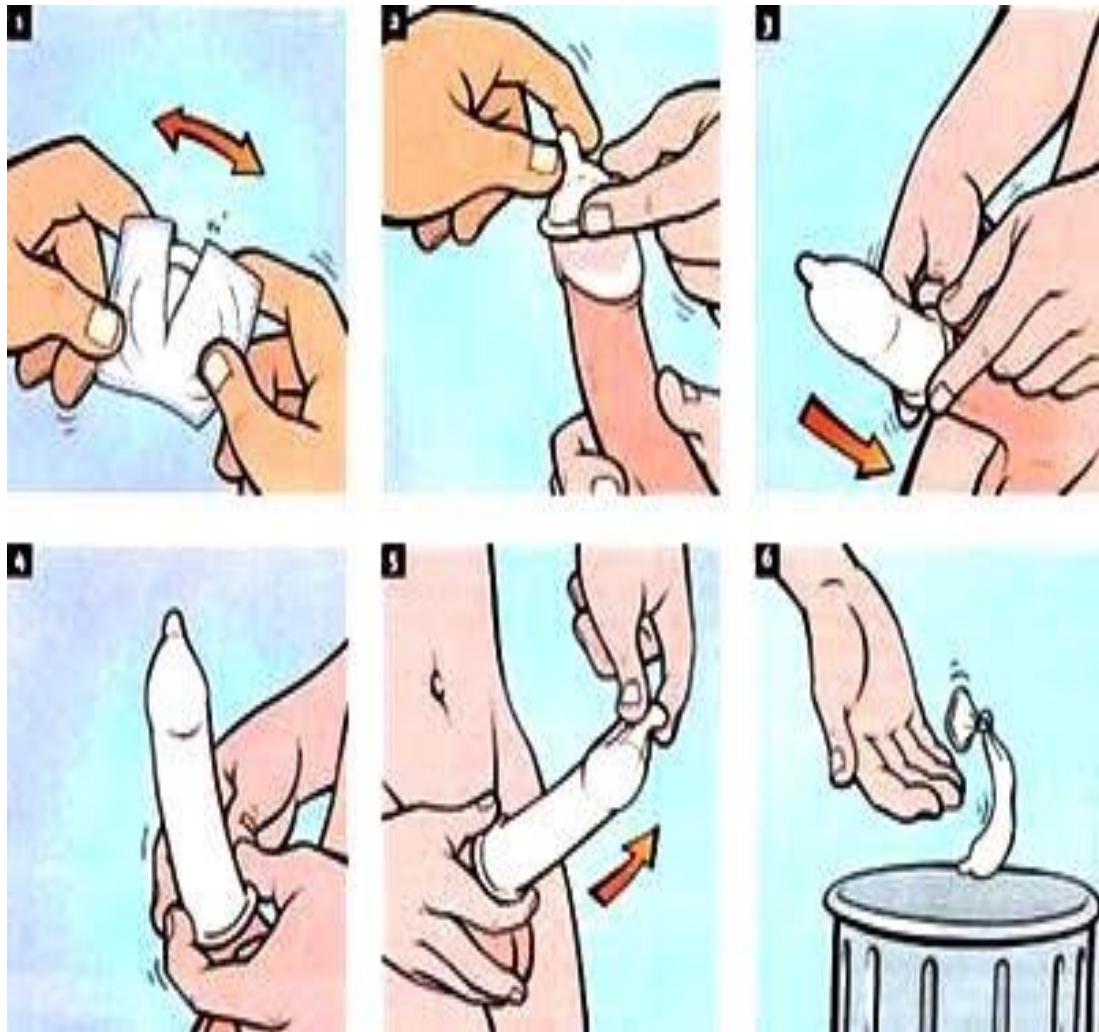


FIGURA 7: MÉTODO DE BARRERA (CONDÓN MASCULINO)

1. Descubrir el empaque
2. Colocar lo desde el extremo distal del pene
3. Desenvolverlo
4. Desenvolverlo hasta la base teniendo presionado la punta del látex.
5. Al retirarlo despegarlo desde la base del pene teniendo cuidado de no derramar el contenido de su interior al exterior.
6. Desecharlo a la basura.

