

UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIECIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

“Factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar, en mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, Guatemala. Octubre 2021”



TESIS

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR

Jorge Mauricio Chocoj Alvarado

Darineth Ambrocia Marroquín Flores

Marlón Eduardo Ordóñez Pérez

PREVIO A CONFERIR EL TÍTULO DE

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2,021

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|--------------|
| INTRODUCCIÓN..... | |
| CAPÍTULO I | 1 |
| 1. MARCO METODOLÓGICO | 1 |
| 1.1 Justificación | 1 |
| 1.2 Planteamiento del problema..... | 2 |
| 1.2.1 Definición del problema | 2 |
| 1.2.2. Pregunta de investigación | 3 |
| 1.2.3. Especificación del problema..... | 3 |
| 1.2.4. Delimitación del problema | 4 |
| 1.2.4.1 Unidad de análisis..... | 4 |
| 1.2.4.2 Tamaño de la muestra..... | 5 |
| 1.2.4.3 Ámbito geográfico | 6 |
| 1.2.4.4 Ámbito Institucional | 6 |
| 1.2.4.5 Ámbito temporal | 6 |
| 1.2.4.6 Ámbito personal | 6 |
| 1.3 Objetivos de la investigación..... | 6 |
| 1.3.1 Objetivo general | 6 |
| 1.3.2 Objetivos específicos..... | 6 |
| 1.4 Bosquejo preliminar de temas y subtemas | 7 |
| 1.4.1 Tema principal..... | 7 |
| 1.4.2 Subtemas..... | 7 |
| 1.4.2.1..... | 7 |
| 1.4.2.2..... | 7 |
| 1.5. Actividades | 7 |
| 1.6. Métodos, técnicas e instrumentos..... | 9 |
| 1.6.1. Métodos | 9 |
| 1.6.1.1 Población y muestra | 9 |
| 1.6.1.2 Criterios de inclusión y exclusión | 9 |
| 1.6.1.3 Aspectos éticos..... | 11 |

| | |
|--|-----------|
| 1.6.2. Técnicas | 11 |
| 1.6.2.1. Definiciones de variables..... | 11 |
| 1.6.2.2. Operativización de Variables | 12 |
| 1.6.3. Instrumentos | 15 |
| 1.6.3.1 Estudio piloto | 15 |
| 1.7. Recursos | 17 |
| 1.7.1. Recursos humanos | 17 |
| 1.7.2. Recursos materiales | 18 |
| 1.7.3. Recursos financieros..... | 18 |
| 1.8 Presupuesto..... | 19 |
| CAPÍTULO II | 20 |
| 2. MARCO TEÓRICO..... | 20 |
| 2.1 Epidemiología..... | 20 |
| 2.2 Métodos de planificación familiar | 20 |
| 2.2.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR | 20 |
| 2.2.2 Eficacia de los métodos de planificación familiar..... | 21 |
| 2.3 MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD | 22 |
| 2.3.1 Métodos de Lactancia Amenorrea (MELA) | 22 |
| 2.3.2 El Collar o Método de Días Fijos (MDF) | 24 |
| 2.3.3 PRESERVATIVO | 27 |
| 2.4 MÉTODO DE PASTILLAS | 30 |
| 2.5 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC)..... | 31 |
| 2.5.1 Inyección Mensual..... | 32 |
| 2.5.2 Inyección trimestral..... | 34 |
| 2.6 Parches Anticonceptivos | 37 |
| 2.7 MÉTODOS REVERSIBLES DE LARGA DURACIÓN | 38 |
| 2.7.1 Implante subdérmico JADELLE | 38 |
| 2.7.2 Dispositivo Intrauterino DIU o (T de cobre) | 41 |
| 2.8 MÉTODOS PERMANENTES | 43 |
| 2.8.1 Ligaduras de trompas | 43 |
| 2.8.2 Anticoncepción permanente para hombre (Vasectomía)..... | 47 |
| 2.9 CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR | 48 |
| 2.10. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ATENCIÓN DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES..... | 49 |

| | |
|--|-----------|
| 2.11 Marco Legal Que Sustenta La Atención A Adolescentes | 50 |
| 2.11.1 Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001) | 50 |
| 2.11.2 La Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar PF y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva (Decreto 87-2005)..... | 50 |
| 2.11.3 Métodos Anticonceptivos Para Adolescentes | 50 |
| 2.11.4 Píldoras Anticonceptivas De Emergencia (PAE)..... | 51 |
| 2.12 Marco Legal Que Sustenta La Planificación Familiar | 52 |
| 2.12.1 Ley de Desarrollo Social. Decreto 42-2001 del Congreso de la República de Guatemala..... | 52 |
| 2.12.2 Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Decreto 87-2005 del Congreso de la República de Guatemala | 52 |
| CAPÍTULO III | 53 |
| 3. Diagnóstico de la situación actual del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango..... | 53 |
| CAPÍTULO IV | 54 |
| 4. APORTE O PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN..... | 54 |
| 4.1 Fundamento de la investigación | 54 |
| 4.2 Resultados | 56 |
| 4.3 Discusión..... | 67 |
| 4.4 Conclusiones..... | 69 |
| 4.5 Recomendaciones | 70 |
| 4.6 Bibliografía..... | 71 |
| 4.7 E-grafía | 72 |
| 4.8 Anexos | i |

Título

Factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar, en mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, Guatemala.

**Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo.
Octubre 2021**

INTRODUCCIÓN

El acceso a los métodos de planificación familiar debe estar garantizado para todas las mujeres en edad reproductiva de todas las poblaciones del mundo, para aprovechar los beneficios que implica su uso, tanto en la salud de las propias mujeres como en la salud de sus hijos, además de permitir que las mujeres ejerzan su derecho de elegir el número de hijos que desean tener y cuando los desean tener, mejorando su educación y desarrollo, y al disminuir la tasa de fecundidad se estará contribuyendo con el crecimiento demográfico y económico sostenible del país.

Considerando las estadísticas del año 2020, registradas por los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que funcionan en el municipio de San Martín Jilotepeque, relacionadas con el uso de métodos de planificación familiar en la población de mujeres en edad reproductiva, en donde se registra 5.3% de cobertura de uso de métodos de planificación familiar ¹ y, conociendo los beneficios para la salud y de otros temas no relacionados con la salud que se logra al mejorar las coberturas del uso de métodos de planificación familiar, se propuso la investigación: Factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar, en mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, Guatemala, alcanzando el propósito del estudio al determinar y analizar los factores que influyeron en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar en la población estudiada, resultados que deben ser considerados para la formulación de estrategias y políticas de salud que minimicen o eliminen los factores identificados, mejoren las coberturas de planificación familiar y contribuyan a

¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, SIGSA Web, base de datos de salud reproductiva, distrito de salud, municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

alcanzar los beneficios en favor de la salud y el desarrollo socioeconómico de la población del país.

El estudio es descriptivo, transversal, cuantitativo, la población objetivo se conformó por mujeres en edad reproductiva del área urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, durante el mes de octubre 2021. El tamaño de la muestra se calculó tomando como marco muestral, la totalidad de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) del área urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, según población INE, proyección 2021, considerando un nivel de confianza del 95% ($Z=1.96$), utilizando la fórmula para muestra finita denominada fórmula de Cochran. La investigación se realizó por estudiantes responsables del estudio, previa capacitación y validación a través de una prueba piloto, mediante una encuesta comunitaria, cuyas viviendas encuestadas se seleccionaron por muestreo aleatorio sistemático, hasta completar el tamaño de la muestra calculada para el estudio de 344 viviendas. Con los datos recopilados, se elaboró una base de datos en Excel para su análisis estadístico descriptivo, expresando los resultados en medidas de tendencia central y dispersión, porcentajes y frecuencias, presentándolos en tablas y gráficos. Se analizó e interpretó la información, utilizando los resultados para la discusión que originó las conclusiones.

CAPÍTULO I

1. MARCO METODOLÓGICO

1.1 Justificación

Se calcula que en 2019 había 1900 millones de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) en el mundo, de las cuales 1112 millones precisan planificación familiar. De ellas, 842 millones utilizan métodos anticonceptivos y 270 millones tienen necesidades desatendidas en materia de anticoncepción².

Garantizar que todas las personas tengan acceso a sus métodos anticonceptivos preferidos refuerza varios derechos humanos, incluidos el derecho a la vida y a la libertad; la libertad de opinión y expresión, y el derecho al trabajo y a la educación, además de reportar importantes beneficios para la salud y de otros tipos. El uso de anticonceptivos previene en las mujeres los riesgos para la salud relacionados con el embarazo, sobre todo en las adolescentes. Además, cuando el intervalo entre nacimientos es inferior a dos años, la tasa de mortalidad infantil es un 45% mayor que cuando este intervalo es de 2 a 3 años, y un 60% mayor que si es de cuatro años o más. El uso de anticonceptivos fomenta el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo entre los embarazos. También brinda una serie de beneficios potenciales no relacionados con la salud que incluyen mayores oportunidades de educación y más autonomía para las mujeres, así como crecimiento demográfico y desarrollo económico sostenibles para los países³.

² Organización Mundial de la Salud, Temas de salud, Planificación familiar, consultado el 22 de septiembre de 2021.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.

³ Ídem.

El descenso en la fertilidad tiene repercusiones positivas en la disminución de la mortalidad infantil y materna y en el volumen total de la población. La ENSMI 2014-2015, informe departamental, registra 39.4% de mujeres en edad reproductiva en el país sin uso de métodos de planificación familiar, en Chimaltenango el 43.2%⁴, mientras que, en el municipio de San Martín Jilotepeque, durante el período 2017-2020, el promedio de uso de métodos de planificación familiar en la población de mujeres en edad reproductiva, registrado en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es de 5.65% período 2017-2020⁵.

El propósito de la investigación fue determinar los factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar, en mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, para proponer estrategias, basadas en el análisis e interpretación de la información obtenida, que disminuyan los factores de rechazo, incrementen la prevalencia de uso de métodos de planificación familiar, favorezcan la salud de las mujeres y los niños, contribuyan en el control del crecimiento demográfico y favorezcan el desarrollo socioeconómico del país.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Definición del problema

Entre los años 2000 y 2019, la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos en mujeres en edad reproductiva casadas aumentó a nivel mundial 2,1 puntos porcentuales: del 55,0% (IC95%: 53,7% a 56,3%) al 57,1% (IC95%: 54,6% a 59,5%). Entre los motivos de este lento aumento figuran la escasa oferta de métodos; el acceso limitado a los servicios de planificación familiar, sobre todo por parte de las personas jóvenes, con menos recursos y solteras; el miedo a las reacciones adversas, que a veces se han sufrido con anterioridad; la oposición por razones culturales o religiosas; la mala calidad

⁴ VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Informe departamental, ENSMI 2014-2015 (p 23, 27, 28).

⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, SIGSA Web, base de datos de salud reproductiva, distrito de salud, municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

de los servicios disponibles; los prejuicios de usuarios y profesionales contra algunos métodos, y los obstáculos por razón de género para acceder a los servicios⁶.

La prevalencia en el uso de métodos de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva en el país, es de 60.6%, para el departamento de Chimaltenango de 56.8%, según la ENSMI 2014-2015⁷, y para el municipio de San Martín Jilotepeque, actualmente no se dispone de esta información estadística en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), únicamente se registra la cobertura de uso de métodos de planificación familiar en la población de mujeres en edad reproductiva del municipio que es de 5.3% para el año 2020⁸. La necesidad insatisfecha de planificación familiar reportada en el país es de 9.2, la necesidad satisfecha de 39.4 y la demanda total por planificación familiar de 48.6, para el departamento de Chimaltenango; necesidad insatisfecha de planificación familiar, 10.5, necesidad satisfecha 36 y demanda total 46.5⁹, el municipio de San Martín Jilotepeque, actualmente no dispone en su red de servicios de salud de esta información.

1.2.2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar, en mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, octubre 2021?

1.2.3. Especificación del problema

El uso de métodos de planificación familiar en las mujeres en edad reproductiva tiene muchos beneficios para la salud y el desarrollo de las poblaciones, especialmente en la

⁶ Organización Mundial de la Salud, Temas de salud, Planificación familiar, consultado el 22 de septiembre de 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

⁷ VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Informe departamental, ENSMI 2014-2015 (p 23, 27, 28).

⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, SIGSA Web, base de datos de salud reproductiva, distrito de salud, municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

⁹ VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Informe departamental, ENSMI 2014-2015 (p 23, 27, 28).

salud de las mujeres, la disminución de la tasa de mortalidad infantil, el derecho de las mujeres en la toma de decisión sobre cuántos y cuando tener a sus hijos, además de los beneficios relacionados con mejores oportunidades de educación, incremento en la autonomía de las mujeres para contribuir al crecimiento demográfico y económico sostenibles de los países.

Las estadísticas de los servicios de salud del MSPAS que funcionan en el municipio de San Martín Jilotepeque, registran únicamente el 5.3% de cobertura en el uso de métodos de planificación familiar en la población de mujeres en edad reproductiva del municipio en el año 2020¹⁰, no obstante que los servicios de salud ofertan y promocionan los métodos de planificación familiar a nivel local, reportando 1,680 usuarias de métodos de planificación familiar en el año 2020, con 59% (991/1680) de usuarias de inyección trimensual como el método de mayor demanda, seguido de anticonceptivos orales con 19.8% (333/1680), el método menos usado fue la T de cobre con 0.54% (9/1680), el resto de métodos usados lo constituyen en orden de demanda, inyección bimensual, preservativos y Jadelle¹¹. Las bajas coberturas de uso de métodos de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva en el municipio de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango y la ausencia de estudios sobre factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar, fundamentaron la propuesta de la presente investigación, Factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, Guatemala.

1.2.4. Delimitación del problema

1.2.4.1 Unidad de análisis

Mujer en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, participante en el estudio, que rechaza el uso de métodos de planificación familiar.

¹⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, SIGSA Web, base de datos de salud reproductiva, distrito de salud, municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

¹¹ Ídem.

1.2.4.2 Tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño de la muestra, se tomó como marco muestral, la totalidad de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) del área urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, según población INE, proyección 2021, considerando un nivel de confianza del 95% ($Z=1.96$), una proporción del 50% ($p=0.5$), por consiguiente, un complemento de proporción del 0.5 ($q=1-p$) y un margen de error permisible establecido por el investigador de 5% ($e=0.05$), datos necesarios para poder usar la fórmula para muestra finita denominada fórmula de Cochran.

$$n = \frac{Nz^2pxq}{e^2x(N - 1) + z^2pxq}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra

Z²: Nivel de confianza (1.96)

N: Población total

p: Proporción de los casos de la población que tienen las características que se desean estudiar (0.5)

q: (1-p) Proporción de sujetos de la población que no tienen las características de interés y por tanto representa la probabilidad de obtener al azar un sujeto sin esas características (0.5)

e²: Margen de error permisible establecido por el investigador (0.05)

Reemplazando valores:

$$n = \frac{3220x(1.96)^2x0.5x0.5}{(0.05)^2x(3220 - 1) + (1.96)^2x0.5x0.5}$$

$$n = \frac{3220x3.8416x0.5x0.5}{0.0025x(3219) + 3.8416x0.5x0.5}$$

$$n = \frac{3092.488}{9.0079}$$

n = 344 (tamaño de la muestra)

1.2.4.3 Ámbito geográfico

País Guatemala, departamento Chimaltenango, municipio San Martín Jilotepeque.

1.2.4.4 Ámbito Institucional

Centro de salud del municipio de San Martín Jilotepeque, distrito de salud del área de salud del departamento de Chimaltenango.

1.2.4.5 Ámbito temporal

La investigación se realizó durante el mes de octubre del año 2021

1.2.4.6 Ámbito personal

Mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, que rechazan el uso de métodos de planificación familiar y aceptaron participar en el estudio.

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar, en mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar y analizar los motivos de rechazo al uso de métodos de planificación familiar en mujeres participantes en el estudio.
2. Conocer sobre el uso previo de métodos de planificación familiar y antecedentes obstétricos de mujeres participantes en el estudio y establecer la relación con el rechazo de los métodos de planificación familiar.

3. Establecer las características de las mujeres participantes en el estudio y su relación con el rechazo del uso de métodos de planificación familiar.

1.4 Bosquejo preliminar de temas y subtemas

1.4.1 Tema principal

Factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar, en mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango.

1.4.2 Subtemas

1.4.2.1

Uso previo de métodos de planificación familiar y antecedentes obstétricos de mujeres en edad reproductiva participantes en el estudio y su relación con el rechazo del uso de métodos de planificación familiar.

1.4.2.2

Características de las mujeres en edad reproductiva participantes en el estudio y su relación con el rechazo del uso de métodos de planificación familiar.

1.5. Actividades

a). Previa autorización de autoridades universitarias y Ministerio de Salud Pública y Asistencia social para realizar el estudio, se elaboró el protocolo de investigación, el cual se presentó a las autoridades de la Universidad Galileo, para su revisión, aprobación y autorización de la investigación de campo.

b). Para la identificación de mujeres en edad fértil de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango objeto del estudio, se

determinó la muestra de la investigación, utilizando la fórmula para muestra finita denominada Fórmula de Cochran, luego, a través de la aplicación de muestreo aleatorio sistemático, previo a conocer el marco muestral y realizar los cálculos correspondientes, se seleccionaron las viviendas de la población urbana, mediante la utilización de croquis de las localidades que conforman el área urbana del municipio, localidades definidas mediante el proceso de territorialización realizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, donde los estudiantes responsables de la investigación, visitaron las viviendas definidas con la metodología descrita, durante el mes de octubre del año 2021, realizando la encuesta de investigación, hasta completar la muestra del estudio.

c). Previo a la aplicación de la encuesta de investigación a mujeres en edad reproductiva de la muestra del estudio, que cumplieron con los criterios de inclusión, se capacitó al grupo de encuestadores, conformado por los estudiantes responsables de la investigación, se realizó una prueba piloto, en mujeres en edad reproductiva que rechazan el uso de métodos de planificación familiar y tengan características similares con la población de estudio, realizando 17 encuestas que corresponde al 5% de la muestra de estudio calculada, en la población urbana del municipio de Acatenango, departamento de Chimaltenango, con la finalidad de validar el instrumento de recolección de información.

e). Los encuestadores aplicaron el instrumento de recolección de datos (anexo C), a mujeres que constituyeron la muestra del estudio, mediante visita domiciliaria a las viviendas definidas con base a la metodología descrita en párrafos anteriores, previo conocimiento, aceptación y firma del consentimiento informado (anexo A), asentimiento informado para menores de edad (B) y cumplimiento de los criterios de inclusión.

f). Durante la aplicación de la encuesta, los encuestadores de forma individual o con el apoyo del asesor, resolvieron las dudas de manera clara y adecuada al nivel cultural de las mujeres participantes.

g). Los datos recolectados se utilizaron para elaborar la base de datos del estudio, en Excel para su análisis estadístico descriptivo, expresando los resultados en medidas de

tendencia central y dispersión, frecuencias y porcentajes, presentándolos en tablas y gráficos.

h). Se elaboró el informe final de la investigación, el cual comprende, presentación de resultados, discusión y conclusiones. El informe se socializará a autoridades de las instituciones que corresponda.

