

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE PANDO
UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA ENFERMERÍA



**ACEPTACION Y APLICACIÓN DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
EN MUJERES DE 17 A 40 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE SOBERANIA
DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE LA GESTION 2022**

AUTOR: SANDRA ARUQUIPA VASQUEZ

DOCENTE U.A.P: Lic. Ercilia Llanos Fajardo

Cobija – Pando – Bolivia
2024

DEDICATORIA

A mis padres, por ser los pilares fundamentales en todo lo que soy en mi educación académica, por su apoyo incondicional a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso por permitir me llegar hasta este momento de mi vida, por siempre acompañarme y cuidarme.

A la Universidad Amazónica de Pando por permitirme ser parte de su alumnado y formarme profesionalmente en la carrera de enfermería.

A mis queridos docentes por brindarme sus conocimientos, guiarme en este largo camino, por la paciencia, el cariño, la comprensión y por siempre darnos lo mejor de ellos.

INDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION.....	1
1.1. JUSTIFICACION	1
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	3
1.4. DELIMITACION DEL ESTUDIO	3
1.5. OBJETIVO GENERAL.....	3
1.6. OBJETIVO ESPECIFICO.....	3
2. MARCO TEORICO	4
2.1. ANTECEDENTES	4
2.2. BASES LEGALES	6
2.3. BASES TEORICAS	8
2.3.1. Planificación Familiar	8
2.3.2. Anticoncepción	8
2.3.3. Derechos de los usuarios y las Usuaris en Salud Sexual y Salud Reproductiva	9
2.4. METODOS NATURALES	9
2.5. MÉTODOS MODERNOS.....	16
2.6. MÉTODOS HORMONALES	19
2.7. METODOS PERMANENTES	22
2.8. OTROS METODOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA DE SALUD DE BOLIVIA.....	24
3. MARCO METODOLOGICO.....	32
3.1. TIPO Y ENFOQUE DE INVESTIGACION.....	32
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION	32
3.3. POBLACION Y MUESTRA.....	32
3.3.1. Muestra	32
3.3.2. Criterios de inclusión.....	32
3.3.3. Criterios de exclusión	32
3.3.4. Muestreo.....	32
3.4. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	33

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS	33
4. ANALISIS RESULTADOS.....	34
5. CONCLUSIONES.....	44
6. RECOMENDACIONES.....	45
7. BIBLIOGRAFÍA.....	46
8. ANEXOS	48

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. PORCENTAJE DE EDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL **¡Error! Marcador no definido.**

TABLA N° 2. PORCENTAJE DE ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL**¡Error! Marcador no definido.**

TABLA N° 3. PORCENTAJE DE NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL**¡Error! Marcador no definido.**

TABLA N° 4. PORCENTAJE DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL**¡Error! Marcador no definido.**

TABLA N° 5. PORCENTAJE DE METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS POR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL.....**¡Error! Marcador no definido.**

TABLA N° 6. PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE USAN ACTUALMENTE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO **¡Error! Marcador no definido.**

TABLA N° 7. PORCENTAJE SOBRE EL METODO ANTICONCEPTIVO QUE USAN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL.....**¡Error! Marcador no definido.**

TABLA N° 8. PORCENTAJE DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL QUE RECIBIERON ALGUNA VEZ INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR;**¡Error! Marcador no definido.**

TABLA N° 9. PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD PARA REALIZAR SU PLANIFICACION FAMILIAR..... **¡Error! Marcador no definido.**

TABLA N° 10. PORCENTAJE DE MUJERES QUE TIENEN SU MOTIVO POR EL CUAL NO ACUDE AL PUESTO DE SALUD PARA REALIZAR SU PLANIFICACION FAMILIAR.....**¡Error! Marcador no definido.**

INDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1. PORCENTAJE DE EDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL.....	34
FIGURA N° 2. PORCENTAJE DE ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL	35
FIGURA N° 3. PORCENTAJE DE NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL	36
FIGURA N° 4. PORCENTAJE DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL.....	37
FIGURA N° 5. PORCENTAJE DE METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS POR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL.....	38
FIGURA N° 6. PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE USAN ACTUALMENTE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO	39
FIGURA N° 7. PORCENTAJE SOBRE EL METODO ANTICONCEPTIVO QUE USAN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL.....	40
FIGURA N° 8. PORCENTAJE DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL QUE RECIBIERON ALGUNA VEZ INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR	41
FIGURA N° 9. PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD PARA REALIZAR SU PLANIFICACION FAMILIAR.....	42
FIGURA N° 10. PORCENTAJE DE MUJERES QUE TIENEN SU MOTIVO POR EL CUAL NO ACUDE AL PUESTO DE SALUD PARA REALIZAR SU PLANIFICACION FAMILIAR.....	43