CONDÓN FEMENINO

Efectivo método de protección

El condón femenino es tan efectivo para proteger de embarazos y males de transmisión sexual, como el masculino



Pasos para colocar el condón

- 

1 Sostenga el anillo interno y presione suavemente con sus dedos ese extremo.
- 

2 En una posición cómoda, coloque el anillo interno del condón en el orificio de la vagina.
- 

3 Introduzca uno de sus dedos dentro del condón y colóquelo en el conducto de la vagina.
- 

4 Asegúrese que su pareja introduzca el pene dentro del condón.

FUENTE: WWW.FEMALEHEALTH.COM

MANUEL CANALES / IAN/VOXI

nación COM

FIGURA 8: MÉTODO DE BARRERA (CONDÓN FEMENINO)

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1

GLOSARIO

7. **Abstinencia:** Privación voluntaria de las relaciones sexuales.
8. **Amenorrea:** Ausencia de menstruación por un período mayor al normal del ciclo menstrual.
9. **Amenorrea por lactancia:** Es la ausencia de la menstruación en el período postparto mientras la mujer está lactando.
10. **Consentimiento 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.
11. **Consejería:** Proceso educativo que ayuda a garantizar que las personas, tomen decisiones libres e informados acerca de su vida reproductiva.
12. **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.
13. **Efectividad anticonceptiva:** Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar el embarazo durante un año de uso.
14. **Efectos secundarios:** Signos y síntomas contrarios a los normales que se presentan por corto o largo tiempo, durante la utilización de algún fármaco.
15. **Espacio inter genésico:** Periodo que habra entre el ultimo 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/a.
16. **Infección de Transmisión Sexual (ITS):** Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.
17. **Eyacuación:** Expulsión de semen durante el acto sexual.
18. **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.
19. **Hormonas:** Sustancia química secretada por una glándula endocrina que, transportada por el plasma sanguíneo ejerce una acción específica sobre las funciones de otro órgano.
20. **Lactancia materna exclusiva:** Alimentación del recién nacido con leche materna, sin adición de otros líquidos, o alimentos evitando el uso de chupones o biberones.
21. **Mecanismo de acción:** Forma principal de actuar de los medicamentos o métodos de planificación familiar.
22. **Menarquia:** Primera menstruación.
23. **Método permanente:** Método de planificación familiar que limita la fecundidad en forma definitiva.
24. **Método temporal:** Método de planificación familiar que limita la fecundidad por un tiempo determinado.
25. **Nuligestas:** Aquellas mujeres que aún no han tenido un embarazo.
26. **Nulípara:** Aquellas mujeres que aún no han parido o a dado a luz un feto.
27. **Post-cesárea:** Período posterior a la realización de una cesárea.

28. **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 3 períodos:
- a) Inmediato, las primeras 24 horas
 - b) Mediato, del segundo al séptimo día
 - c) Tardío, desde el octavo hasta 42 días postparto
29. **Redes Sociales:** Formas de representar una estructura social, están relacionados de acuerdo a algún criterio (relación profesional, amistad, parentesco, medios de comunicación etc.) entonces se construye una línea que conecta los nodos que representan a dichos elementos.
30. **Relación sexual:** Para fines de este estudio relación sexual se entenderá únicamente al coito vaginal (penetración pene-vagina).
31. **Retorno a la fertilidad:** Tiempo que demora en volver la fertilidad.
32. **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.
33. **Salud Reproductiva:** Es el estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades durante el proceso de reproducción.
34. **Usuario (a):** Persona que solicita o utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

SIGLAS/ABREVIATURA

ACO: Anticonceptivo oral combinado

ADS: Asociación Demográfica Salvadoreña

AIC: Anticonceptivos Inyectables Combinados

AIPS: Anticonceptivos Inyectables de Progestina Sola

AMDP: Acetato de Deposito de Medroxiprogesterona

ACO: Anticonceptivos Orales Combinados

AQV-F: Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina

DIU TCu: Dispositivo Intrauterino de Cobre

DIU: Dispositivo Intrauterino

FDA: Administración de alimentos y drogas de los Estados Unidos de América

FESAL: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

EPI: Enfermedad Pélvica Inflamatoria

FSH: Hormona Folículo estimulante

FUA: Fecha de último aborto

FUR: Fecha de última menstruación

FUP: Fecha de último parto

IMC: Índice de masa corporal

ISBM: Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

ITS: Infecciones de transmisión sexual

LEI: Lesión escamosa intraepitelial

LH: Hormona Luteinizante

MELA: Método Amenorrea de la Lactancia

MINSAL: Ministerio de Salud Pública

NETEN: Enantato de noretisterona

NIC: Neoplasia intraepitelial cervical

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAE: Píldoras anticonceptivas de emergencia