1.6. Métodos, técnicas e instrumentos

1.6.1. Métodos

Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo.

1.6.1.1 Población y muestra

1.6.1.1.1 Población estudiada

Mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, durante el mes de octubre 2021.

1.6.1.1.2 Población objetivo del estudio

Mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, que rechazan el uso de métodos de planificación familiar, durante el mes de octubre 2021.

1.6.1.1.3 Tamaño de la muestra

La muestra calculada para el estudio mediante la fórmula para muestra finita denominada Fórmula de Cochran es de 344 mujeres en edad reproductiva.

1.6.1.2 Criterios de inclusión y exclusión

1.6.1.2.1 Criterios de inclusión

- Mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), sexualmente activas, sin uso de métodos de planificación familiar por rechazo, con residencia en la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, sin importar su estado gestacional y lugar de nacimiento.

- Mujeres objetivo del estudio que manifiesten su deseo de participar en la investigación a través de la firma y aceptación del consentimiento informado en mayores de edad y asentimiento informado y consentimiento informado en menores de edad.
- Mujeres objetivo del estudio que residan en las viviendas seleccionadas, cuando en la vivienda visitada existe más de una mujer que llene los requisitos de inclusión, únicamente se elegirá a una por vivienda.

1.6.1.2.2 Criterios de exclusión

- Mujeres menores de 15 años y mayores de 49 años, no sexualmente activas, usando o con aceptación del uso de métodos de planificación familiar, sin residencia en la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango.
- Mujeres objetivo del estudio que manifestaron su deseo de no participar en la investigación.
- Mujeres objetivo del estudio que residan en la misma vivienda de una mujer previamente seleccionada para la encuesta con aceptación de su participación efectiva.
- Mujeres objetivo del estudio que no residan en las viviendas seleccionadas, presentes de forma fortuita en las viviendas visitadas el día de la encuesta.

1.6.1.2.3 Criterios de eliminación

- Mujeres participantes del estudio que no respondieron la encuesta completa por cualquier situación
- Mujeres participantes que en cualquier momento de la encuesta decidieron ya no continuar en el estudio.

1.6.1.3 Aspectos éticos

El estudio se considera de riesgo mínimo para las participantes, al tratarse del llenado de una encuesta en mujeres que conforman la muestra, recopilando datos relacionados con las características de las participantes, factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar y sus antecedentes obstétricos, previo a la entrega, explicación clara y completa del consentimiento y asentimiento informado de parte del investigador, hasta considerar que fue comprendido por el sujeto de investigación, quien después de su aceptación, firmará el documento respectivo, guardando confidencialidad de la información recopilada. Además, la investigación se realizó por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad de las participantes del estudio, considerando los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, equidad, justicia y respeto a la dignidad humana.

1.6.2. Técnicas

1.6.2.1. Definiciones de variables

1.6.2.1.1. Selección de variables

1.6.2.1.2. Nombre de la variable

1.6.2.1.3. Definición conceptual

1.6.2.1.4. Definición operacional

1.6.2.1.5. Tipo de variable

1.6.2.1.6. Escala de medición

1.6.2.1.7. Criterios de clasificación

1.6.2.2. Operativización de Variables

| Variable | Nombre de la variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Escala de medición | Criterios de clasificación |
|---|-----------------------|---|--|------------------|--------------------|--|
| Características de las mujeres que rechazan el uso de métodos de planificación familiar | Edad | Tiempo que una persona vive desde su nacimiento hasta su fallecimiento. | Edad de la encuestada al momento de la encuesta según DPI o RENAP | Cuantitativa | Ordinal | 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 |
| | Escolaridad | Grado de estudio académico alcanzado por una persona | Último grado de estudio aprobado, indicado por la encuestada al momento de la encuesta | Cualitativa | Ordinal | Ninguna Primaria Secundaria Diversificado Universidad |
| | Estado civil | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esta situación. | Estado civil que la encuestada refiere al momento de la encuesta | Cualitativa | Nominal | Soltera Casada Unión libre Otro ¿Cuál? |
| | Ocupación | Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo. | Ocupación referida por la encuestada al momento de la encuesta | Cualitativa | Nominal | Ama de casa Estudiante Servidor público Servidor privado Otra ¿cuál? |
| | Pueblo | Conjunto de personas que tienen en común rasgos culturales, nexos | Grupo cultural observado por el encuestador al momento de la | Cualitativa | Nominal | Mestizo Maya Xinca |

| | | | | | | |
|--------------------------|---|--|---|--------------|---------|---|
| | | históricos y un territorio. | encuesta y/o referido por la encuestada | | | Garífuna |
| Antecedentes obstétricos | Edad de inicio de vida sexual | Edad en la que la persona experimenta su primera relación sexual | Edad en años en que la encuestada refiere haber tenido su primera relación sexual | Cualitativa | Ordinal | 10-14 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 Otra ¿Cuál? |
| | Número de hijos | Número de hijos que las mujeres han tenido en algún momento de su vida, nacidos vivos, incluyendo los que luego fallecieron | Número de hijos referido por la entrevistada en el momento de la encuesta | Cuantitativa | ordinal | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 más |
| | Uso previo de métodos de planificación familiar | Conjunto de prácticas orientadas por lo general al control de la reproducción sexual mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica del acto sexual | Condición referida por la encuestada sobre el uso previo de métodos de planificación familiar | Cualitativa | Nominal | Sí No ¿Cuál? |
| | Religión | Práctica humana de creencias existenciales, morales y sobre-naturales | Religión que practica la encuestada, referida al momento de la encuesta | Cualitativa | Nominal | Ninguna Católica Evangélica Otra (cuál) |
| | Efectos secundarios | Síntomas secundarios al uso de métodos de planificación familiar | Síntomas referidos por la encuestada secundario al uso o a la recepción de información sobre métodos de | Cualitativa | Nominal | Si No Cuáles? |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|---------|---|
| Factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar | | | planificación familiar | | | |
| | Timidez | Sensación de inseguridad o vergüenza que una persona siente ante situaciones sociales nuevas y que le impide o dificulta entablar conversaciones y relacionarse con los demás. | Condición de vergüenza expresada por la encuestada como causa de no asistir a los servicios de salud a solicitar servicios de planificación familiar | Cualitativa | Nominal | Si No |
| | Mitos | Historia imaginaria que altera las verdaderas cualidades de una persona, objeto o proceso y les da más valor del que tienen en realidad. | Concepto equivocado sobre métodos de planificación familiar expresado por la encuestada que le impide usarlos | Cualitativa | Nominal | Si No ¿Cuál? |
| | Nivel de conocimiento de la encuestada sobre métodos de planificación familiar | Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje sobre métodos de planificación familiar | Conocimiento sobre métodos de planificación familiar que la encuestada demuestra tener al momento de la encuesta | Cualitativa | Ordinal | Bajo Medio Alto |
| | Toma de decisión sobre uso de métodos de planificación familiar | Proceso mediante el cual se realiza elección entre diferentes opciones o formas posibles para resolver diferentes situaciones de la vida | Persona referida por la encuestada, quien tomó la decisión de no usar métodos de planificación familiar | Cualitativa | Nominal | Usted Esposo Papás Suegros Otro ¿Quién? |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|-------------|---------|--|
| | Otros motivos de rechazo del uso de métodos de planificación familiar | Circunstancia que no le permite usar métodos de planificación familiar | Otro motivo referido por la encuestada que no le permite el uso de métodos de planificación familiar | Cualitativo | Nominal | Falta de tiempo Difícil acceso Falta de dinero Falta de apoyo familiar Otro. Cuál? |
|--|---|--|--|-------------|---------|--|

1.6.3. Instrumentos

El instrumento de recolección de datos consiste de una encuesta que se aplicó a mujeres que conforman la muestra de estudio, el instrumento está diseñado con 17 preguntas, abiertas y cerradas para facilitar la comprensión de las mismas de parte de las encuestadas y obtener respuestas verídicas y razonadas. La parte I contiene preguntas relacionadas con las características de las participantes; parte II, antecedentes obstétricos, que exploran la edad de inicio de la vida sexual activa, el número de hijos y el antecedente de uso de métodos de planificación familiar; parte III, preguntas dirigidas a recopilar información sobre factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar, considerando los factores de religión, efectos secundarios, timidez, mitos, nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar, toma de decisiones respecto a usar o no usar métodos de planificación familiar y otros motivos de rechazo (Anexo C), además se diseñó el instructivo para el llenado de la encuesta (Anexo D).

1.6.3.1 Estudio piloto

Con el propósito de validar el instrumento de recolección de la información que se usó en la encuesta, previo a realizar la prueba piloto, se capacitó a los estudiantes responsables de la investigación sobre temas básicos de la encuesta y aplicación de cuestionarios, posteriormente se realizó el estudio piloto en el municipio de Acatenango, departamento

de Chimaltenango, municipio con población urbana con muchas similitudes a la población urbana del municipio donde se realizará el presente estudio, aplicando los mismos métodos, técnicas e instrumentos utilizados en la investigación, se aplicaron 17 cuestionarios, equivalente al 5% del tamaño de la muestra calculada para la investigación, a mujeres en edad reproductiva, que cumplieron con los requisitos de inclusión.

Los resultados del estudio piloto son los siguientes: características de las participantes, 100% (17/17) residen en el área urbana, todos los grupos de edad de mujeres en edad reproductiva (15-49) participaron en la encuesta, el mayor porcentaje de encuestadas se encuentra en el grupo de edad de 45 a 49 años con el 29% (5/17), los grupos menos encuestados los de 15 a 19, 30 a 34 y 40 a 44 con una sola encuestada, equivalente al 5.9% (1/17) para cada grupo, el 53% (9/17) de las encuestadas se encuentran en edades de riesgo obstétrico, en relación a la escolaridad, sin escolaridad, un solo caso con el 5.9% (1/17), el resto con diferentes niveles de escolaridad, mayores porcentajes registrados en la educación primaria y diversificado con 29.4% (5/17) para cada uno, el 70.6% (12/17) son casadas, 17.6% (3/17) solteras y 11.8% (2/17) en unión libre, el 64.7% (11/17) son amas de casa, 23.5% (4/17) servidoras públicas y el 11.8% (2/17) trabajan en el sector privado, 76.5% (13/17) refirieron pertenecer al pueblo maya y el 23.5% (4/17) al mestizo, respecto a antecedentes obstétricos, el promedio de edad de inicio de la vida sexual activa es a los 18 años y los extremos de las edades son a los 15 y 25 años con un solo caso cada uno, la mediana del número de hijos es 3, con un solo valor extremo de 11 hijos, el 70.6% (12/17) refirió haber usado un método de planificación familiar, el 58% (7/12) de ellas usó la inyección trimestral, el 42% (5/12) usaron otros métodos (T de cobre, preservativos, Jadelle, collar) con un caso cada uno, excepto preservativo con dos casos, en lo referente a los factores de rechazo al uso de métodos de planificación familiar se obtiene el siguiente resultado, el 76.5% (13/17) refirió pertenecer a la religión evangélica y el 23.5% (4/17) a la religión católica, el 88% (15/17) indica que su religión no le prohíbe el uso de métodos de planificación familiar, el 35.3% (6/17) indicó haber tenido efectos secundarios al usar métodos de planificación familiar y el 100% (17/17) haber escuchado efectos secundarios, en consecuencia el 76.5% (13/17) indicó como

causa de rechazo, los efectos secundarios, el 88% (15/17) refiere haber escuchado conceptos negativos sobre los métodos de planificación familiar, dentro de los cuales el 33.3% (5/15) refiere que producen cáncer de la matriz, el 26.6% (4/15) infertilidad y el 40% (6/17) restante otras causas (aumento de peso, infidelidad, hemorragia y la ineffectividad de métodos), el nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar en las encuestadas, indica que el 35.3% (6/17) tienen nivel de conocimiento bajo y medio, únicamente el 29.4% (5/17) tiene nivel alto, la ponderación se obtuvo al dividir los 9 métodos anticonceptivos evaluados en terciles, generando tres estratos; bajo, medio y alto, a cada estrato le corresponde tres métodos y la ponderación de estrato bajo para las encuestadas que conocen de 1 a 3 métodos, medio de 4 a 6 y alto de 7 a 9, el 70% (12/17) de las encuestadas refirió que la decisión de no usar métodos de planificación familiar fue por decisión propia, el 23.5% (4/17) por decisión del esposo y únicamente el 5.9% (1/17) por decisión del padre, dentro de otros factores que contribuyen al rechazo del uso de métodos, el 35.3% (6/17) refirió que se debe a la falta de apoyo familiar, el 29.4% (5/17) falta de tiempo, el 23.5% (4/17) por difícil acceso y el 11.8% (2/17) por falta de interés.

Como resultado de la prueba piloto se identificó que no existe dificultad de comprensión de las preguntas por parte de las encuestadas, en consecuencia, no fue necesario realizar cambios en el instrumento de recolección de la información que se usó en la encuesta de las participantes del estudio. Los resultados obtenidos fueron incluidos en la discusión de la investigación.

1.7. Recursos

1.7.1. Recursos humanos

- Autores
- Asesor
- Revisor
- Digitador
- Expertos

1.7.2. Recursos materiales

- Computadora
- Impresora
- Útiles de oficina
- Fotocopias
- Teléfono móvil
- Vehículo

1.7.3. Recursos financieros

- Honorarios Asesor
- Honorarios digitador
- Honorarios consultores
- Costos útiles de oficina
- Costo equipo de oficina
- Costo combustible
- Costo accesorios equipo de oficina

1.8 Presupuesto

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Epidemiología

A nivel mundial en el año 2018 el 62% de mujeres utilizaron métodos anticonceptivos, de todos los continentes que utilizaron anticonceptivos en el año referido, América registra el mayor porcentaje de utilización con 74% de las mujeres, seguido de Europa con 70% y el continente con menos porcentaje de utilización fue África con 37%¹². Guatemala país según la ENSMI 2014-2015, presentó una prevalencia de 60.6% en el uso de métodos de planificación en mujeres en edad reproductiva y el departamento de Chimaltenango el 56.80%², mientras que el municipio de San Martín Jilotepeque para el año 2020 registra una cobertura de 5.3% de uso de métodos de planificación en su población de mujeres en edad reproductiva¹³.

2.2 Métodos de planificación familiar

2.2.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar es una estrategia que ayuda a las familias a lograr un mejor nivel de vida. A través de la planificación, la pareja decide cuantos hijos/as tener y cuándo tenerlos (evita los embarazos no deseados); posibilita a las mujeres que tengan sus hijos/as a las edades en que el embarazo ocasiona menores riesgos (entre 20 y 35 años), asegurando de esa manera la salud de la madre y la del bebé. Esta medida permite, además, el espaciamiento adecuado de un parto a otro (de 2 a 3 años), de forma a favorecer la recuperación de la mujer de los desgastes ocasionados por el embarazo, y de esa forma, garantizar el cuidado del recién nacido en los primeros años de vida. La elección de un método anticonceptivo es una decisión muy personal que debe realizarse

¹² <https://es.statista.com/estadisticas/605589/mujeres-que-utilizaron-anticonceptivos-por-region-a-nivel-mundial/>

¹³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, SIGSA Web, base de datos de salud reproductiva, distrito de salud, municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

conforme al estilo de vida, salud, edad, creencia y experiencia anticonceptiva de la pareja, es por eso que no todas las personas pueden usar cualquiera de los métodos disponibles¹⁴.

2.2.2 Eficacia de los métodos de planificación familiar

La elección anticonceptiva depende en parte de la eficacia del método anticonceptivo en la prevención de un embarazo no planificado, que, a su vez, depende para algunos métodos no solo de la protección ofrecida por el mismo método sino también de cuán correcta y consistentemente se usa.

- Muy eficaz: Implante subdérmico, la operación del hombre, la operación de la mujer y la T de cobre (DIU)
- Eficaz: La inyección mensual, la inyección de los dos meses o trimestral, la pastilla y el MELA
- Moderadamente eficaz: El condón masculino y los métodos basados en el conocimiento de la propia fertilidad (el collar o método de días fijos)
- No eficaz: Sin método

Siempre debe mencionarse que el condón ofrece doble protección: para evitar el embarazo y para evitar ITS, incluido el VIH, el virus que causa el sida. Por lo tanto, puede usarse en combinación con cualquier otro método¹⁵.

Dentro de estos métodos existen

- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad
- Condón o preservativo
- Píldora o pastilla anticonceptiva
- Inyectables

¹⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Paraguay, Importancia de la Planificación Familiar, consultado el 4 de junio del 2021. <https://www.mspbs.gov.py/portal/2900/importancia-de-la-planificacion-familiar.html>

¹⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Nacional de Planificación Familiar, Edición 2014, p. 13 Año 2014.

- T de cobre
- Métodos permanentes o definitivos

El método más apropiado, debe ser uno que reúna las siguientes características: que brinde protección y seguridad según se necesite, de fácil uso, que no afecte la salud o genere complicaciones, que no represente un problema para la relación con la pareja, que ayude a que la pareja participe¹⁶.

2.3 MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

2.3.1 Métodos de Lactancia Amenorrea (MELA)

El Método de la Lactancia Amenorrea (MELA) es un método anticonceptivo posparto, moderno y temporal, basado en la infertilidad fisiológica que se da durante la ausencia de la menstruación y la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses posparto¹⁷.

¿Cómo actúa?

Cuando una mujer amamanta, el estímulo que el niño provoca al succionar el pezón envía impulsos nerviosos al cerebro de la madre el cual responde a la inhibición de producción de hormonas que son necesarias para estimular la ovulación y la preparación del útero (endometrio) para el embarazo. Por lo tanto, si una mujer posparto no ha visto su regla (está en amenorrea) y está amamantando exclusivamente a su bebé, la probabilidad de que ovule durante los primeros 6 meses es muy baja.

¹⁶ Prosalud, Planificación Familiar. Consultado el 3 de junio del 2021.
<https://www.prosalud.org/noticia?id=83&cat=18>

¹⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Nacional de Planificación Familiar, Edición 2014, p. 23, 24. Año 2014.