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de aceptación y aplicación de métodos anticonceptivos en mujeres de 17 a 40 años en la Comunidad de Soberanía octubre a diciembre de la gestión 2022. Es de tipo descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo de diseño de campo. La población total de mujeres fueron 296, se tomó la muestra con un total de 60 mujeres en edad fértil de 17 a 40 años, la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento aplicado fue el cuestionario que consta de 10 preguntas. Resultados: se encontró que el nivel de aceptación fue de un 42% de mujeres que acuden al Puesto de Salud Soberanía para realizar su planificación familiar y un 58% que tiene diferentes motivos para no acudir al mismo y las que usan algún tipo de métodos anticonceptivos actualmente fueron un total de 67%, las que usan a veces son un 25%; en conclusión se encontró que la mayoría de las mujeres en edad fértil de 17 a 40 años utilizan algún método anticonceptivo, pero hay una deficiencia de un 42% respecto al conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, también hay un porcentaje alto del 58% de mujeres que no acuden al Puesto de Salud para realizar su planificación familiar.

Palabras clave: Planificación familiar, métodos anticonceptivos, Beneficios, modo de uso, limitaciones, efectividad, derechos.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the level of acceptance and application of contraceptive methods in women between 17 and 40 years old in the Community of Soberanía from October to December of the 2022 administration. It is a descriptive, cross-sectional type with a quantitative approach. field design. The total population of women was 296, the sample was taken with a total of 60 women of childbearing age from 17 to 40 years old, the technique used was the survey and the instrument applied was the questionnaire consisting of 10 questions. Results: it was found that the level of acceptance was 42% of women who go to the Soberanía Health Post to carry out their family planning and 58% who have different reasons for not going there and those who use some type of contraceptive methods. Currently they were a total of 67%, those they sometimes use are 25%; In conclusion, it was found that the majority of women of fertile age from 17 to 40 years use some contraceptive method, but there is a deficiency of 42% regarding knowledge about contraceptive methods, there is also a high percentage of 58% of women who They do not go to the Health Post to carry out their family planning.

Keywords: Family planning, contraceptive methods, Benefits, mode of use, limitations, effectiveness, rights.

1. INTRODUCCION

La planificación familiar permite a las parejas a que puedan contar con métodos que contribuyan a limitar el tamaño familiar, según el conocimiento e información obtenida a través de la experiencia que conlleva a un comportamiento y aceptación, lo que implica un conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por el hombre, la mujer o una pareja orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

Las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo usan alguna forma de anticoncepción. En los países en desarrollo la proporción de parejas que usan métodos anticonceptivos ha aumentado de un 10% en la década de 1960 a aproximadamente un 60% en la actualidad y el promedio del tamaño de la familia en dichos países se ha reducido de seis o siete hijos/mujer a aproximadamente tres. Ocurrió una disminución general de la tasa de fecundidad en países como: Perú (3,5), Ecuador (3,8), Bolivia (4,8) y Brasil (2,7); pero todavía existían países con altas tasas de fecundidad, principalmente Haití (6,4), Guatemala (5,6) y Honduras (5,2).

El uso de métodos de planificación familiar es mayor en las mujeres con respecto a los hombres. Hay diversos factores que impiden a los usuarios optar por un método de planificación familiar, les preocupa los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, temen la desaprobación de la pareja o su reacción; otros se oponen por razones religiosas o personales, se sienten inseguros o experimentan un sentimiento ante la posibilidad de quedar embarazadas, algunos usuarios no tienen conocimientos del método y no saben dónde obtenerlos, o puede suceder que no tengan acceso al método que desean por las limitaciones que presentan los servicios. Actualmente en el Puesto de salud de Soberanía no existen estudios acerca de la aceptación y aplicación de métodos anticonceptivos para Planificación Familiar, es por esto que considere realizar esta investigación.

1.1.JUSTIFICACION

Es importante realizar esta investigación para evaluar el uso y aplicación de métodos anticonceptivos en mujeres de 17 a 40 años de la Comunidad Soberanía gestión 2022.