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory- estudio por sífilis

VIH – SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

ANEXO 10

MITOS Y REALIDADES

MITOS	REALIDADES
1 Se dice que las píldoras afectan los nervios de las mujeres y las vuelven renegonas.	No hay evidencias de estos efectos y aunque las hormonas pueden alterar en algo el estado emocional, no son determinantes en los cambios de estado de ánimo.
2 El inyectable produce infertilidad.	No es así. Está demostrado que algunas mujeres que lo usan pueden tomar un tiempo para restablecer su fecundidad, pero en la mayoría ésta retorna rápidamente.
3 Las mujeres que no menstrúan por el inyectable se vuelven locas porque la sangre “se les sube a la cabeza”.	Aunque en algunas culturas la menstruación es entendida como un “desfogue natural de las mujeres”, se trata de un efecto inexistente. La ausencia de la menstruación está explicada porque no se llega a formar suficiente capa de endometrio.
4 Los métodos anticonceptivos que contienen hormonas producen cáncer.	Está absolutamente comprobado que no es así, es más, los anticonceptivos hormonales previenen ciertos tipos de cáncer, como el de endometrio.
5 El implante puede producir cáncer de mama	No hay ninguna evidencia científica, aunque se recomienda cuidado en el uso de anticonceptivos hormonales cuando hay una carga genética importante de cáncer de mama (cuando la madre o hermanas han presentado esta enfermedad).
6 Cuando la mujer no menstrúa por efecto de la inyección, la sangre forma un tumor en la matriz.	Este efecto no existe, forma parte de concepciones culturales.
7 La píldora y la inyección disminuyen el deseo sexual en la mujer.	Los anticonceptivos tienen distintos componentes hormonales y aunque algunos pueden estar relacionados con la disminución de la libido, sus efectos son muy limitados con respecto a otros factores que sí pueden disminuir el apetito sexual
8 La píldora de emergencia es abortiva.	Está científicamente comprobado que no es.

- | | | |
|----|--|--|
| 9 | Desde que uso la píldora soy más agresiva, pego a mis hijos, peleo con mi esposo por cualquier motivo. | Aunque ciertos métodos anticonceptivos en algunas mujeres pueden afectar el estado de ánimo, son otros factores los que podrían estar generando los problemas mencionados. |
| 10 | El DIU produce cáncer de cuello uterino. | No hay ninguna evidencia al respecto. Son otros los factores desencadenantes del cáncer de cuello uterino. |
| 11 | El DIU es abortivo. | No hay ninguna evidencia que señale este efecto |
| 12 | Si sales gestando con el dispositivo intrauterino (DIU), éste se pega en el cuerpo del bebé, y le ocasiona daño. | No hay posibilidad de que ello ocurra por la protección que ofrecen la placenta y las membranas placentarias. |
| 13 | El DIU se puede mover y llegar a otros órganos, como el estómago. | No hay ninguna evidencia, el útero no establece este tipo de comunicación con los órganos mencionados. |
| 14 | El hombre siente el DIU cuando tiene relaciones sexuales. | No hay ninguna evidencia, a no ser que el DIU esté mal colocado. |
| 15 | El DIU incomoda al varón y le quita placer. | No hay ninguna evidencia |
| 16 | Con el DIU la mujer se vuelve liberal, “calentona”. | No hay ninguna evidencia que así lo demuestre. |
| 17 | Cuando la T de cobre se queda por mucho tiempo, perfora el útero. | No hay ninguna evidencia que así lo demuestre. El pequeñísimo riesgo de perforación puede producirse en el momento de colocar el DIU, si se hace de manera inexperta. |
| 18 | La mujer nulípara no puede usar DIU. | No es real, los DIU pueden ser usados por mujeres que no tienen hijos. |
| 19 | Después de usar DIU se debe descansar. | No hay ninguna evidencia, el DIU se puede retirar por tiempo de expiración y colocar inmediatamente uno nuevo. |
| 20 | Solo se coloca el DIU si la mujer está menstruando. | No es real, en algunos lugares los proveedores ponen esta condición para asegurar que la mujer no está embarazada, lo que resulta relativo, pues puede haber |

embarazo y menstruación.