Eficacia:

La eficacia es de 98% cuando se practica de manera exclusiva. Las tres condiciones para el MELA son: no tener retorno de su regla después del parto, dar lactancia materna exclusiva y que su hija o hijo tenga menos de 6 meses de edad.

Ventajas y beneficios

Para el recién nacido y lactante

- El amamantamiento reafirma el vínculo madre-hija/o.
- La leche materna proporciona los requerimientos nutricionales óptimos para el crecimiento y desarrollo del niño/o.
- Brinda los aminoácidos y lípidos esenciales para el desarrollo fisiológico.
- Protege al niño/a contra enfermedades infecciosas (inmunización pasiva).
- El MELA favorece la lactancia exitosa y prolongada hasta los dos años.

La lactancia exclusiva implica que la/el niño/o no recibe alimentos ni agua ni líquidos, sólo leche materna (a excepción de vitaminas, medicinas y vacunas indicadas por el proveedor de salud). Otras sustancias, líquidos y alimentos no son necesarios y podrían estar contaminados.

Para la madre

- Da la oportunidad y el tiempo a las mujeres de decidir voluntariamente y con información el método anticonceptivo que quieren utilizar después del MELA.
- Ayuda a que el sangrado posparto sea más corto, menos profuso y disminuye el riesgo de infección puerperal.
- Motiva a la madre a amamantar exclusivamente a su recién nacido.
- Protege a la madre contra el cáncer de mama, ovario y endometrio.
- La protección anticonceptiva comienza inmediatamente después del parto.
- Es un método anticonceptivo moderno tan eficaz como otros métodos modernos.
- No tiene ningún costo; está naturalmente disponible después del parto.
- No interfiere con las relaciones sexuales.

- No tiene efectos secundarios.

Limitaciones

- El MELA no es apropiado para mujeres que no estén motivadas, orientadas y/o dispuestas a dar lactancia inmediata, exclusiva y a demanda a su recién nacido.
- Puede ser un método difícil de practicar por circunstancias de separación del bebé por períodos prolongados (más de 4 horas).
- No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH. Es eficaz sólo en los primeros 6 meses posparto, si se cumplen con las tres condiciones fundamentales. Personal de salud que no esté motivado y no dé consejería sobre los beneficios de la lactancia materna inmediata al nacer a demanda y exclusiva hasta los 6 meses después del parto y sobre el MELA.

Efectos secundarios

Ninguno

2.3.2 El Collar o Método de Días Fijos (MDF)

Permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural. Utiliza un collar con perlas de diferentes colores que le sirve a las parejas para identificar los días fértiles de la mujer. También se puede utilizar un collar en papel con perlas de diferentes formas que sirve para identificar los días fértiles de la mujer¹⁸.

¿Cómo actúa?

Está basado en el hecho de que hay ciertos días del ciclo menstrual de la mujer en los que puede quedar embarazada, se identifican los días del 8 al 19 como los días fértiles en ciclos menstruales con duración de 26 a 32 días. La pareja llega a un acuerdo sobre qué práctica debe tener durante los días fértiles de la mujer (uso correcto del condón o

¹⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Nacional de Planificación Familiar, Edición 2014, p. 27, 28, Año 2014.

abstinencia). Si se evitan las relaciones sexuales desprotegidas durante los días fértiles de la mujer, la mujer no queda embarazada.

Eficacia:

Tiene una tasa de eficacia entre 95% y 97% cuando se usa de manera correcta y regular, 75% de manera que se usa comúnmente.

Ventajas y beneficios

- La pareja no necesita insumos ni someterse a procedimientos clínicos.
- No representa riesgos para la salud de la pareja.
- No requiere supervisión médica.
- Fomenta la participación del hombre en la anticoncepción.
- Ayuda a la mujer a saber cómo funciona su fertilidad y observar cómo es su ciclo menstrual a través del tiempo.
- No tiene ningún costo económico.

Limitaciones

Si la mujer ha dejado de usar anticonceptivos hormonales inyectables de sólo progestágeno (Eje: Depo-Povera, Noristerat), deberá haber tenido por lo menos 2 ciclos de 26 a 32 días de duración después del uso del inyectable y antes de empezar a utilizar el método de El Collar o MDF.

Si ha estado utilizando anticonceptivos orales, debe haber tenido por lo menos dos ciclos menstruales de 26 a 32 días de duración antes de empezar a utilizar el collar. Si la mujer está dando de mamar o ha suspendido la lactancia recientemente, debe haber tenido por lo menos 3 ciclos posparto y los últimos dos de 26 a 32 días de duración. Mujeres con ciclos muy cortos (menores de 26 días) o muy largos (más de 32 días) no deben usar este método.

No protege contra infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH.

Aplicación del método

El Collar o Método de los Días Fijos (MDF) es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer. El Collar le ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo. En esos días la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales o, si las tiene, usar condón correctamente.

El Collar está formado por 32 perlas de colores, un anillo de hule y una flecha. Cada perla del collar representa un día del ciclo.

- La perla roja representa el primer día de menstruación o sangrado.
- Las perlas cafés representan días infértiles en que no hay embarazo.
- Las perlas blancas representan días fértiles en que la mujer puede quedar embarazada.
- El perla café oscura marca el día a partir del cual la menstruación debe regresar.
- Si la mujer tiene su regla antes del perla café oscuro significa que su ciclo es muy corto (menor de 26 días) para usar este método. Y no tiene su regla al día siguiente de haber pasado el anillo por la última perla café significa que su ciclo es muy largo (mayor de 32 días). Si esto ocurre más de una vez en el lapso de 1 año, este método no es apropiado para la mujer.
- El marcador de hule negro se utiliza para señalar el día del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer.
- El cilindro con una flecha no representa ningún día; únicamente indica hacia dónde debe empezar a marcar, con el hule, los días del ciclo.

¿Cómo usar el Método de Días Fijos o Collar?

- El primer día de menstruación se coloca el anillo de hule sobre la perla roja y allí se deja hasta el día siguiente. A la vez, la pareja debe marcar en su calendario el primer día de sangrado de cada uno de sus ciclos.
- Al día siguiente (día 2 del ciclo) se mueve el anillo a la siguiente perla (primera perla café) aunque todavía esté sangrando.

- Los días siguientes se mueve el anillo una perla cada día, siempre en la misma dirección y a la misma hora para evitar que se le olvide. Cuando baje la regla de nuevo se mueve el anillo otra vez a la perla roja para iniciar un nuevo ciclo.
- Cuando el anillo está sobre cualquier perla blanca (los días fértiles del ciclo), la pareja no debe tener relaciones sexuales o, si las tiene, debe usar condón correctamente para que la mujer no quede embarazada.
- Cuando el anillo está sobre cualquier perla café o durante la menstruación (los días infértiles del ciclo), la pareja puede tener relaciones sexuales

¿Qué hacer si olvida mover el anillo?

Si la pareja no está segura de haber movido el anillo un día, puede consultar en el calendario la fecha del primer día de sangrado y contar en el calendario los días que han pasado desde el primer día de la menstruación hasta la fecha actual. Luego debe contar igual número de perlas en el collar y pasar el marcador a la perla correspondiente.

2.3.3 PRESERVATIVO

Es el método anticonceptivo de barrera más frecuente para los hombres, con una eficacia del 97 por ciento. Consiste en una funda de látex (u otros materiales sintéticos) que se coloca sobre el pene, impidiendo así el paso del semen y reteniéndolo. Sirve además para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual como el sida, la gonorrea, la clamidia, la tricomoniasis, la sífilis, el herpes genital o el virus del papiloma humano, con una eficacia del 95 por ciento¹⁹.

Los preservativos se han usado durante toda la historia, datando los más antiguos en la época de los egipcios sobre el año 1.000 a.C. Antiguamente, se confeccionaban con diferentes tipos de telas o tripas de animales y su objetivo era evitar las infecciones de transmisión sexual, más que evitar el embarazo.

¹⁹ Cuidate plus, Preservativo, consultado el 4 de junio del 2021.
<https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/diccionario/preservativo.html>

Para las mujeres también existe un preservativo femenino que funciona de manera similar y con niveles de eficacia muy parecidos.

Colocación

Al abrir el envoltorio del preservativo o condón es importante hacerlo con cuidado y con las manos, para evitar toda posibilidad de que se rompa durante este proceso. No se recomienda por lo tanto usar tijeras u otro utensilio similar para abrirlo, ni tampoco hacerlo con los dientes.

Para colocar el preservativo de forma correcta, el pene tiene que estar completamente erecto. Si el pene no está circunciso, antes de su colocación se debe dejar el glande al descubierto. Se coge el extremo saliente del preservativo y se aprieta para que no entre aire. En este pequeño espacio es donde se depositará el semen. Una vez dejado el espacio, se coloca sobre el pene y se desenrolla el resto del condón hasta haber cubierto todo el pene. Cuando el pene haya eyaculado, es aconsejable retirar el condón antes de que el pene deje de estar erecto para hacerlo con mayor facilidad.

Es importante colocar el preservativo antes de cualquier contacto entre los genitales, ya que el pene puede expulsar secreciones pre eyaculatorias antes de la eyaculación en sí, y estos fluidos pueden contener los posibles agentes infecciosos de las enfermedades de transmisión sexual, así como espermatozoides que pueden llegar a fecundar el óvulo.

En ningún caso se recomienda colocar más de un preservativo, pues la fricción que se daría entre los dos preservativos facilitaría su ruptura.

El preservativo es de un solo uso, por lo que debe tirarse una vez se ha eyaculado. Al no ser biodegradable, se debe depositar en una papelera, no en el inodoro

Tipos de preservativos

Existen variedades de preservativos que cuentan con diferentes características:

- Con o sin lubricante: el lubricante puede facilitar la entrada del pene, ya sea en sexo vaginal o sexo anal. Algunos lubricantes incluyen espermicida, una sustancia que debilita los espermatozoides en el caso de que el preservativo se rompa, aunque también puede causar infecciones de orina en los hombres.
- Con o sin depósito para semen.

- Finos o gruesos, que otorgan diferentes sensaciones.
- De colores.
- De sabores pensados para la práctica del sexo oral.

Adquisición y conservación

Los preservativos se pueden comprar en farmacias o en cualquier establecimiento que ofrezca una garantía de su calidad. Para asegurar su eficacia es recomendable comprar aquellos que estén homologados por una autoridad sanitaria, con la certificación CE correspondiente.

Los preservativos deben conservarse en un lugar fresco y seco, y deben usarse antes de la fecha de caducidad indicada en su envoltorio. También se deben resguardar de la luz y la humedad excesivas, y se recomienda no tenerlos guardados en bolsillos, carteras o guanteras de coches. Si no se siguen estas indicaciones el látex puede perder sus propiedades y, en consecuencia, dejar de resultar efectivo o romperse con más facilidad.

Ventajas e inconvenientes

La principal ventaja del preservativo es que es de fácil acceso para cualquier persona por un coste relativamente bajo. Es un producto que no necesita prescripción médica y puede usar prácticamente cualquier hombre: incluso para aquellos alérgicos al látex, existen preservativos hechos de poliuretano, aunque son igualmente válidos, aunque hay estudios que apuntan a una efectividad ligeramente inferior. Además, se considera el método anticonceptivo más seguro de todos, ya que protege de embarazos no deseados y, al tratarse de un método de barrera, también de infecciones de transmisión sexual.

Como inconvenientes se podría considerar su posibilidad de ruptura: un preservativo roto pierde prácticamente toda su efectividad. Además, algunos hombres consideran que las relaciones sexuales con preservativo no ofrecen el mismo placer que se siente sin él, pues entre otras cosas, puede ejercer una ligera presión sobre el pene y reducir el contacto. Otra desventaja es que, al tener que colocarse con el pene en erección, puede restar espontaneidad al encuentro sexual, ya que es necesario detenerse unos momentos para su correcta colocación.

2.4 MÉTODO DE PASTILLAS

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son preparados hormonales que contienen estrógeno y progestágeno. Se administran con fines anticonceptivos de carácter temporal y reversible. Se toma una pastilla cada día a la misma hora, durante 21 o 28 días dependiendo de la presentación. En la red de servicios del MSPAS sólo se utilizan presentaciones de 28 días²⁰.

¿Cómo actúan?

Los anticonceptivos orales inhiben la ovulación y aumentan la consistencia del moco cervical lo que dificulta el paso de los espermatozoides. Producen cambios en el endometrio: lo adelgaza y produce atrofia de las glándulas por lo que el sangrado menstrual es minimizado.

Eficacia

99% si se usa de manera correcta y sostenida. 92% como se usa comúnmente. La efectividad depende de la usuaria: el riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza una caja nueva de pastillas con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más pastillas cerca del inicio o del final de una caja de pastillas.

Ventajas y beneficios

- Eficacia elevada cuando se toman diariamente.
- Eficacia inmediata si se inician en los primeros 7 días del ciclo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Pocos efectos colaterales.
- El uso puede interrumpirse con facilidad.
- Pueden ser proporcionados por personal no médico.
- Flujos menstruales menos profusos y dolorosos.
- Pueden mejorar la anemia.
- Regularizan los ciclos menstruales.
- Protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio.

²⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Nacional de Planificación Familiar, Edición 2014, p. 31, 43, 44, Año 2014.

- Disminuye la enfermedad benigna de la mama.
- Previene el embarazo ectópico.
- Ayuda a prevenir quistes de ovario.
- Disminuye el riesgo de Enfermedad Pélvica Infamatoria (EPI).
- Puede usarse a cualquier edad, desde la adolescencia hasta la peri menopausia.
- Permite el retorno de la fertilidad tan pronto como se interrumpa el uso.

Limitaciones

- Depende de la usuaria (motivación continuada y uso diario).
- La eficacia puede ser alterada al utilizar ciertos medicamentos para la epilepsia, tuberculosis y antirretrovirales.
- Requieren de la disponibilidad de suministros.
- No brindan protección contra las ITS, incluyendo el VIH.

Efectos secundarios comunes

- Náuseas (muy común en los primeros tres meses).
- Sangrado en goteo o sangrado entre períodos menstruales, especialmente si la mujer olvida tomar sus pastillas o se demora
- Dolor de cabeza leve.
- Sensibilidad en las glándulas mamarias.
- Leve aumento de peso (para algunas mujeres el aumento de peso es una ventaja).
- Amenorrea (para algunas mujeres la amenorrea es una ventaja).
- En algunas mujeres ocasiona cambios de temperamento, depresión y menor deseo sexual.

2.5 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC)

Las inyecciones anticonceptivas son un método seguro y efectivo para evitar temporalmente el embarazo. Estas contienen pequeñas cantidades de hormonas femeninas, como estrógeno y progesterona, que evitan la ovulación. De esta forma al no haber ovulación, no hay riesgo de embarazo. De igual manera, las pastillas

anticonceptivas generan cambios en el moco del cuello del útero, haciéndolo más espeso, de forma tal que los espermatozoides no pueden penetrarlo.

Las inyecciones tienen un mecanismo de acción muy similar al de las píldoras anticonceptivas y en general a todos los métodos hormonales de anticoncepción. Los anticonceptivos hormonales inyectables de aplicación mensual y/o trimestral alcanzan un 94% de efectividad desde el primer día de uso²¹.

2.5.1 Inyección Mensual

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible, administrado por inyección intramuscular mensual. Contiene progestágeno y estrógeno sintético³.

¿Cómo actúa?

La inyección mensual inhibe la ovulación, espesa el moco cervical y produce cambios en el endometrio.

Eficacia

La eficacia es superior al 99% si se usa de manera correcta y sostenida, 97% como se usa comúnmente. La eficacia depende de la puntualidad en la aplicación de la inyección; el mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer se atrasa en su aplicación o la omite.

¿Quién puede usarlo?

- Mujeres en cualquier edad reproductiva.
- Mujeres de cualquier paridad incluyendo nulíparas.
- Mujeres que deseen una protección altamente eficaz.
- Mujeres que no están amamantando, después de las 6 semanas posparto.
- Mujeres posabortos (iniciar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días).
- Mujeres con dolores menstruales severos y sangrados abundantes.

²¹ Profamilia, inyección anticonceptiva mensual y trimestral. Consultado el 8 de junio del 2021.
<https://profamilia.org.co/productos/anticonceptivos-inyectables/>

- Mujeres con historia de embarazo ectópico.
- Mujeres con anemia.
- Mujeres que no puedan acordarse de tomar las pastillas diariamente.

¿Quién no puede usarlo?

- Mujeres embarazadas o con sospecha de embarazo.
- Mujeres con enfermedad hepática activa.
- Mujeres con historia de enfermedad trombo embolica, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, cardiopatía isquémica y reumática.
- Mujeres que serán sometidas a cirugía mayor en un período de 4 semanas.
- Mujeres fumadoras de más de 15 cigarrillos diarios y mayores de 35 años de edad.
- Mujeres con cáncer de mama.
- Mujeres con diabetes de más de 20 años de duración y con compromiso vascular.
- Mujeres dando lactancia durante los primeros 6 meses posparto.

Ventajas y beneficios

- Es altamente eficaz.
- Eficacia inmediata si se inicia antes del séptimo día del ciclo menstrual.
- No interfiere con la relación sexual.
- Conveniente y fácil de usar.
- Ocasiona pocos efectos colaterales.
- Puede ser administrado por personal capacitado no médico.
- Disminuye la cantidad, duración y dolor durante el período menstrual.
- Protege contra el cáncer ovárico y del endometrio.
- Disminuye la enfermedad benigna de la mama.
- Puede mejorar la anemia.
- No requiere de ninguna acción diaria.
- Su uso es discreto; nadie se entera si una mujer está usando la inyección.

- Pueden interrumpirse en cualquier momento, sólo debe esperar a que pase el efecto de la inyección administrada en el mes.
- Puede utilizarse como método de larga duración.

Limitaciones

- Puede causar cambios en el patrón del sangrado menstrual durante los primeros seis meses de uso.
- No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH.
- Una vez administrado el método, la usuaria no puede interrumpir su uso, puesto que es un método de depósito intramuscular. Debe esperar hasta que pase el efecto.
- La Eficacia puede ser alterada al utilizar ciertos medicamentos para la epilepsia o tuberculosis.

2.5.2 Inyección trimestral

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible administrado por inyección intramuscular cada 2 meses o trimestral. Contienen un progestágeno sintético de depósito²².

¿Cómo actúa?

Inhibe la ovulación (salida del óvulo de los ovarios) y aumenta la consistencia del moco cervical lo que dificulta el paso de los espermatozoides. También produce cambios en el endometrio, alterando su crecimiento y grosor, lo que origina ausencia del sangrado menstrual.

²² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Nacional de Planificación Familiar, Edición 2014, p. 43,44, Año 2014.