- 21 Después de un aborto no se recomienda un DIU, porque no se tiene la seguridad de que haya sido un aborto espontáneo. No hay ninguna razón, la mujer puede usarlo si es que desea postergar un nuevo embarazo.
- 22 El condón se puede utilizar varias veces. Aunque en algunos lugares el condón femenino es reutilizable, no está recomendada esta forma de uso. En el caso del condón masculino no se recomienda de ninguna manera.
- 23 El condón disminuye el placer en el hombre. No hay evidencia de esto. En hombres y mujeres que se han acostumbrado al uso del condón, no se afecta el placer.
- 24 La mujer que pide a su pareja que use condón es porque no confía en él. Es muy importante difundir el valor de prevención tanto del embarazo no deseado como de la transmisión del VIH.
- 25 El condón es para personas promiscuas. El condón es para cualquier persona que quiera tener relaciones sexuales protegidas.
- 26 El condón es para usarlo en relaciones sexuales fuera del matrimonio. El condón también es un excelente método anticonceptivo y tiene la ventaja de ser utilizado solamente en el momento de la relación sexual.
- 27 Si el pene es muy grande o grueso rompe el condón. Los condones tienen una buena capacidad de adaptación al tamaño del pene, así lo permite su textura de látex.
- 28 La ligadura de trompas produce locura con el tiempo. No hay ninguna evidencia.
- 29 Las mujeres que se han practicado anticoncepción quirúrgica son infieles a sus maridos. No hay ninguna evidencia, se trata de conceptos que buscan estigmatizar a las mujeres que usan métodos anticonceptivos.
- 30 Las mujeres con ligadura de trompas tienen menopausia prematura. No hay ninguna evidencia, hay otros factores que pueden determinar la menopausia prematura.
- 31 La ligadura hace que la mujer engorde. No hay ninguna evidencia, son otros los factores que determinan este cambio.

- | | | |
|----|---|--|
| 32 | Los hombres con vasectomía pierden su hombría. | No hay ninguna evidencia, son temores que se promueven para que los hombres no accedan a este método cuando ya no quieren tener más hijos. |
| 33 | El hombre vasectomizado pierde la capacidad de erección. | No hay ninguna evidencia, hay otros factores que pueden producir la impotencia. |
| 34 | Con la vasectomía el hombre pierde deseo sexual. | No hay ninguna evidencia, son otros los factores que pueden hacer disminuir el deseo sexual. |
| 35 | El hombre con vasectomía se vuelve homosexual | No hay ninguna evidencia, la homosexualidad no es una enfermedad ni consecuencia de ningún tratamiento. |
| 36 | Sólo las parejas que se aman de verdad pueden optar por la abstinencia. | No hay ninguna evidencia, esto depende de la forma en que cada pareja establece sus acuerdos y compromisos. |
| 37 | El hombre no puede controlar sus deseos sexuales en los días de abstinencia. | No hay ninguna evidencia, los hombres pueden controlar plenamente su actividad sexual. |
| 38 | No es bueno estar revisándose y tocándose los genitales para ver el moco. | Al contrario, es una buena práctica de salud |
| 39 | Mientras se da de lactar no hay embarazo. | La lactancia puede disminuir la fecundidad, pero no anularla. Su efecto se pierde cuando el parto ocurrió hace más de 6 meses y la lactancia ya no es exclusiva. |
| 40 | Mientras se da de lactar no se deben usar anticonceptivos, pasan por la leche y dañan al bebé. | Pueden pasar algunas hormonas, como ocurre usualmente con las hormonas naturales de la mujer, pero esto no tiene ningún efecto adverso. |
| 41 | El esperma puede envenenar la leche materna, por lo que no se debe tener relaciones sexuales en el postparto. | No hay ninguna evidencia, aunque sí se recomienda la no penetración en las relaciones sexuales para evitar la posibilidad de generar daños en la mujer. |

ANEXO 11

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Título de Estudio: **“Factores que determinan la aceptación de métodos de planificación familiar en las usuarias de edad fértil que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud familiar La Carrillo San Miguel, Trompina El Bejucal Sociedad, y Especializada La Presita San Miguel. Año 2013.”**.