Eficacia

La eficacia es superior al 99% si se usa de forma correcta y sostenida, 97% como se usa comúnmente. La eficacia depende de que las inyecciones se apliquen puntualmente; el mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer omite una inyección.

Quien Puede Usarlo:

- Mujeres en cualquier edad reproductiva, incluyendo adolescentes y mujeres mayores de 40 años (con algunas salvedades, ver Criterios Médicos de Elegibilidad).
- Mujeres de cualquier paridad incluyendo nulíparas.
- Mujeres que deseen una alta protección anticonceptiva.
- Mujeres en período de lactancia (después de la sexta semana posparto).
- Mujeres que estén en el posparto inmediato y que no estén amamantando.
- Mujeres en posaborto (iniciar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días).
- Mujeres fumadoras (independientemente de la edad y cantidad de cigarrillos que fumen al día).
- Mujeres que reciben medicamentos para la epilepsia o tuberculosis.

Quien no puede usarlo:

- Mujeres embarazadas (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado vaginal no diagnosticado.
- Mujeres con antecedentes de o con cáncer de mama.
- Hipertensión no controlada.
- Trombosis venosa profunda aguda.
- Ictus.
- Infarto.
- Cardiopatía isquémica.
- Tumor hepático.
- Cáncer de mama actual.

Ventajas y beneficios

- Alta eficacia
- Eficacia rápida (de iniciarse en los primeros 7 días del ciclo).
- No se requiere un examen pélvico antes del uso.
- No interfiere con el coito.
- No afecta la lactancia materna aplicada después de 6 semanas posparto; no altera la cantidad y calidad de la leche materna.
- Pocos efectos secundarios.
- Puede ser administrada por personal capacitado no médico.
- No contiene estrógeno.
- Puede disminuir los dolores menstruales.
- Mejora la anemia.
- Brinda protección contra el cáncer de endometrio, patologías benignas de la mama y fibromas uterinos.
- Confiere privacidad a la usuaria.
- Puede utilizarse como método de larga duración.

Limitaciones

- La amenorrea es un efecto esperado del anticonceptivo, especialmente después del primer año de uso.
- Aumento de peso (más o menos 4 libras cada año).
- En raros casos hay sangrado excesivo (menos de 1 por 1000 usuarias).
- Es necesario el reabastecimiento (volver a la clínica cada 60 +/- 7 días para inyección de 2 meses o cada 90 +/- 15 días para la inyección trimestral).
- No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH.
- Retraso en el retorno de la fertilidad, entre 6 y 10 meses después de la última inyección, independientemente del tiempo de uso
- Puede ocasionar dolores de cabeza, aumento de sensibilidad en los senos, cambios de humor, náuseas, pérdida del cabello, disminución del deseo sexual y/o acné en algunas mujeres.

2.6 Parches Anticonceptivos

La mujer utiliza un pequeño parche adhesivo que lleva puesto en el cuerpo en todo momento, día y noche. Se usa un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, seguidas de una cuarta semana en la que no se usa el parche. Y Para que la efectividad sea óptima, hay que cambiar cada parche a su debido tiempo

Los cambios en el sangrado son frecuentes y no son perjudiciales.

Generalmente se produce sangrado irregular los primeros meses y luego sangrados más escasos y más regular²³.

¿En qué consiste el parche anticonceptivo combinado?

Es un pequeño cuadrado de plástico, fino y flexible, que se pega al cuerpo.

Libera de continuo, directamente desde la piel al torrente sanguíneo, 2 hormonas un progestágeno y un estrógeno como las hormonas naturales (progesterona y estrógenos) presentes en el cuerpo de la mujer.

La mujer se pone un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, y en la cuarta semana no se pone ningún parche. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá la menstruación.

También se lo conoce como Ortho Evra y Evra.

Actúa fundamentalmente impidiendo que los ovarios liberen óvulos (ovulación).

¿Cuán efectivo es?

La efectividad depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer se cambia el parche con retraso.

Tal como suelen utilizarse, durante el primer año se registran cerca de 7 embarazos por cada 100 usuarias del parche anticonceptivo combinado. Esto significa que 93 de cada 100 mujeres que utilizan el parche anticonceptivo combinado no se quedarán embarazadas. Cuando no se cometen errores al usar los parches, durante el primer año

²³ Planificación Familiar, Manual Mundial para Proveedores, 3era edición, Año 2019, p. 119 y 120.

se registra menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias de los parches (3 por cada 1.000 mujeres).

Las tasas de embarazo pueden ser algo más altas en las mujeres que pesan 90 kg o más.

Recuperación de la fertilidad tras suspender el uso de los parches: De inmediato.

Protección contra las infecciones de transmisión sexual: Ninguna

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios Algunas usuarias refieren que presentan:

- Irritación cutánea o erupción en el lugar de aplicación del parche
- Cambios en los patrones de sangrado:
- Sangrado más escaso y durante menos días
- Sangrado irregular
- Sangrado prolongado
- Ausencia de menstruación
- Cefaleas
- Náuseas
- Vómitos
- Mayor sensibilidad y dolor en los senos
- Dolor abdominal
- Síntomas gripales o infección de las vías respiratorias altas
- Irritación, enrojecimiento o inflamación de la vagina (vaginitis)¹⁸.

2.7 MÉTODOS REVERSIBLES DE LARGA DURACIÓN

2.7.1 Implante subdérmico JADELLE

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible, de larga duración y que brinda protección hasta por cinco años. Está compuesto por cilindros o tubitos delgados y flexibles hechos de silicón que contienen una hormona llamada

levonorgestrel. Los implantes se colocan debajo de la piel, en la cara interna del brazo que menos se use, usualmente el izquierdo²⁴.

Efectividad

- Su tasa de fallos es la más baja en anticoncepción. En un año de uso, de 1000 mujeres le puede fallar a una.
- El implante libera una baja dosis de levonorgestrel una hormona que espesa el moco cervical dificultando el ingreso de los espermatozoides a la cavidad uterina, adelgaza el recubrimiento del interior del útero e inhibe la ovulación.

Beneficios

- El método funciona por sí solo: no tienes que hacer ni recordar nada.
- Puedes usarlo mientras estas amamantando.
- Puede reducir los cólicos menstruales y los sangrados abundantes.
- Una vez colocado el implante no se nota, ni incómoda para realizar las actividades normales.
- Disminuye tu riesgo de cáncer uterino.
- No interfiere durante las relaciones sexuales.

Preparación

- Si no estás menstruando es posible que en el centro médico te hagan una prueba de embarazo. Para asegurarte la atención el día de tu visita deberás reservar una cita médica.

Inserción y retiro

- Estás protegida desde el primer día si se aplica en la semana de la menstruación, inmediatamente después de un aborto o un parto.

²⁴ Oriéntame, implante hormonal anticonceptivo. Consultado el 8 de junio del 2021.
<https://orientame.org.co/anticonceptivos/implante-hormonal/>

- Si se aplica en otro momento, debes usar otro método anticonceptivo como el condón durante los primeros 7 días.
- Primero se aplica anestesia en el brazo y después se desliza el implante debajo de la piel con la ayuda de una aguja.
- Después de la inserción debes llevar una venda en el brazo durante 24 horas, que debes mantener libre de humedad.
- Si después de los 3, 4 o 5 años aún no deseas un embarazo puedes cambiar el implante por uno nuevo de inmediato.
- Si decides cambiar de método o deseas un embarazo antes de cumplir los 3, 4 o 5 años de uso, tu prestador de servicios de salud puede remover el implante.
- La mayoría de mujeres quedan embarazadas poco tiempo después del retiro. Para retirarlo se aplica anestesia en la piel y se extrae a través de un pequeño corte de un centímetro.

Cuidados posteriores

- Debes mantener los vendajes limpios y secos al menos 3 días.
- Es común tener un pequeño hematoma o moretón después de la inserción, así como algo de dolor o sangrado las primeras horas.
- En todo caso, en las primeras 2 semanas se recomienda evitar palpar el implante.

Cuando consultar con el médico

- Al cumplirse el periodo de uso, 3, 4 o 5 años según el tipo de implante elegido.
- Inflamación o fiebre por más de tres días luego de la inserción.
- Si presentas secreciones o pus en el punto de la inserción.
- Si presentas retraso menstrual o prueba de embarazo positiva.
- Si tus menstruaciones duran el doble de lo normal.
- Si presentas masas mamarias anormales.
- Si notas coloración amarilla en ojos o piel (ictericia).

2.7.2 Dispositivo Intrauterino DIU o (T de cobre)

La T de cobre es un pequeño dispositivo de plástico flexible y cobre que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos; es de carácter temporal y reversible.

El más usado actualmente es la T de cobre 380A que consiste en un cuerpo flexible en forma de T que contiene un principio activo de 380 mm² de cobre. Aproximadamente 314 mg de cobre se localizan en el vástago vertical y 33 mg en cada brazo horizontal, en el extremo inferior presenta un bulbo de 3 mm del cual salen dos monofilamentos de polietileno²⁵.

¿Cómo actúa?

La T de cobre reduce la posibilidad de que el espermatozoide fertilice el óvulo:

- Afectando la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina a las trompas inmovilizándolos o destruyéndolos.
- Alterando la consistencia del moco cervical, espesándolo y disminuyendo de esta forma la movilización de los espermatozoides.
- Aumentando la fagocitosis (proceso mediante el cual células especializadas degradan y destruyen células y sustancias extrañas) en la cavidad endometrial.

Eficacia

La T de cobre tiene una efectividad de 99% en el primer año de uso, brinda una protección anticonceptiva de 10 años.

Ventajas y beneficios

- Eficacia inmediata.
- Método a largo plazo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.

²⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Nacional de Planificación Familiar, Edición 2014, p. 43,44, Año 2014.

- No afecta la lactancia materna.
- Retorno inmediato de la fertilidad al retirarla.
- Pocos efectos colaterales.
- No necesita de insumos de reemplazo.
- Económico.

Limitaciones

- Requiere un examen pélvico y evaluación de la presencia de infecciones del tracto genital antes de la inserción.
- Requiere de un proveedor capacitado para la inserción y remoción.
- Aumenta el sangrado y cólico menstrual en los primeros meses de uso.
- Puede ser expulsada espontáneamente.
- Aunque raro, puede ocurrir perforación uterina (1 en 1000 casos) durante la inserción.
- No brinda protección contra infecciones del tracto genital, ITS incluyendo el VIH.
- Si tiene sida y no está en terapia antirretroviral o no está bien clínicamente, no debe utilizarse.

Aplicación del método

La T de cobre se puede insertar en las siguientes oportunidades:

- **Intervalo**

Se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual si se tiene la certeza de ausencia de embarazo.

- **Posparto y cesárea**

La inserción puede realizarse inmediatamente después del alumbramiento o durante la cesárea. También puede insertarse de 4 a 6 semanas posparto.

- **Posaborto**

La T de cobre puede insertarse inmediatamente después de un aborto sin complicaciones. El riesgo de complicaciones siguientes a la inserción posaborto no es mayor que el relacionado con la T de cobre de intervalo, siempre y cuando no haya infección del cérvix o de la cavidad uterina y el útero se haya evacuado totalmente.

2.8 MÉTODOS PERMANENTES

La anticoncepción permanente implica hacer que una persona sea incapaz de reproducirse²⁶.

2.8.1 Ligaduras de trompas

La ligadura de trompas es una cirugía para cerrar las trompas de Falopio de una mujer. (Algunas veces se denomina "ligadura tubárica"). Las trompas de Falopio conectan los ovarios con el útero. Una mujer que se someta a esta cirugía ya no podrá quedar en embarazo. Esto significa que es "estéril"²⁷.

Descripción

La ligadura de trompas se hace en un hospital o en una clínica de atención ambulatoria.

- A usted le pueden poner anestesia general. Estará inconsciente y sin dolor.
- O estará despierta y le aplicarán anestesia raquídea. Asimismo, también le pueden dar un medicamento para inducirle el sueño
- El procedimiento dura aproximadamente 30 minutos.
- El cirujano hará 1 o 2 incisiones quirúrgicas pequeñas en el abdomen. Casi siempre, alrededor del ombligo. Se puede bombear gas dentro del abdomen para expandirlo. Esto ayuda al cirujano a ver el útero y las trompas de Falopio.

²⁶ MedlinePlus, Ligaduras de trompas. Consultado el 10 de junio del 2021.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002913.htm>

²⁷ Ídem

- En el abdomen le introducen una sonda angosta con una cámara diminuta en un extremo (laparoscopia). A través del laparoscopia o a través de una incisión pequeña y separada, se introducirán instrumentos para bloquear las trompas.
- Las trompas se queman (cauterizan), se sellan con un pequeño gancho o un anillo (banda) o se extirpan por completo quirúrgicamente.

La ligadura de trompas también puede realizarse inmediatamente después de tener un bebé a través de una incisión pequeña en el ombligo. También se puede hacer durante una cesárea.

Por qué se realiza el procedimiento

La ligadura de trompas se puede recomendar para mujeres adultas que sepan con seguridad que no desean quedar embarazadas en el futuro. Entre los beneficios del método se incluye el hecho de ser una forma segura de protegerse contra un embarazo y la disminución del riesgo de cáncer de ovario.

Es posible que las mujeres que se encuentran entre los 40 y 50 años o que tienen antecedentes familiares de cáncer de ovario quieran realizarse una extirpación completa de las trompas con el fin de disminuir su riesgo de desarrollar posteriormente cáncer de ovario.

Sin embargo, algunas mujeres que deciden hacerse una ligadura de trompas, posteriormente se arrepienten de haberlo hecho. Cuanto más joven sea la mujer, mayores serán las probabilidades de que se arrepienta de haberse hecho ligar las trompas a medida que vaya envejeciendo.

La ligadura de trompas se considera una forma de planificación familiar permanente. NO se recomienda como método a corto plazo o reversible. Sin embargo, algunas veces, una cirugía mayor puede restablecer la capacidad para tener un bebé. Esto se denomina recanalización. Más de la mitad de las mujeres que se someten a una recanalización de

trompas puede volver a quedar en embarazo. Una alternativa a la cirugía de recanalización es hacerse una fecundación in vitro (FIV)

Riesgos

Los riesgos de la ligadura de trompas son:

- Cierre incompleto de las trompas, lo cual podría aún hacer posible que se presente un embarazo. Aproximadamente 1 de cada 200 mujeres que ha tenido ligadura de trompas queda en embarazo posteriormente.
- Aumento del riesgo de embarazo tubárico (ectópico) si dicho embarazo ocurre después de una ligadura de trompas.
- Lesión a órganos o tejidos adyacentes causada por instrumentos quirúrgicos.

Antes del procedimiento

Coméntele siempre a su proveedor de atención médica

- Si está o podría estar embarazada
- Qué fármacos está tomando, incluso medicamentos, suplementos o hierbas que haya comprado sin una receta

Durante los días antes de la cirugía:

- Le pueden solicitar que deje de tomar ácido acetilsalicílico (*aspirina*), ibuprofeno (Advil, Motrin), warfarina (Coumadin) y cualquier otro fármaco que dificulte la coagulación de la sangre.
- Si fuma, trate de dejarlo. Pídale ayuda a su proveedor para dejar de fumar.

En el día de la cirugía:

- Se le solicitará generalmente no beber ni comer nada después de medianoche la noche anterior a la cirugía o por 8 horas antes del momento de la cirugía.

- Tome los fármacos que su proveedor le recomendó con un sorbo pequeño de agua.
- Su proveedor le dirá a qué hora debe llegar al hospital o la clínica.

Después del procedimiento

Usted probablemente se vaya a casa el mismo día del procedimiento. Es necesario que alguien la lleve a casa y la acompañe la primera noche si le administraron anestesia general.

Usted presentará alguna sensibilidad y dolor. Su proveedor le dará una receta para analgésicos o le dirá qué analgésicos de venta libre puede tomar.

Después de la laparoscopia, muchas mujeres tienen dolor de hombro durante unos días, lo cual es causado por el gas empleado en el abdomen para ayudarle al cirujano a ver mejor durante el procedimiento. Se puede evacuar el gas acostándose.

Puede retornar a la mayoría de las actividades normales al cabo de unos cuantos días, pero debe evitar levantar objetos pesados durante 3 semanas.

Si le practican el procedimiento histeroscópico de oclusión de las trompas, será necesario que siga usando un método anticonceptivo hasta que le hagan un examen denominado histerosalpingografía tres meses después del procedimiento para verificar que las trompas estén bloqueadas.

Expectativas (pronóstico)

La mayoría de las mujeres no tendrán problemas. La ligadura de trompas es una forma eficaz de control de la natalidad. Si el procedimiento se realiza con laparoscopia o después de dar a luz, usted NO necesitará hacerse ningún otro examen para constatar que no puede quedar embarazada.

Sus ciclos menstruales deben retornar a un patrón normal. Si antes utilizaba anticonceptivos hormonales o el DIU, entonces sus periodos volverán a su patrón normal después de dejar de usar estos métodos.

Las mujeres que se someten a una ligadura de trompas tienen una disminución del riesgo de presentar cáncer ovárico.

Nombres alternativos

Cirugía de esterilización - femenina; Esterilización tubárica; Ligadura tubárica; Ligar las trompas; Procedimiento histeroscópico de oclusión de las trompas; Contracepción - ligadura tubárica; Planificación familiar - ligadura de trompas

2.8.2 Anticoncepción permanente para hombre (Vasectomía)

La vasectomía se utiliza para proporcionar anticoncepción permanente a los hombres. Esta técnica implica el corte y el sellado de los conductos deferentes (los tubos que transportan los espermatozoides desde los testículos). La vasectomía, efectuada por un urólogo en su consulta, dura alrededor de 20 minutos y solo precisa la administración de un anestésico local. Se efectúa una pequeña incisión en cada lado del escroto, se extirpa un trozo de cada conducto deferente y se sellan los extremos abiertos de los conductos²⁸.

Después de una vasectomía, debe utilizarse un método anticonceptivo de respaldo hasta que se confirme la esterilidad. Por lo general, los hombres no se vuelven estériles hasta que han experimentado unas 20 eyaculaciones después de la operación, porque se almacenan muchos espermatozoides en las vesículas seminales. La esterilidad se confirma cuando una prueba de laboratorio muestra que el semen de dos

²⁸ Manual MSD, Anticoncepción permanente, Consultado el 10 de junio de 2021.
<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/planificaci%C3%B3n-familiar/anticoncepcci%C3%B3n-permanente>

eyaculaciones, obtenidas generalmente 3 meses después del procedimiento, carece de espermatozoides.

Las complicaciones de la vasectomía son

- Un coágulo de sangre alojado en el escroto (en un 5% o menos de los casos)
- Una respuesta inflamatoria a la fuga de esperma
- Re anastomosis espontánea (en menos del 1%)

En la re-anastomosis espontánea, los tubos cortados se reconectan o desbloquean por sí solos, lo que restaura la fertilidad. Si se produce re anastomosis, suele ocurrir poco después del procedimiento.

Puede reanudarse la actividad sexual, con anticoncepción hasta que se confirme la esterilidad, en cuanto el hombre lo desee después del procedimiento, pero se debe evitar la eyaculación durante los primeros días, ya que puede causar dolor. Alrededor del 1,1% de las mujeres se quedan embarazadas durante los 5 años posteriores a que su pareja se haya sometido a una vasectomía.

2.9 CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La consejería es un proceso de comunicación interpersonal y directa mediante la cual un miembro del equipo de salud orienta, asesora y apoya a otra persona o pareja a identificar sus necesidades, a tomar decisiones informadas, libres, responsables y voluntarias sobre su vida reproductiva. La consejería tiene dos componentes fundamentales: la comunicación, que incluye la información y la educación a las/os usuarias/os y los derechos sexuales y reproductivos²⁹.

²⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Nacional de Planificación Familiar, Edición 2014, p. 47-49 Año 2014.

2.10. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ATENCIÓN DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES

La adolescencia comprendida entre las edades de 10 a 19 años, es un periodo de transformación y marca el final de la niñez y el inicio de la vida adulta. Es la etapa de cambios biológicos, sociales y psicológicos influenciados por el ambiente sociocultural, el cual es cambiante. La sexualidad es inherente al ser humano y la genitalidad es una parte de ella. Incluye la organización y el ejercicio del rol sexual de la mujer y del varón. La sexualidad está presente en el individuo desde el momento de su nacimiento hasta su muerte. Se expresa en distintas formas a lo largo de la vida. Sufre modificaciones según las etapas vitales y las crisis por las que el sujeto atraviesa, la cultura en la que está inserto y el momento histórico en que vive³⁰.

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, hombre o mujer, y, por lo tanto, de la salud individual. Es por eso que el derecho a la salud constituye un derecho humano esencial. Los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos. Las y los adolescentes tienen derechos sexuales y reproductivos ya que son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad y son inherentes a todos los seres humanos. Para que puedan ser ejercidos por adolescentes existen dos condiciones: la educación sexual impartida desde la institución escolar y los servicios de salud sexual y reproductiva amigables para adolescentes provistos por los servicios de salud quienes son los responsables de darlos a conocer.

La asincronía madurativa entre lo biológico, psicológico y lo social pone al adolescente en una situación de riesgo, tanto por el embarazo no oportuno como por el riesgo a las infecciones de transmisión sexual y el sida. El inicio de relaciones sexuales a edad temprana, el número de parejas, el sentimiento de invulnerabilidad, poco conocimiento sobre salud sexual, la presión de los medios de comunicación o dificultad para acceder a los servicios, exponen a muchos adolescentes a situaciones de riesgo³.

³⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Nacional de Planificación Familiar, Edición 2014, p. 47-49 Año 2014

2.11 Marco Legal Que Sustenta La Atención A Adolescentes

2.11.1 Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001)

Constituye el instrumento legal básico en materia de salud sexual y reproductiva. El numeral 4 de Adolescentes establece “En todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se proporcionará atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional en la naturaleza de la sexualidad humana integral, maternidad y paternidad responsable, control prenatal, atención del parto y puerperio, espaciamiento de embarazos.

2.11.2 La Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar PF y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva (Decreto 87-2005)

En el artículo 3 establece que “son destinatarios de la presente Ley: la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tengan acceso a servicios básicos de salud, promoviéndose y asegurándose el acceso equitativo de servicios de planificación familiar³¹.

2.11.3 Métodos Anticonceptivos Para Adolescentes

El método deberá ser eficaz para evitar el embarazo; se valorará la efectividad teórica y la real. Debe ser seguro para la salud. Debe ser sencilla su utilización para evitar errores en el uso; el adolescente, muchas veces, no tiene resuelta su genitalidad, lo cual dificulta

³¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar PF y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Año 2005.

en la utilización del método. No debe alterar la capacidad reproductiva ni afectar la relación sexual y debe obtenerlo regularmente.

Los aspectos sociales y conductuales deben ser consideraciones importantes en la elección de métodos anticonceptivos para las/os adolescentes. La ampliación de la cantidad de opciones de métodos ofrecidos puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos. La educación y la orientación apropiadas, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a las/os adolescentes a tratar sus problemas específicos y a tomar decisiones informadas y voluntarias. En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las adolescentes³².

2.11.4 Píldoras Anticonceptivas De Emergencia (PAE)

La anticoncepción de emergencia está indicada para evitar el embarazo tras un coito de riesgo. Existe un límite máximo de 5 días para su uso, aunque debe administrarse lo más precozmente posible. Las indicaciones de la anticoncepción de emergencia son:

- Coito no protegido.
- Accidentes durante el uso de un método anticonceptivo.
- Abusos sexuales o violación.

La eficacia en las primeras 24 horas alcanza el 95% y desciende al 58% a los 3 días. Para la indicación no se precisa una exploración clínica ni ginecológica, tampoco es necesario realizar el test de embarazo.

La lactancia materna no supone contraindicación, aunque es preferible tomar ambos comprimidos justo después de una sesión de lactancia. No se han descrito efectos teratogénos en caso de embarazo. Es importante aclarar que surte efecto antes de un

³² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Nacional de Planificación Familiar, Edición 2014, p. 47-49 Año 2014.

embarazo, por esta razón no es un método abortivo, pero tampoco es un método de planificación familiar que se pueda utilizar de forma habitual. La protección anticonceptiva está limitada a la ingesta de las pastillas en forma correcta. No existen contraindicaciones conocidas a la fecha para su uso ocasional³³.

2.12 Marco Legal Que Sustenta La Planificación Familiar

2.12.1 Ley de Desarrollo Social. Decreto 42-2001 del Congreso de la República de Guatemala

CAPÍTULO III, ARTÍCULO 15. Paternidad y maternidad responsable.

La Política de Desarrollo Social y Población considerará, promoverá e impulsará planes, programas y acciones para garantizar el ejercicio libre y pleno de la paternidad y maternidad responsable, entendidas éstas como el derecho básico e inalienable de las personas a decidir libremente y de manera informada, veraz y ética el número y espaciamiento de sus hijos e hijas, el momento para tenerlos, así como el deber de los padres y madres en la educación y atención adecuada de las necesidades para su desarrollo integral; para tal efecto, el Estado fortalecerá la salud pública, la asistencia social y la educación gratuita³⁴.

2.12.2 Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Decreto 87-2005 del Congreso de la República de Guatemala.

³³ Ídem

³⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Nacional de Planificación Familiar, Edición 2014, p. 47-49 Año 2014.

CAPÍTULO III

3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL MUNICIPIO DE SAN MARTÍN JILOTEPEQUE, DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

El municipio de San Martín Jilotepeque, se encuentra situado en la parte noreste del departamento de Chimaltenango, con una extensión territorial de 377km², es el municipio más grande del departamento. Se ubica a 21 kilómetros de la cabecera departamental de Chimaltenango, a 71 de la ciudad de Guatemala. Altitud 1,786 MSNM, latitud 14°46'5'', longitud: 90°47'35''. El municipio de San Martín Jilotepeque limita al norte con los municipios de Joyabaj, departamento de El Quiché y Granados departamento de Baja Verapaz, al sur con la cabecera municipal de Chimaltenango y el municipio de San Juan Comalapa, al este con el municipio de San Juan Sacatepéquez, departamento de Guatemala y al oeste con los municipios de San Juan Comalapa y San José Poaquil, ambos del departamento de Chimaltenango.

El municipio se divide en 12 aldeas, 139 caseríos y cuatro barrios. La población para el municipio de San Martín Jilotepeque para el año 2021, según proyección INE es de 93,517 habitantes, 50% son hombres y 50% mujeres y la población de mujeres en edad reproductiva es de 25,495, con registro de cobertura de uso de métodos de planificación familiar de 5.3% para el año 2020. La red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que atiende a la población del municipio consta de un Centro de Salud, 8 Puestos de Salud y 22 Centros Comunitarios.

La baja cobertura registrada en el año 2020 en el uso de métodos de planificación familiar en la población de mujeres en edad reproductiva del municipio, justifican la propuesta de la presente investigación, para determinar los factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar y contribuir con estrategias que mejoren la cobertura para beneficiar la salud y el desarrollo socioeconómico de la población.

CAPÍTULO IV

4. APORTE O PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

4.1 Fundamento de la investigación

La investigación se fundamenta en el Modelo de promoción de la salud, propuesto por la enfermera estadounidense Nola Pender.

Nola Pender nació en 1941 en Lansing, Michigan, se matriculó en la Escuela de Enfermería del West Suburban Hospital del Oak Park en Illinois, recibió el diploma de enfermería en 1962. En 1964, Pender obtuvo el BSN por la Universidad del Estado de Michigan en East Lansing, y el MA en crecimiento y desarrollo humano por la Universidad del Estado de Michigan en 1965, en el grado de PhD.

Nola Pender propuso el Modelo de Promoción de la Salud el cual permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables, expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeada.

El MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud en la consecución de mejores oportunidades y calidad de vida, fortalece nuestra disciplina y fundamenta su quehacer ya que orienta de manera objetiva hacia los intereses de los profesionales y las necesidades de los pacientes³⁵.

El presente estudio se basa en el modelo de promoción de la salud propuesto por la enfermera Nola Pender al investigar los factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar, en la población urbana de mujeres en edad reproductiva del municipio de San Martín Jilotepeque, al proponer estrategias con base al resultado de la investigación, con el propósito de cambiar las actitudes, pensamientos, mitos, decisiones y valoración de la importancia del uso de métodos anticonceptivos en la población objetivo, como medida de prevención para la salud de la mujer, de su hijo y el efecto sobre el crecimiento poblacional, en beneficio del desarrollo económico y social de la población al lograr los cambios conductuales propuestos.

³⁵ Mariner, A. Modelos y Teorías. 6ª. Edición. Mosby Elsevier. Barcelona 2007.

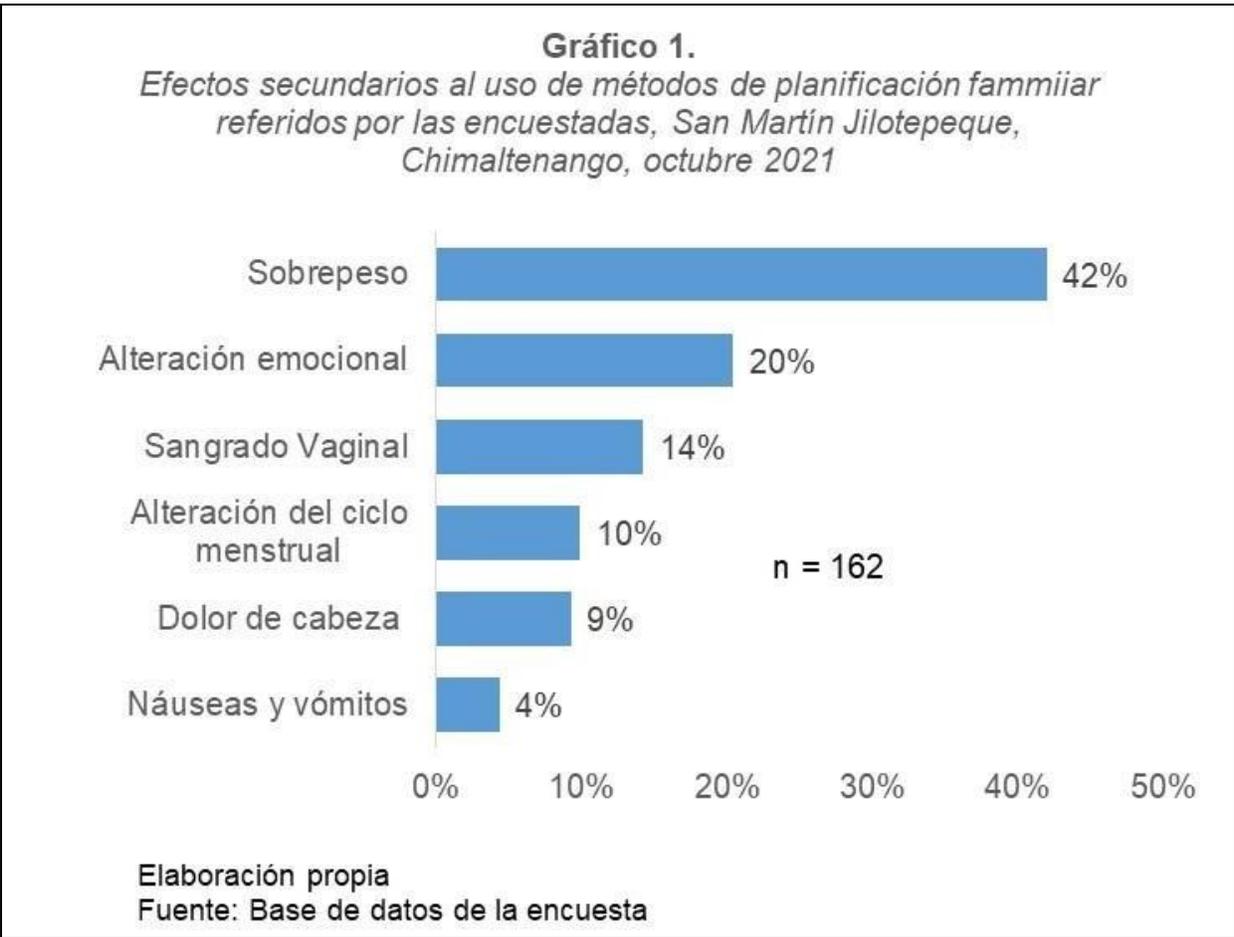
4.2 Resultados

4.2.1 Factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar.

| Tabla 1. | | |
|---|-------------------|-------------------|
| <i>Factores de rechazo al uso de métodos de planificación familiar referidos por las encuestadas, población urbana en edad reproductiva, municipio San Martín Jilotepeque, departamento Chimaltenango, octubre 2021</i> | | |
| Factores de rechazo | Frecuencia | Porcentaje |
| Efectos secundarios | 162 | 47.09 |
| Mitos | 131 | 38.08 |
| Timidez | 20 | 5.81 |
| Falta de tiempo | 14 | 4.07 |
| Religión | 8 | 2.33 |
| Falta de recursos económicos | 5 | 1.45 |
| Falta de apoyo familiar | 4 | 1.16 |
| Total | 344 | 100 |
| Elaboración propia | | |
| Fuente: Base de datos de la encuesta | | |

La Tabla 1, evidencia que los factores con mayor porcentaje que influyeron en el rechazo al uso de métodos de planificación familiar, son los efectos secundarios con 47% (162/344) y mitos con 38% (131/344); el 15% (51/344) restante lo constituyen factores que influyen en menor porcentaje.

El 85% (293/344) de factores de rechazo lo determinan efectos secundarios y mitos, dentro del 15% complementario, se refiere la timidez, expresada por veinte participantes en el estudio, equivalente a 5.81%, como la apreciación de vergüenza o pena de asistir a los servicios de salud a solicitar métodos de planificación, especialmente por los comentarios de la sociedad, además, a pesar que el 98% de las entrevistadas indicó profesar una religión, esta condición no es factor determinante para el rechazo al uso de métodos de planificación, puesto que solo ocho de las encuestadas manifestó rechazo al considerarlo pecado, mientras que el porcentaje restante manifestó que su religión le permite el uso de la anticoncepción.

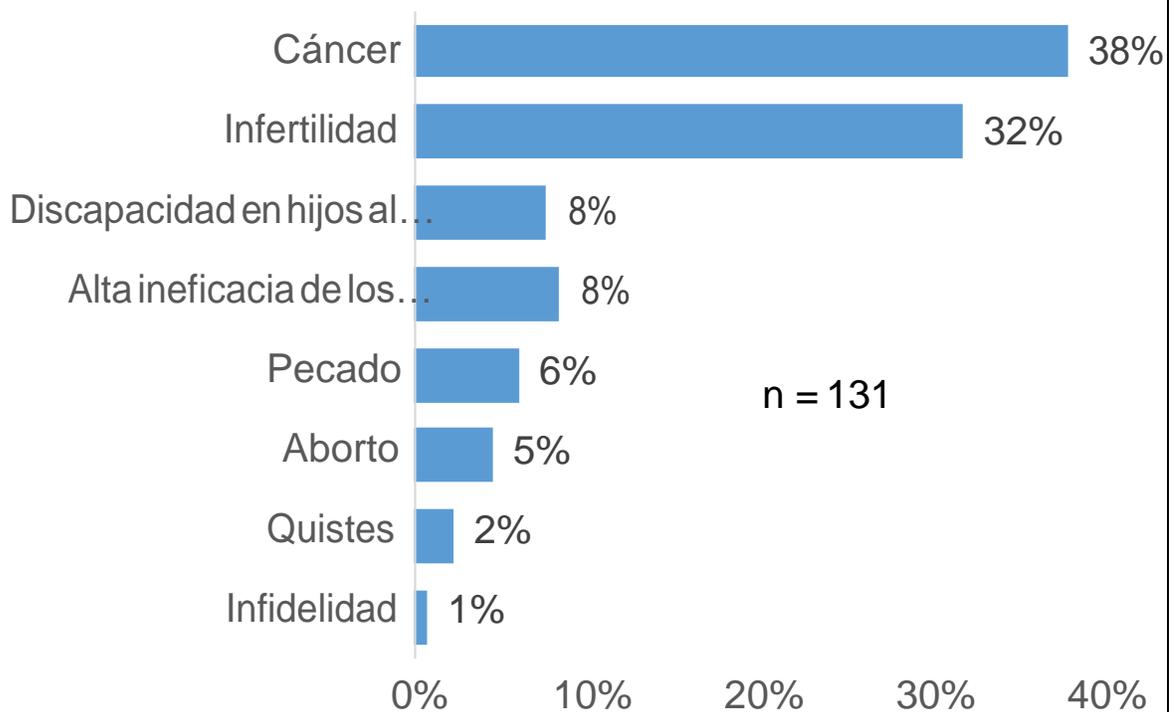


El Gráfico 1, muestra los efectos secundarios al uso de métodos de planificación familiar referidos por las participantes del estudio durante la encuesta, observando que el sobrepeso con 42% (68/162) es el de mayor porcentaje, seguido de alteración emocional con 20% y, con menor porcentaje, náuseas y vómitos con 4% (7/162).