Investigadores:

Br. Edward David Alvarenga Fuentes,
Br. Rocío Gabriela Argueta Fuentes
Br. Gustavo Vidal Salguero Guevara.

Los suscritos que están realizando el estudio sobre Factores que determinan la aceptación de métodos de planificación familiar en las usuarias de edad fértil, con el propósito de investigar los factores que influyen en ella y socializar posteriormente su resultado en beneficio de las Instituciones y especialmente a los sujetos a investigar.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por la COMISIÓN COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADUACIÓN, con el aval académico de DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

El procedimiento no implica daño previsible e induce responder a una serie de preguntas de acuerdo a indicadores, la participación en el estudio ocupará aproximadamente 20 minutos. La participación es voluntaria, tiene derecho abandonar el estudio cuando quiera, se respetará su confidencialidad.

Toda información del estudio será codificado para no relacionarse con usted.

He leído el formulario de consentimiento

Fecha: _____ Firma de la entrevistada: _____

ANEXO 12

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



CÉDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

OBJETIVO: RECOPIAR INFORMACIÓN SOBRE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS USUARIAS DE EDAD FÉRTIL QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR LA CARRILLO SAN MIGUEL, TROMPINA EL BEJUCAL SOCIEDAD Y ESPECIALIZADA LA PRESITA, SAN MIGUEL. AÑO 2013.

Indicación: Conteste las siguientes preguntas según corresponda, marcando con una “X” en el espacio que crea conveniente.

U.C.S.F. _____

Nº: _____

Fecha: _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Procedencia: Urbano Rural

2. Edad: _____

3. Estado Familiar: Soltera Acompañada Casada

Viuda Divorciada

4. Sabe leer y escribir: Si No

5. Cuál es su último grado estudiado:

a) 1°-3°

b) 4°-6°

- c) 7°-9°
- d) Bachillerato
- e) Educación superior

6. Tiene trabajo remunerado: Si No

7. Ocupación: _____

8. De cuanto es el ingreso familiar mensual aproximado
- a) <\$100
 - b) \$100-200
 - c) >\$200

II. FACTORES CULTURALES

9. Cuántos hijos tiene:
- a) Ninguno
 - b) 1-2 hijos
 - c) 3 o más hijos

10. A qué grupo religioso pertenece:
- a) Católico
 - b) Protestante
 - c) Ninguno

11. Le prohíbe su religión algún método de anticoncepción
Si No

12. Ha escuchado algún mito sobre los métodos de planificación familiar:
Si No

13. De los siguientes mitos sobre los métodos de planificación familiar cuales ha escuchado usted:
- a) Provocan infertilidad.
 - b) Producen Cáncer.
 - c) Son Abortivos
 - d) Pérdida del deseo sexual

- e) Engordan
- f) Producen acné

14. Quién le comunicó ese mito:

- a) Familiares
- b) Amigos
- c) Redes sociales
- d) Otros (especifique) _____

15. Edad que inició relaciones sexuales:

- a) <15 años.
- b) 16-19 años.
- c) >20 años.

16. Se protege usted al momento de tener relaciones sexuales para no quedar embarazada

- Si No

17. Sabe su pareja si usted está planificando:

- Si No

18. Cuenta con el apoyo y el consentimiento de su pareja

- Si No

19. Con que frecuencia asiste usted con su pareja a los controles de planificación familiar

- a) Nunca
- b) Casi nunca.
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

III. PREFERENCIAS DE LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

20. Ha recibido información sobre los métodos de planificación familiar:

- Si No

21. Quien le brindó la información:

- a) Personal de salud
- b) Familiares
- c) Amigos
- d) Otros (especifique) _____

22. Practica usted algún método de planificación familiar natural.

- a) Método de Billing
- b) Método de temperatura corporal basal
- c) Método de ritmo
- d) Método de coito interrumpido
- e) MELA
- f) Ninguno