La mayoría de encuestadas refirió uno o dos efectos secundarios, sin embargo, se registró como frecuencia de efecto secundario el considerado por la entrevistada como el de mayor efecto o reacción secundaria, causa del rechazo al uso del método de planificación. Los efectos secundarios, fueron indicados por el 66.7% de usuarias con antecedentes de uso previo de métodos de planificación familiar, el porcentaje restante indicó haberlos conocido a través de diferentes medios de información.

Gráfico 2.

Mitos de las encuestadas sobre el uso de métodos de planificación familiar, San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, octubre 2021



Elaboración propia

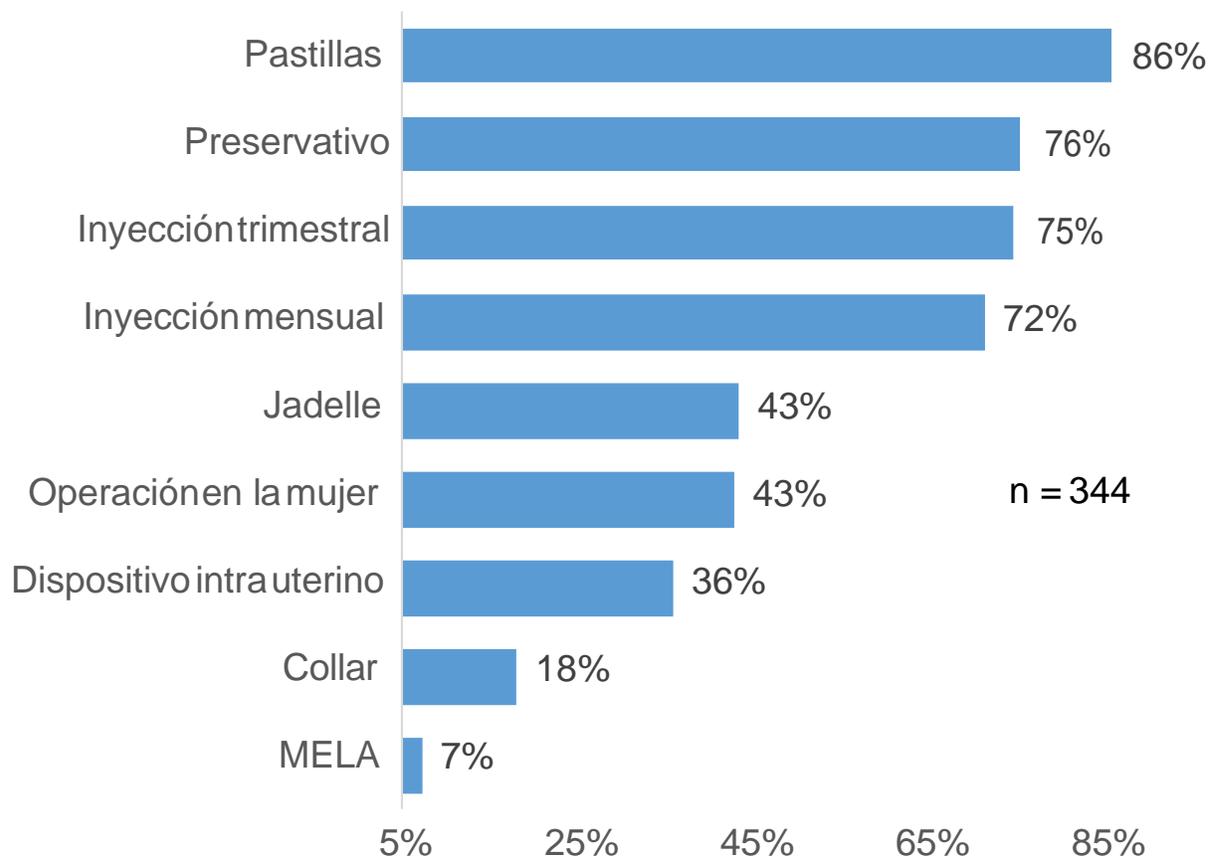
Fuente: Base de datos de la encuesta

El Gráfico 2, se refiere a los mitos o conceptos equivocados de las encuestadas sobre el uso de métodos de planificación familiar, identificando que el mito con mayor porcentaje, 38% (50/131), se refiere a la creencia de las participantes del estudio, respecto al apareamiento futuro de cáncer como consecuencia del uso de métodos de planificación, seguido de producción de infertilidad con el 32% (42/131) y con 1% (1/131), causa de infidelidad.

Las encuestadas revelaron que los mitos sobre uso de métodos de planificación familiar, fueron adquiridos por diferentes medios informales de información, especialmente por comentarios difundidos en la familia, círculo social y población.

Gráfico 3.

Conocimiento de las encuestadas sobre métodos de planificación familiar, municipio San Martín Jilotepeque, departamento Chimaltenango, octubre 2021

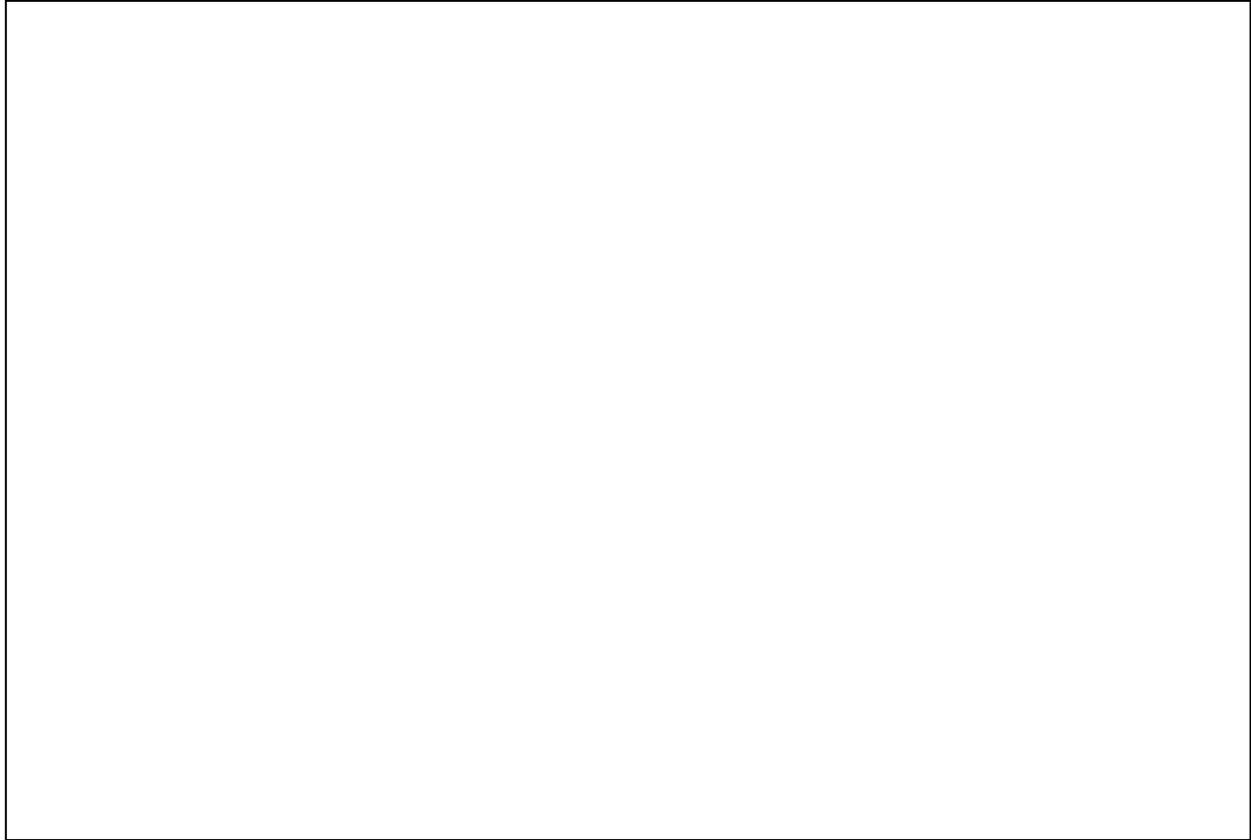


Elaboración propia

Fuente: Base de datos de la encuesta

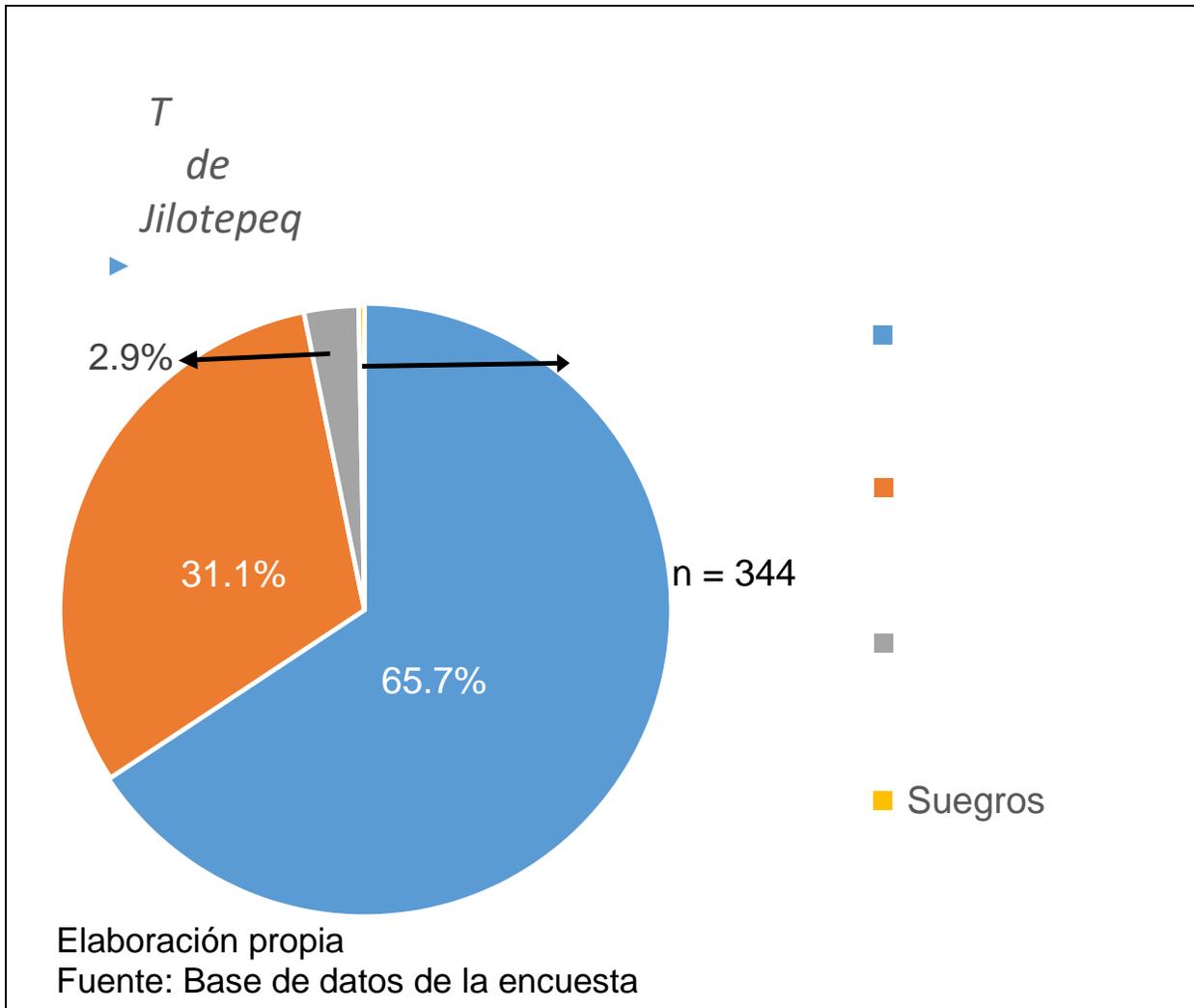
El Gráfico 3, refleja el conocimiento demostrado por las encuestadas sobre los métodos de planificación familiar, observando que el método más conocido es el de pastillas, con 86% (297/344), seguido de preservativo 76%, inyección trimestral 75% e inyección mensual 72%, el collar y MELA son los menos conocidos por las entrevistadas con 18% y 7% respectivamente.

El conocimiento de cada método se evaluó al indagar en cada participante del estudio, conocimientos sobre: ventajas, beneficios, efectos secundarios, forma de aplicación, tiempo de aplicación y contraindicaciones de cada uno de los nueve métodos estudiados.



En la Tabla 2, se observa que el 53.2% (183/344) de las encuestadas demostró tener nivel medio de conocimiento sobre métodos de planificación familiar, el 15.1% (52/344) nivel alto y el 31.7% (109/344) nivel bajo.

La clasificación del nivel de conocimiento de las encuestadas se realizó al dividir los nueve métodos de planificación evaluados en terciles, obteniendo tres estratos, estrato bajo cuando se conoce 1 a 3 métodos, estrato medio, 4 a 6 y estrato alto de 7 a 9, los conocimientos evaluados de cada método son los mencionados en la interpretación de resultados del Gráfico 3.



El Gráfico 4, indica que el 65.7% (226/344) de las encuestadas tomó su propia decisión de no usar métodos de planificación familiar, en el 31.1% (107/344) lo hizo el esposo.

La mayoría de encuestadas indicó que hizo uso de su derecho de decisión propia.

4.2.2 Antecedentes obstétricos de las mujeres que rechazan el uso de métodos de planificación familiar.

Tabla 3.
Edad de inicio de vida sexual de las encuestadas por grupo de edad, población urbana en edad reproductiva, municipio San Martín Jilotepeque, departamento Chimaltenango, octubre 2021

| Grupo de edad | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| 10 - 14 | 5 | 1.5 |
| 15 - 19 | 135 | 39.2 |
| 20 - 24 | 132 | 38.4 |
| 25 - 29 | 53 | 15.4 |
| 30 - 34 | 13 | 3.8 |
| 35 - 39 | 5 | 1.5 |
| 40 - 44 | 1 | 0.3 |
| Total | 344 | 100 |

Elaboración propia
Fuente: Base de datos de la encuesta

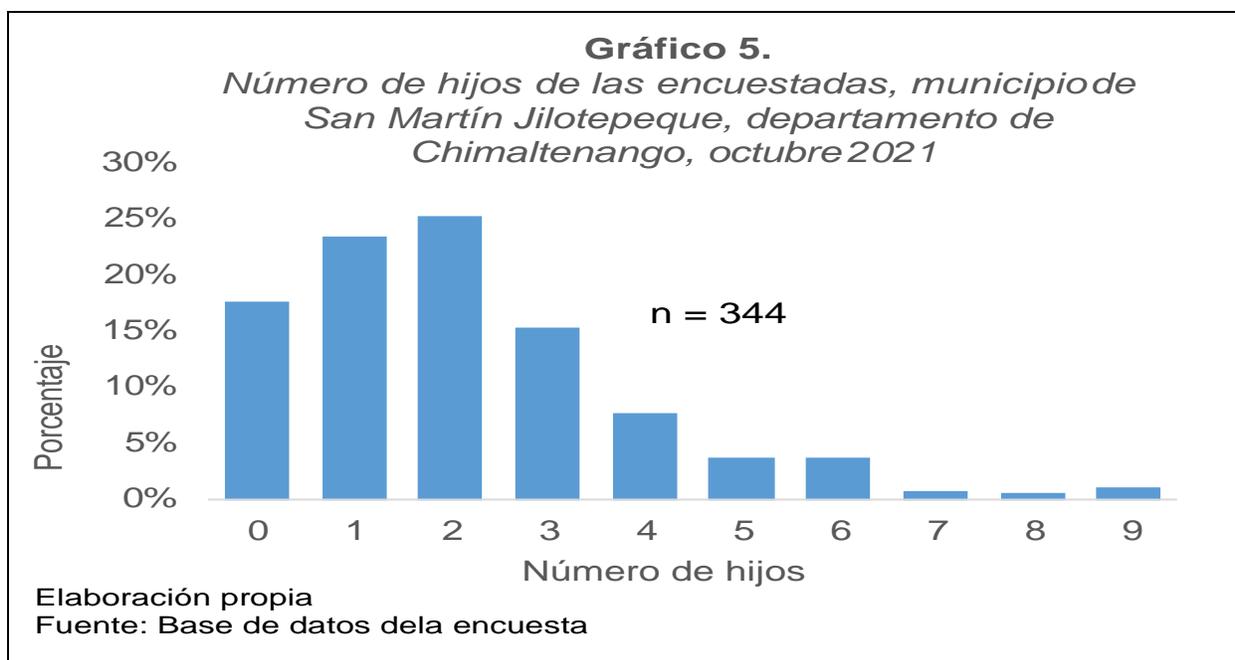
La tabla 3, evidencia que el 77.6% (267/344) de las encuestadas iniciaron su vida sexual en el rango de edad de 15 a 24 años, el 1.5% (5/344) entre 10 y 14 años y 0.3% (1/344) entre 40 y 44 años, el 40.7% lo inició en la adolescencia.

Tabla 4.
Medidas de tendencia central y dispersión de la edad de inicio de la vida sexual de las encuestadas, población urbana en edad reproductiva, municipio San Martín Jilotepeque, departamento Chimaltenango, octubre 2021

| Medidas estadísticas | Valor |
|----------------------|-------|
| Media aritmética | 21.2 |
| Desviación estandar | 4.4 |
| Edad mínima | 13 |
| Edad máxima | 40 |
| Rango | 27 |
| n | 344 |

Elaboración propia
Fuente: Base de datos de la encuesta

La Tabla 4, indica que la media de edad de inicio de la vida sexual es de 21.2 años, con 4.4 años de desviación respecto al promedio de edad de inicio de la vida sexual de las encuestadas, la edad mínima 13 años y la máxima 40.



El Gráfico 5, se refiere al número de hijos de las encuestadas, mostrando que el mayor porcentaje de participantes en el estudio, con 25.29% (87/344) indicaron tener dos hijos, seguido del 23.55% (81/344) con un hijo y el 17.73% (61/344) con cero hijos.

Dentro del grupo que reportó un hijo están las madres solteras y las de cero hijos pertenecen a recién casadas y una mayoría de mujeres en unión libre.

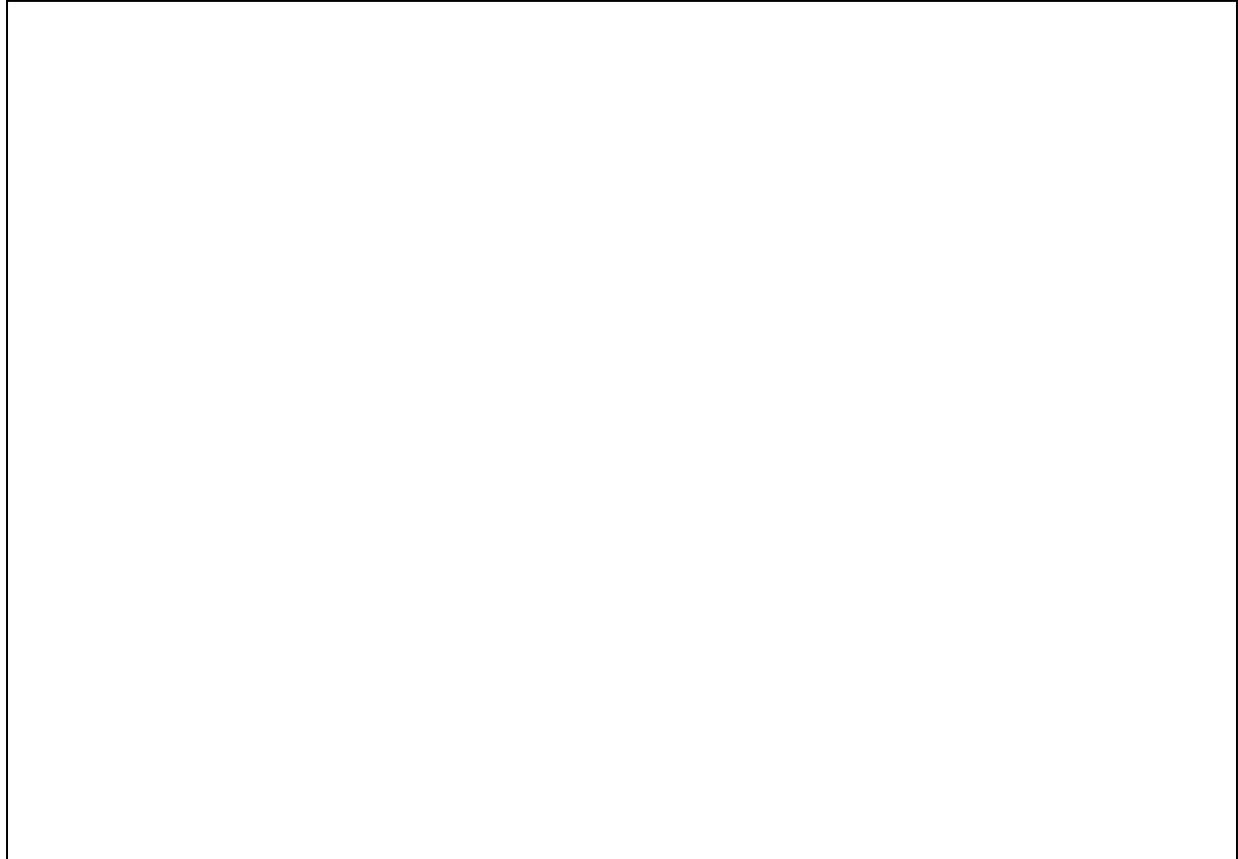
Tabla 5.
Uso previo de métodos de planificación familiar en las encuestadas, población urbana en edad reproductiva, municipio San Martín Jilotepeque, departamento Chimaltenango, octubre 2021

| Uso previo de métodos | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Si | 156 | 45.35 |
| No | 188 | 54.65 |
| Total | 344 | 100 |

Elaboración propia
Fuente: Base de datos de la encuesta

La tabla 5, indica que el 45.35% (156/344) de las encuestadas usaron previamente métodos de planificación familiar.

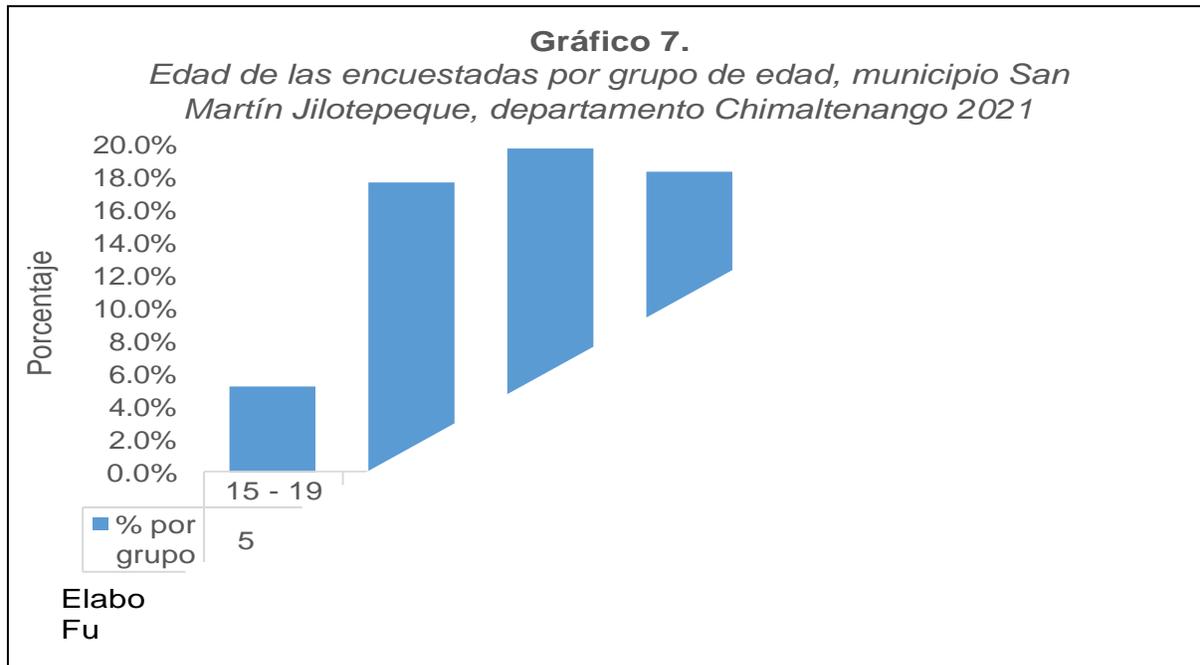
Las encuestadas con antecedente de uso de métodos de planificación, al momento de la encuesta no usaban métodos de planificación y referían rechazar su uso por las razones enumeradas en la Tabla 1.



El Gráfico 6, se refiere a los métodos de planificación familiar usados previamente por las encuestadas, evidenciando que los métodos de planificación con mayor porcentaje de uso por las entrevistadas fue la inyección trimestral con 34.6% (54/156) y con el 23.7% (37/156) la inyección mensual, el resto de usuarias usó en el orden de mención, pastillas, condón, jadelle y dispositivo intrauterino.

El 58.3% (91/153) indicó haber usado inyecciones por la facilidad de su aplicación, período de tiempo para la aplicación de las siguientes dosis, uso discreto, prevención del riesgo de olvidar una o más dosis, como sucede con las pastillas, además de conocer que es el método de menos efectos secundarios. El 66.7% (104/156) de encuestadas que indicaron uso previo de métodos de planificación, refirieron haber registrado efectos secundarios, situación que determinó el rechazo del uso de métodos de planificación.

4.2.3 Características de las mujeres que rechazan el uso de métodos de planificación familiar.



El gráfico 7, muestra los porcentajes de las edades por grupos quinquenales de edad de las participantes en el estudio, evidenciando que el mayor porcentaje de encuestadas se ubica en el grupo de edad de 25 a 29 años con 19.8% (68/344), seguido de los grupos de edad de 30 a 34 y 20 a 24 años, con porcentajes de 18.3% y 17.7% respectivamente.

Tabla 6.
Medidas de tendencia central y dispersión de la edad de las encuestadas, población urbana en edad reproductiva, municipio San Martín Jilotepeque, departamento Chimaltenango, octubre 2021

| Medidas estadísticas | Valor |
|----------------------|-------|
| Media aritmética | 32.3 |
| Desviación estandar | 8.8 |
| Edad mínima | 17 |
| Edad máxima | 49 |
| Rango | 32 |
| n | 344 |

Elaboración propia
Fuente: Base de datos de la encuesta

La Tabla 6, registra la media de edad de las encuestadas de 32.3 años, desviación con respecto a su promedio de 8.8 años, edad mínima 17 años y edad máxima 49 años.

Tabla 7.

Características de las encuestadas, población urbana en edad reproductiva, municipio San Martín Jilotepeque, departamento Chimaltenango, octubre 2021

| Características | Frecuencia | Porcentaje | |
|------------------------|--------------------|-------------------|------|
| Escolaridad | Ninguna | 14 | 4.0 |
| | Primaria | 102 | 29.8 |
| | Secundaria | 48 | 14.0 |
| | Diversificado | 136 | 39.4 |
| | Universidad | 44 | 12.8 |
| Estado civil | Casada | 178 | 51.7 |
| | Unión libre | 143 | 41.6 |
| | Soltera | 23 | 6.7 |
| Ocupación | Ama de casa | 212 | 61.6 |
| | Estudiante | 16 | 4.7 |
| | Servidor público | 41 | 11.9 |
| | Servidor privado | 50 | 14.5 |
| | otro (comerciante) | 25 | 7.3 |
| Pueblo | Mestizo | 228 | 66.3 |
| | Maya | 116 | 33.7 |
| | n | 344 | |

Elaboración propia

Fuente: Base de datos de la encuesta

La Tabla 7, describe características de las encuestadas, evidenciando que el mayor porcentaje de escolaridad corresponde a diversificado con 39.4% (136/344), 4% (14/344) indicó no tener escolaridad y 12.8% (44/344) con escolaridad universitaria, el estado civil registrado con mayor porcentaje es casada con 51.7% (178/344) y el menor porcentaje corresponde a soltera con 6.7% (23/344), la ocupación mayoritaria registrada es ama de casa con 61.6% (212/344) seguido de servidor privado y servidor público con 14.5% y 11.9% respectivamente y el 66.3% (228/344) se declaró pertenecer al pueblo mestizo.

4.3 Discusión

Los resultados del presente estudio, determinaron como factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar, en mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, octubre 2021, en el orden en mención, efectos secundarios, mitos, timidez, falta de tiempo, religión, falta de recursos económicos y falta de apoyo familiar, los factores con mayor porcentaje de frecuencia son: efectos secundarios con 47.09% y mitos con 38.08%, unidos representan el 85% de factores de rechazo, situación que puede explicarse por el 85% de participantes con niveles de conocimiento medio y bajo sobre métodos de planificación familiar, condición que no favorece la comprensión de los efectos secundarios de los diferentes métodos de planificación familiar, descritos en la literatura, como efectos secundarios comunes³⁶, al igual que los mitos referidos por las encuestadas, atribuidos al uso de métodos de planificación, especialmente el mito identificado con mayor porcentaje, producción de cáncer, secundario al uso de métodos de planificación, percepción de la usuaria, contraria a la realidad, descrita en la literatura de algunos métodos de planificación, en la sección ventajas y beneficios³⁷, los resultados encontrados en estudios similares, reportan como principales factores de rechazo los mismos encontrados en el presente estudio (efectos secundarios, mitos), estudio piloto previo a la investigación, estudio de Sonora, México, 2004³⁸ (efectos secundarios 19.7%, mitos 36.01%), estudio Vicente Guerrero, Teapa, Tabasco, México³⁹ (efectos secundarios 28.7%, mitos 21.8%) y descrita en la literatura de OPS sobre planificación familiar⁴⁰. Los métodos de planificación familiar más conocidos y más usados identificados en el estudio, fueron los métodos hormonales orales e inyectables y preservativo, preferidos por las usuarias debido a su uso discreto, facilidad de administración, dosificación y menores efectos secundarios, al referirse a los métodos hormonales inyectables.

³⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Nacional de Planificación Familiar, Edición 2014, p. 13,23, 24, 27, 28, 31, 43,44, 47-49 Año 2014.

³⁷ Ídem 39

³⁸ <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2008/amf082c.pdf>

³⁹ <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>

⁴⁰ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

El 65.7% de las encuestadas, tomó la decisión propia de rechazar el uso de métodos de planificación familiar y en el 31% lo hizo el esposo, en consecuencia, la mayoría de participantes ejercieron su derecho de elección sobre su salud reproductiva.

La edad promedio de inicio de la vida sexual en las participantes del estudio fue de 21 años, con 4.4 años de desviación del promedio de edad de inicio de la vida sexual, situación que repercutió negativamente en la toma de decisiones sobre uso de métodos de planificación, derivado de su corta edad y la falta de conciencia sobre la importancia de decidir sobre el número de hijos y período intergenésico ideal en beneficio de su salud reproductiva.

Las mujeres en edad reproductiva que rechazaron el uso de métodos de planificación familiar y participaron en el estudio, se caracterizan por tener una media de edad de 32 años, desviación de 8.8 años de su promedio, la mayoría con escolaridad diversificado (39.4%), relación estable (93% casadas o en unión libre), amas de casa (62%) y declaradas pertenecer al pueblo mestizo (66%), condiciones que favorecen el aprendizaje, para elevar el nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar, tomar decisiones responsables e informadas sobre el uso de la anticoncepción, disminuir la brecha de factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación y disminuir la tasa de fecundidad, para mejorar la salud del binomio madre-hijo, disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil para alcanzar el desarrollo social y económico sostenible de la población.

Los resultados obtenidos en la investigación, cumplen con los objetivos planteados y la pregunta de investigación, contrasta con resultados de otras investigaciones relacionadas con el tema y no se encuentran disidencias con la literatura consultada.

El impacto negativo en la salud reproductiva de la mujer, derivado del rechazo al uso de métodos de planificación familiar, secundario a la interpretación equivocada de las usuarias sobre efectos secundarios y mitos, puede reducirse, mediante la intervención de programas de planificación familiar más eficaces y políticas de salud más efectivas, que mejoren el nivel de conocimiento de la población sobre métodos de planificación familiar y les permita tomar mejores decisiones respecto al uso de la anticoncepción.

4.4 Conclusiones

1. El estudio determinó como factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar, en la población estudiada, efectos secundarios y mitos con 85%, explicado por el nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar, demostrado por 85% de encuestadas, a quienes se les ponderó conocimiento medio y bajo, el 15% de factores restantes, lo constituyen: timidez, falta de tiempo, religión, falta de recursos y falta de apoyo familiar.

2. El 77.6% de las participantes del estudio, iniciaron vida sexual en el rango de edad de 15 a 24 años, sin embargo, el 40.7% lo inició en la adolescencia, edad mínima 13 años, media de edad 21.2 años, desviación de 4.4 años respecto a la media de edad de inicio de la vida sexual. El 45% de las encuestadas usó previamente métodos de planificación, el 58% utilizó métodos hormonales inyectados y orales.

3. Las características de las mujeres del estudio, media de edad de 32.3 años, desviación de 8.8 años respecto a la media de la edad, edad mínima 17 años y máxima 49, el mayor porcentaje de: escolaridad, diversificado (39%), estado civil, casada (52%), ocupación, ama de casa (62%) y pueblo, mestizo (66%).

4.5 Recomendaciones

1. Fortalecer el programa de Salud Reproductiva con políticas de salud más efectivas y programas de planificación familiar más eficaces, que permitan mejorar el nivel de conocimiento de la población sobre métodos de planificación familiar, implementando estrategias que mejoren el contacto directo de la población con los servicios de salud, que ofrezcan consejerías más completas e integrales y que eduquen a la población sobre el conocimiento científico de los métodos de planificación familiar, para disminuir el alto porcentaje de factores de rechazo de uso e incrementar coberturas de anticoncepción, a través de la toma de decisiones informadas y razonadas.
2. Coordinar con el ministerio de educación para implementar programas más eficaces de educación sexual, intensificar en la población, la enseñanza de la educación sexual a través de los servicios de salud y medios de comunicación social, para prevenir el inicio de la vida sexual a temprana edad, especialmente en la adolescencia temprana y media, ejerciendo el derecho sobre su salud reproductiva de manera consciente, adecuada y madura, mejorando su educación y desarrollo, disminuyendo la tasa de fecundidad, para contribuir con el crecimiento demográfico y económico sostenible de la población.
3. Realizar investigaciones en el área rural del municipio, similares al presente estudio, para comparar resultados y establecer estrategias integrales que permitan abordar la problemática relacionada con factores que contribuyen al rechazo de uso de métodos de planificación familiar en la población de mujeres en edad reproductiva.

4.6 Bibliografía

1. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Informe departamental, ENSMI 2014-2015 (p 23, 27, 28).
2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, SIGSA Web, base de datos de salud reproductiva, distrito de salud, municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Nacional de Planificación Familiar, Edición 2014, p. 13,23, 24, 27, 28, 31, 43,44, 47-49 Año 2014.
4. Frances E. Casey , MD, MPH, Virginia Commonwealth University Medical Center Última revisión completa mayo, 2020. Anticoncepción permanente.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guía Nacional de Anticoncepción para Adolescentes, Edición 2018, Año junio 2018.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar PF y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Año 2005.
7. Planificación Familiar, Manual Mundial para Proveedores, 3era edición, Año 2019, p. 119 y 120.
8. Mariner, A. Modelos y Teorías. 6ª. Edición. Mosby Elsevier. Barcelona 2007.

4.7 E-grafía

1. Organización Mundial de la Salud, Temas de salud, Planificación familiar, consultado el 22 de septiembre de 2021.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.

2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Paraguay, Importancia de la Planificación Familiar, consultado el 4 de junio del 2021.

<https://www.mspbs.gov.py/portal/2900/importancia-de-la-planificacion-familiar.html>

3. Prosalud, Planificación Familiar. Consultado el 3 de junio del 2021.

<https://www.prosalud.org/noticia?id=83&cat=18>

4. Cúdate plus, Preservativo, consultado el 4 de junio del 2021.

<https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/diccionario/preservativo.html>

5. Profamilia, inyección anticonceptiva mensual y trimestral. Consultado el 8 de junio del 2021. <https://profamilia.org.co/productos/anticonceptivos-inyectables/>

6. Oriéntame, implante hormonal anticonceptivo. Consultado el 8 de junio del 2021.

<https://orientame.org.co/anticonceptivos/implante-hormonal/>

7. MedlinePlus, Ligaduras de trompas. Consultado el 10 de junio del 2021.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002913.htm>

8. Manual MSD, Anticoncepción permanente, Consultado el 10 de junio del

2021. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/planificaci%C3%B3n-familiar/anticoncepci%C3%B3n-permanente>

9. Estudio, Rechazo de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en Vicente Guerrero, Teapa, Tabasco, México Luz Alejandra Cano Collado, (1) Arístides López-

10. Estudio, Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México. Consultado del 20 de septiembre del 2021_ <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2008/amf082c.pdf>
11. Sistema de información sobre la primera infancia en américa latina SIPI, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Año 2004. Consultado el 10 de Junio del 2021_ <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Programa%20Nacional%20de%20Salud%20Reproductiva%20%20SIPI.pdf>
12. Definición ABC (2007-2017), Definición de factores. Consultado el 20 de septiembre del 2021. <https://www.definicionabc.com/general/factores.php>
13. Organización mundial de la Salud, planificación familiar Consultado el 23 de septiembre del 2021 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
14. Tesis consultado el 23 de septiembre del 2021_ https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4733/Gama_cn.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. <https://es.statista.com/estadisticas/605589/mujeres-que-utilizaron-anticonceptivos-por-region-a-nivel-mundial/>
16. Wade. Consultado el 20 de septiembre del 2021. <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>

4.8 Anexos

Anexo A

Consentimiento informado

Factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango.