23. Qué métodos de planificación familiar usa actualmente

- a) Anticonceptivos orales
- b) Inyectable trimestral
- c) Inyectable bimensual
- d) Inyectable mensual
- e) Condón
- f) Dispositivo intrauterino
- g) Otros (especifique) _____

24. En su caso quien tomó la decisión de qué método anticonceptivo usar:

- a) Usted
- b) Su pareja
- c) Ambos

25. Porque eligió ese método:

26. Le gustaría a usted que en la unidad de salud existieran otros métodos de planificación familiar:

- Si No

¿Cuál Método?

27. Se siente seguro con ese método:

Si No

28. Esta dispuesta usted a operarse para no tener más hijos.

Si No

29. Ha escuchado usted si algún anticonceptivo es dañino para la salud

Si No ¿Cuál? (especifique) _____

30. Qué sabe usted sobre anticonceptivos orales:

31. Qué sabe usted sobre anticonceptivos inyectables:

32. Qué sabe usted sobre los condones:

33. Qué sabe usted sobre el DIU:

34. Qué sabe usted sobre el método del ritmo:

35. Que sabe usted sobre la anticoncepción de la lactancia (MELA)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 13

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN CICLO I Y II AÑO ACADEMICO 2013.

Meses		MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPT				OCTU				NOV				DIC			
		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	Inscripcion del proceso de graduacion.			X																																					
2	Reuniones con la Coordinacion General.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X		X	X	X	X	X											
3	Reuniones con los Docentes Asesores.		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
4	Elaboracion del perfil de investigacion.	X	X	X	X	X	X	X	X																																
5	Entrega del perfil de investigacion.					30 de abril																																			
6	Elaboracion del protocolo de investigacion.									X	X	X						16 de agosto																							
7	Presentacion del protocolo de investigacion.																																								
8	Ejecucion de la investigacion.																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
9	Tabulacion, analisis e interpretacion de los datos.																									X	X	X	X												
10	Redacion del informe final.																													X	X	X									
11	Presentacion del documento final.																													25 y 29 de Nov											
12	Exposicion oral de los resultados.																																	2 y 12 de Dic							

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS A REALIZAR DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

MES JULIO 2013

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Reunión de núcleo de investigación																												x	x			
Reunión con asesor metodológico						x							x								x							x				

MES AGOSTO 2013

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Realización de prueba piloto																						x				x	x	x				
Revisión del instrumento																x																
Aplicación de instrumento																													x	x		
Reuniones de núcleo de investigación		x							x							x							x							x		
Reunión con asesor metodológico			x							x							x								x							x

MES SEPTIEMBRE 2013

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Aplicación del instrumento		x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x											
Reunión de núcleo de investigación						x							x								x										
Tabulación de resultados obtenidos																							x	x	x	x	x				x
Reunión con asesor metodológico								x							x							x							x		

Estas actividades se realizarán simultáneamente por cada uno de los miembros del núcleo del trabajo.

ANEXO 14
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO \$	PRECIO TOTAL \$
2	Computadora	900.00	1,800.00
2	Memorias USB Kingston 4 GB	9.00	18.00
3	Bolígrafos BIC	0.15	0.45
3	Lápices FASELA	0.15	0.45
4	Borradores de goma FASELA	0.25	1.00
1	Calculadora CASIO	5.00	5.00
168	Fotocopias del borrador de perfil	0.05	8.40
84	Impresiones del perfil	0.25	21.00
700	Fotocopias del borrador de protocolo	0.05	35.00
14	Anillados (perfil y protocolos)	1.50	21.00
10	Empastados	10.00	100.00
28	Fólderes	0.20	5.60
28	Fastenes	0.07	2.00
12	Almuerzos para el momento de la exposición	18.00	216.00
7	Cd y copias	1.00	7.00
	Preparación del local	150.00	150.00
	Imprevistos 10%		239.09
		TOTAL	\$2,630.99

La investigación será financiada por el grupo investigador

Edward David Alvarenga Fuentes. \$877

Rocío Gabriela Argueta Fuentes. \$877

Gustavo Vidal Salguero Guevara. \$877