El propósito del estudio es identificar y analizar los factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar y las características de las mujeres en edad fértil participantes en el estudio que determinan la decisión de rechazar el uso de métodos de planificación familiar.

La participación de las mujeres en el presente estudio, únicamente consistirá en el llenando de un cuestionario, proporcionado y orientado por el encuestador, para recopilar información mediante preguntas relacionadas con las características de las participantes y los motivos de rechazo del uso de métodos de planificación familiar.

La participación en el estudio será voluntaria. La información obtenida será confidencial y no se usará para otros fines ajenos a este estudio.

Yo _____

DPI _____

Manifiesto que he sido informada con claridad y veracidad respecto al estudio a realizar, resolviendo todas mis dudas. Confirmando que actúo libre y voluntariamente como participante, contribuyendo a este estudio. Conozco la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a dicha investigación cuando lo estime conveniente, sin necesidad de justificación.

(f) _____
Participante en el estudio.

(f) _____
Responsable de la encuesta

Anexo B

Asentimiento Informado

Factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango.

El propósito del estudio es identificar y analizar los factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar y las características de las mujeres en edad fértil participantes en el estudio que determinan la decisión de rechazar el uso de métodos de planificación familiar.

La participación en el presente estudio, únicamente consistirá en el llenando de un cuestionario, proporcionado y orientado por el encuestador, para recopilar información mediante preguntas relacionadas con las características de las participantes y los motivos de rechazo del uso de métodos de planificación familiar.

La participación en el estudio será voluntaria, aun cuando su papá, mamá o tutor haya autorizado su participación, si usted no quiere participar, está en la libertad de no hacerlo. La información obtenida será confidencial y no se usará para otros fines ajenos a este estudio.

Yo _____

DPI _____

Manifiesto que he sido informada con claridad y veracidad respecto al estudio a realizar, resolviendo todas mis dudas. Confirmando que actúo libre y voluntariamente como participante, contribuyendo a este estudio. Conozco la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a dicha investigación cuando lo estime conveniente, sin necesidad de justificación.

(f) _____
Participante en el estudio.

(f) _____
Responsable de la encuesta

Anexo C

Boleta de encuesta

Factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango.

Boleta No. _____ Fecha de encuesta _____

Código encuestado _____ Nombre encuestador _____

Instrucciones: Después de escuchar, aceptar y firmar el consentimiento informado para participar en el presente estudio de investigación, por favor sírvase responder a las preguntas siguientes, escribiendo la respuesta en el espacio asignado o colocando una X en el espacio que cree corresponde a la respuesta correcta de las opciones que se le presentan en las preguntas, agradeciéndole su participación voluntaria en el estudio que tiene el propósito de investigar los factores que contribuyen al rechazo del uso de métodos de planificación familiar.

I. Características de la participante

1. **Edad:** _____. Años

2. **Escolaridad:** Ninguna____. Primaria____. Secundaria____. Diversificado____
Universidad____.

3. **Estado civil:** Soltera____. Casada____. Unión libre__ Otro ____¿Cuál? _____

4. **Ocupación:** Ama de casa_____. Estudiante_____. Servidor público_____.
Servidor privado____ Otro____¿Cuál? _____

5. **Etnia:** Maya____ Mestizo____ Xinca____ Garífuna_____

II. Antecedentes obstétricos

6. ¿A qué edad inició su vida sexual? (primera relación sexual) _____ años

7. ¿Cuántos hijos ha tenido? (incluye hijos vivos y muertos) _____

8. ¿Usó alguna vez en su vida algún método de planificación familiar?

No _____ Si _____ ¿Cuál? _____

III. Factores de rechazo del uso de métodos de planificación familiar

9. ¿Qué religión práctica actualmente?

Ninguna _____ católica _____ evangélica _____ Otra _____ ¿Cuál? _____

10. ¿Le permite su religión usar métodos de planificación familiar? Sí _____ No _____

11. Si usó previamente métodos de planificación familiar ¿tuvo efectos secundarios?

Sí _____ No _____ ¿es la causa del rechazo? Sí _____ No _____

12. ¿Ha escuchado sobre efectos secundarios de los métodos de planificación familiar?

Sí _____ No _____ ¿Es la causa por la que no quiere usar métodos de planificación? Sí _____ No _____

13. ¿Le causa vergüenza asistir al servicio de salud a solicitar métodos de planificación familiar? Sí _____ No _____

14. ¿Conoce o ha escuchado algo malo sobre los métodos de planificación familiar que le impide usarlos?

Sí _____ No _____ ¿Qué? _____

15. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos de planificación familiar conoce usted o le han informado sobre cómo actúan, su eficacia, sus ventajas y beneficios, limitaciones y efectos secundarios?

MELA (lactancia)_____Collar_____Preservativo_____ Pastillas_____Jadelle_____DIU

Inyección mensual_____Inyección trimestral_____Operación de la mujer_____

Criterio de clasificación: nivel de conocimiento Bajo_____Medio_____Alto _____

16. ¿Quién tomó la decisión de que usted no use métodos de planificación familiar?

Usted misma____Esposo____Papás____Suegros____Otro____¿Quién? _____

17. ¿Tiene usted otros motivos para rechazar el uso de métodos de planificación familiar?

Falta de tiempo____Difícil acceso a los servicios de salud____Falta de dinero_____

Falta de apoyo familiar____Otro____¿Cuál? _____

Gracias por su participación

Anexo D.

Instructivo para el llenado de la encuesta

Por favor lea detenidamente las instrucciones de la boleta de encuesta y responda las preguntas, si no comprende una o más preguntas, por favor solicite ayuda al encuestador quien le facilitará la comprensión de la pregunta para favorecer su respuesta la cual pretendemos sea verídica y razonada, contribuyendo a la validez de la investigación.

Identificación de boleta (completada por el encuestador)

- 1. Boleta No.** Anotar número de boleta que será formado por el número correlativo de la boleta y el año (cuatro dígitos), ejemplo: Boleta No. 1-2021
- 2. Fecha de encuesta:** Anotar fecha de la encuesta usando el formato de dos dígitos para el día y mes y, cuatro dígitos para el año. ejemplo: **05-07-2021**
- 3. Código encuestado:** Anotar código de la encuestada, se formará de la manera siguiente: iniciales del primer nombre y primer apellido, fecha de la encuesta, usando dos dígitos para día, mes y año. Ejemplo: entrevistó a la señora Amanda Cristina Roca Pérez, el 10 de julio del año 2021, AR-10-07-21
- 4. Nombre encuestador:** Anotar un nombre y un apellido del encuestador, así: Carlos Pérez.

I. Características de la participante

- 1. Edad:** anote su edad en años. Verificar edad con el DPI por encuestador.
- 2. Escolaridad:** Colocar x en el espacio de la variable que corresponde a su respuesta.
- 3. Estado civil:** Colocar x en el espacio de la variable que corresponda a su estado civil, si su estado civil no está incluido en las variables de la pregunta, por favor use la opción otro y escriba su estado civil en el espacio correspondiente.
- 4. Ocupación:** Colocar x en el espacio de la variable que corresponda a su ocupación, si su ocupación no está incluida en las variables de la pregunta, por favor use la opción otro y escriba el nombre de su ocupación en el espacio asignado para el efecto.
- 5. Etnia:** Colocar x en el espacio de la variable con la cual se identifica.

II. Antecedentes obstétricos

6. **¿A qué edad inició su vida sexual?**: anotar la edad en años de su primera relación sexual

7. **¿Cuántos hijos ha tenido?**: escriba el número de sus hijos nacidos vivos y muertos.

8. **¿Usó alguna vez en su vida algún método de planificación familiar?**: colocar una x en el espacio de la variable sí o no, según corresponda. Si marcó la variable sí, escriba el nombre del método de planificación familiar usado en el espacio designado a cuál.

III. Factores de rechazo del uso de métodos de planificación familiar

9. **¿Qué religión práctica actualmente?**: colocar x en la variable que corresponde a su religión actual. Si su religión no aparece en las variables, colocar x en otra y escribir el nombre de la religión en el espacio asignado a la pregunta cuál.

10. **¿Le permite su religión usar métodos de planificación familiar?**: colocar x en la variable sí o no, según corresponda.

11. **Si usó previamente métodos de planificación familiar ¿tuvo efectos secundarios?**: colocar x en la variable sí o no, según corresponda. Si la respuesta es sí, indique si es o no la causa del rechazo de los métodos colocando x en la variable sí o no de la pregunta relacionada.

12. **¿Ha escuchado sobre efectos secundarios de los métodos de planificación familiar?** colocar x en la variable sí o no, según corresponda. Si la respuesta es sí, conteste la siguiente pregunta, colocando x en la variable sí o no según corresponda.

13. **¿Le causa vergüenza asistir al servicio de salud a solicitar métodos de planificación familiar?** colocar x en el espacio de la variable sí o no según corresponda, la pregunta se relaciona a la timidez de las personas, el encuestador debe observar el comportamiento de la encuestada y validar la respuesta.

14. **¿Conoce o ha escuchado algo malo sobre los métodos de planificación familiar que le impide usarlos?** Colocar x en el espacio de la variable sí o no, según corresponda su respuesta. Si su respuesta es sí, responda la interrogante Qué, se refiere a los mitos

de la encuestada respecto al uso de métodos de planificación familiar. El encuestador debe apoyar a la encuestada para ordenar sus ideas relacionadas con los mitos que maneja, para expresar concretamente su respuesta.

15. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos de planificación familiar conoce usted o le han informado sobre cómo actúan, su eficacia, sus ventajas y beneficios, limitaciones y efectos secundarios? La pregunta evalúa el nivel de conocimiento de la encuestada sobre métodos de planificación familiar, por lo tanto, el encuestador debe dirigir las preguntas, para identificar lo que la encuestada sabe de cada método, respecto a cómo actúa cada método, su eficacia, sus ventajas y beneficios, limitaciones y efectos secundarios y colocar una x en el espacio del método que la entrevistada demostró tener el conocimiento adecuado. Al finalizar la entrevista, el encuestador clasificará el nivel de conocimiento demostrado por la entrevistada, con base a la siguiente ponderación: los métodos anticonceptivos a evaluar son 9, se dividen en 3 estratos, estrato 1 nivel de conocimiento bajo, rango 1 a 3 métodos conocidos, estrato 2, nivel de conocimiento medio, rango 4 a 6 métodos conocidos y estrato 3, nivel de conocimiento alto, rango 7 a 9 métodos conocidos. Con el resultado obtenido, clasificar el nivel de conocimiento, (la clasificación será hecha por el encuestador) marcando con una x el criterio de clasificación que le corresponde, alto, medio o bajo.

16.. ¿Quién tomó la decisión de que usted no use métodos de planificación familiar? Colocar x en el espacio de la variable que corresponde a la respuesta, si el tomador de decisión no aparece entre las variables asignadas a la pregunta, responda otro y escriba el nombre en el espacio asignado para la interrogante quien.

17. ¿Tiene usted otros motivos para rechazar el uso de métodos de planificación familiar? colocar x en el espacio que corresponde a la respuesta correspondiente, puede marcar dos o más variables como respuesta a la pregunta. Si existiese una respuesta no incluida, marque otro, escribiendo el nombre de la variable en el espacio que corresponde.

Anexo E

Carta del asesor entrega de protocolo

Chimaltenango, 30 de septiembre de 2021.

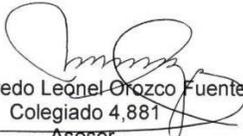
Doctora:
Vilma Chávez de Pop
Decana
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Galileo
Guatemala Ciudad.

Estimada doctora:

Respetuosamente me dirijo a usted, para someter a su consideración el protocolo de tesis de los estudiantes: Jorge Mauricio Chocoj Alvarado, carné 16002234, Darineth Ambrosia Marroquín Flores, carné 16006371 y Brenda Elizabeth Sisimit Pacay, carné 16002709, titulado, Factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva de la población urbana del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, Guatemala, previo a optar al grado de Licenciatura en Enfermería.

Me permito manifestarle que el protocolo que se presenta, reúne los requisitos exigidos por la Universidad Galileo, por lo que queda a su criterio y consideración, la respectiva aprobación.

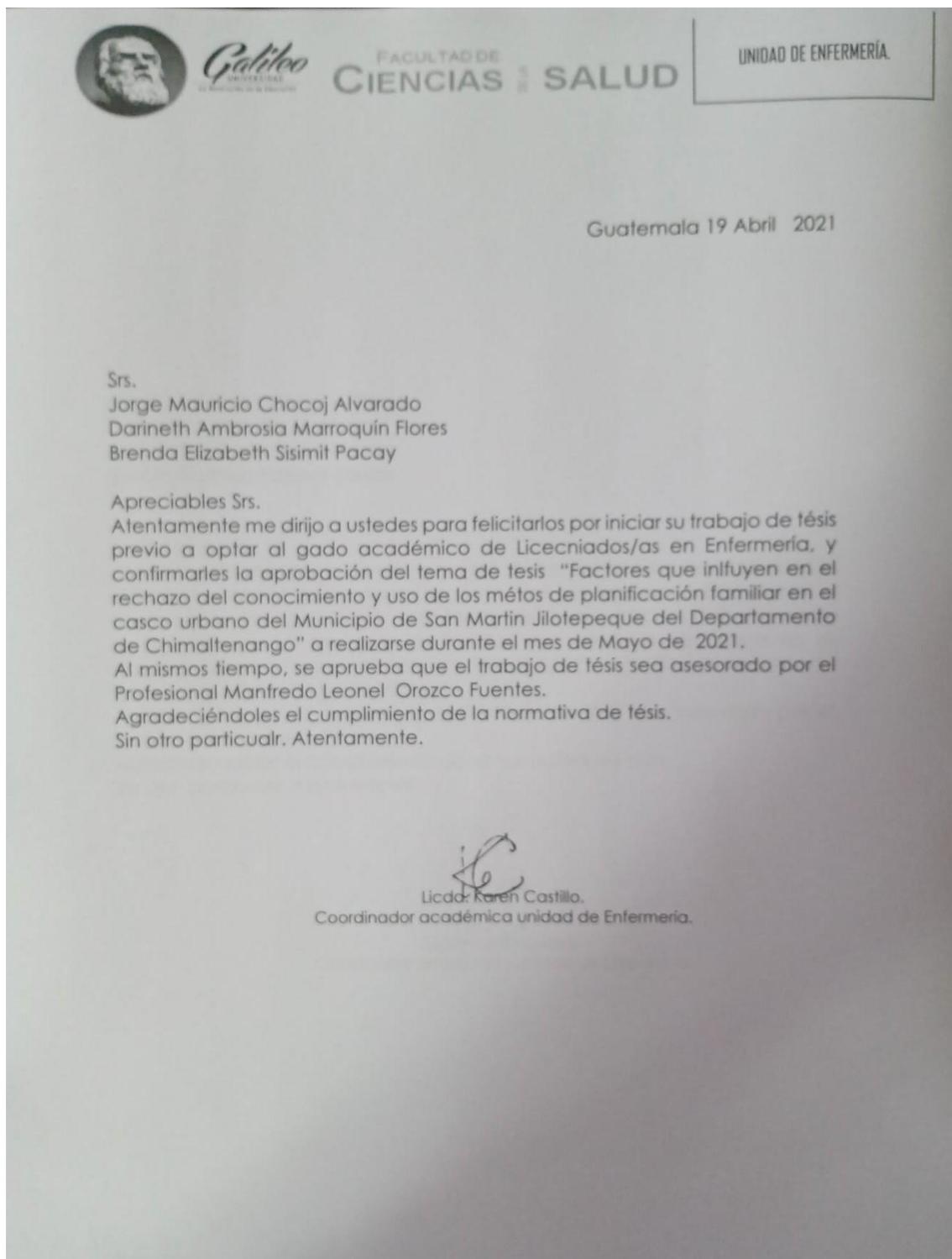
Atentamente,


Dr. Manfred Leonel Orozco Fuentes
Colegiado 4,881
Asesor.

Dr. Manfred Leonel Orozco Fuentes
MEDICO Y CIRUJANO
Col. No. 4881

Anexo F

Carta Universidad Galileo de autorización tema de investigación



Anexo G

Carta de solicitud para realizar estudio piloto



Chimaltenango 23 de Septiembre de 2021

Dra. Any Rubí Ordoñez
Coordinadora Municipal del distrito de salud
Acatenango

Reciba un atento y cordial saludo, deseándole la bendición de Dios en cada una de las actividades que realiza.

Por este medio nosotros: Jorge Mauricio Chocoj Alvarado carné 16002234 , Darineth Ambrocía Marroquín Flores carné 16006371, Brenda Elizabeth Sisimit Pacay carné 16002709, nos dirigimos a usted como estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, para solicitarle se sirva autorizar la realización del estudio piloto para la validación del instrumento de recolección de información, mediante la aplicación de la encuesta definida para el estudio, en la población urbana del municipio de Acatenango, departamento de Chimaltenango durante el mes de Septiembre.

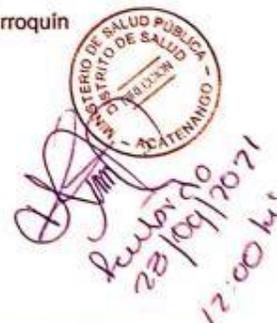
Agradeciendo y en espera de su respuesta.

Atte.

Ep. Jorge Chocoj

Ep Darineth Marroquín

Ep. Brenda Sisimit



Anexo I.

Siglas y abreviaturas

1. DIU. Dispositivo intrauterino
2. MELA. Métodos de la Lactancia Amenorrea
3. ITS. Infecciones de transmisión sexual
4. VIH. Virus de Inmunodeficiencia Humana
5. MDF. Método de Días Fijos
6. A.C. Antes de Cristo
7. AOC. Anticonceptivos orales combinados
8. MSPAS. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
9. EPI. Enfermedad Pélvica inflamatoria
10. AIC. Anticonceptivos inyectables combinados
11. FIV. Fecundación in vitro
12. PAE. Píldora anticonceptiva de emergencia.