La planificación familiar constituye una de las estrategias para alcanzar una Salud Sexual y Reproductiva plena, razón por la cual todos los individuos deberían acceder, elegir y beneficiarse del avance científico en lo referente a métodos anticonceptivos. El Ministerio de

Salud Pública de Bolivia afirma que a pesar de los esfuerzos emprendidos en los últimos años todavía existe una brecha en relación al acceso, conocimiento, actitudes y prácticas frente a los métodos de planificación familiar. Muchas/os usuarias/os utilizan anticonceptivos para evitar el embarazo, pero fracasan, por una serie de razones: falta de instrucciones acerca del uso, el hecho de no conseguir el método más adecuado de acuerdo a sus necesidades, desconocimiento de efectos colaterales, entre otros.

Por las razones previamente expuestas es importante la realización de este estudio, ya que a través de los resultados obtenidos se puede determinar los conocimientos que poseen los usuarios que acuden al Puesto de Salud Soberanía con respecto al uso de los métodos de planificación familiar, las ventajas del cuidado de la salud reproductiva, la concepción y procreación no deseada, sobre todo el control de la natalidad. Además, este estudio aportará la ayuda necesaria en relación a la orientación y toma de decisiones en la planificación familiar responsable.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Los motivos son los siguientes: acceso limitado, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros; por temor a los efectos colaterales, oposición por razones culturales o religiosas, servicios de mala calidad, errores por parte de los usuarios, proveedores y barreras de género.

De acuerdo con el INEGI (2012) en el año 2009, 98% de las mujeres en edad fértil declaró conocer al menos un método para controlar su fecundidad. A pesar de que su conocimiento es casi universal, sólo siete de cada diez mujeres unidas en edad fértil 72.5% lo usa. Habría que señalar que son varios los motivos por los cuales las mujeres declaran no usarlo, uno de ellos es porque está embarazada 38.5% o quiere embarazarse 17.5% no obstante hay un gran número de mujeres que están expuestas a un embarazo y no hacen uso de ellos a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar su descendencia.

En Bolivia se registró la menor prevalencia de uso de MAC con un 41%, contrastando con Colombia que tiene una prevalencia de 72%; en el caso de la demanda insatisfecha, el porcentaje es el más alto de la región con 39%, mientras que Colombia y Venezuela registran porcentajes por debajo de 20% (Instituto Nacional de Estadística, 2016)

A nivel departamental muestran un mayor porcentaje de uso de cualquier método moderno, aunque en La Paz (23.9%), Oruro (18,5%) y Potosí (24,6%) las diferencias no son notables. En los departamentos de Chuquisaca (34,9%), Tarija (42,4%), Santa Cruz (44%), Beni (34,7%) y Pando (40,4%) el porcentaje de uso de métodos modernos es mayor al promedio nacional.

En el departamento de La Paz un (19,9%) y Potosí (17,1%) muestran mayor porcentaje de uso de cualquier método tradicional, registrando valores más altos que el nacional; en cambio, Tarija (8,8%), Beni (8,9%) y Pando (6,7%) registran porcentajes de uso de cualquier método tradicional menores al 10% (Instituto Nacional de Estadística, 2016)

1.3.PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el nivel de aceptación y aplicación de métodos anticonceptivos en mujeres de 17 a 40 años en la Comunidad de Soberanía de octubre a diciembre de la gestión 2022?

1.4.DELIMITACION DEL ESTUDIO

Temática: Mediante esta investigación se pretende conocer el nivel de aceptación y aplicación de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil de 17 a 40 años.

Temporal: El presente estudio se realizó durante los meses de octubre a Diciembre de la gestión 2022.

Espacial: La investigación fue realizada en la Comunidad Soberanía, que es parte del Municipio de Filadelfia, el cual consta con un Puesto de Salud para la atención en educación, promoción y prevención de la salud.

1.5.OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el nivel de aceptación y aplicación de métodos anticonceptivos en mujeres de 17 a 40 años en la Comunidad de Soberanía octubre a diciembre de la gestión 2022.

1.6.OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar los datos sociodemográficos de las mujeres de 17 a 40 años de la comunidad Soberanía.
- Describir los resultados de las mujeres que tienen información sobre planificación familiar y si acuden al Puesto de Salud Soberanía para realizarlo.
- Determinar cuáles son los métodos anticonceptivos más conocidos y usados entre las mujeres de 17 a 40 años de la Comunidad de Soberanía en la gestión 2022.

2. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

Según (Almeida, 2014), "Uso de los métodos anticonceptivos en jóvenes desde la perspectiva de género: una visión desde la educación para la salud en Nezahualcóyotl, México, tuvo como objetivo evaluar el conocimiento que tienen los jóvenes respecto a los métodos anticonceptivos, el tipo de investigación fue explicativa de corte transversal, los resultados obtenidos respecto al conocimiento sobre los métodos anticonceptivos respecto al género predominan más las mujeres con el 69% y los hombres 31% 60% de los jóvenes respondieron estar totalmente de acuerdo que utilizar preservativos permite tener relaciones sexuales más seguras y placenteras, 64% de los estudiantes respondieron que el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual pueden evitarse si se utiliza preservativo durante toda la relación sexual; dando como conclusión los métodos anticonceptivos, han tenido un importante avance respecto a su conocimiento entre la población joven, pero si bien, la falta de información, los conocimientos erróneos acerca de los anticonceptivos, la falta de asesoría, la vergüenza para solicitar los métodos o pedir información sobre ellos, la postura de algunas religiones, la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el uso no adecuado de anticonceptivos.

Otro estudio realizado por (Díaz, Díaz, & Mendoza, 2014) "Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil Comarca Nejapa municipio de Managua enero-octubre 2014", tuvo como objetivo determinar el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil de la Comarca Nejapa del municipio de Managua en el periodo de enero-octubre 2014, el tipo de investigación aplicado fue descriptivo prospectivo de corte transversal, los resultados obtenidos fueron el grupo etario de 20-27 años es el que mayor práctica con 35% y que no practican un 9%; la Anticoncepción quirúrgica femenina es conocida por el 91%; el preservativo masculino es conocido por el 95% de las usuarias, La anticoncepción quirúrgica masculina es conocida por el 57 %; el ritmo es conocido por el 43%; el diafragma lo conocen el 3%; el preservativo femenino lo conoce el 40 %; la anticoncepción de emergencia es conocida por el 54% de las usuarias y el coito interruptus es conocido por el 56% y los métodos menos conocidos en orden de frecuencia son: el parche anticonceptivo, implante sub-dérmico, tapón cervical, otros métodos, espermicidas, esponjas anticonceptivas y el anillo anticonceptivo dando como conclusión que las mujeres presentan un nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos

del 100 % independiente de la edad, escolaridad, religión, estado civil ocupación y paridad. Los métodos más conocidos son los anticonceptivos orales 99 %, parenterales 98 % preservativos masculinos 95%, DIU y la esterilización femenina con 91% respectivamente.

Por su parte el estudio de (Sumba & De Jesús, 2016)“Conocimientos, actitudes y prácticas en planificación familiar de los usuarios del centro de salud Tarqui. Cuenca Ecuador 2016”, tuvo como objetivo determinar los conocimientos actitudes y prácticas en planificación familiar de los usuarios del Centro de Salud Tarqui. Cuenca 2016, el estudio realizado fue descriptivo de corte transversal, los resultados obtenidos son Se observó que el 69,5% conoce acerca de la planificación familiar; el método más conocido fue el preservativo, los Centros de Salud y médicos fueron la principal fuente de información; por otra parte el 24,6% refiere que los métodos anticonceptivos enferman. La decisión se realiza en pareja (86,4%) y la frecuencia de uso de los métodos de planificación familiar fue del 78,0%, siendo los métodos naturales y los implantes los más frecuentes; teniendo como conclusión una alta frecuencia de conocimiento acerca de la planificación familiar. Por lo que se debe mantener la buena promoción como papel importante en la concientización de la comunidad para la asistencia a las consultas y así disminuir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

Según (Escalona, 2017), “Intervención educativa sobre planificación familiar en mujeres en edad fértil. Consultorio La Esperanza. Policlínico Buenaventura. Enero- diciembre 2017”,teniendo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y factores de riesgo en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, el tipo de investigación aplicado fue cuasi experimental, dando como resultados existen diferentes factores de riesgo que imposibilitan alcanzar una vida sexual plena sin embargo en la muestra seleccionada el 70.37% de las encuestadas no poseían un nivel suficientemente alto sobre la percepción de riesgos. Esto corroboró la necesidad de implementar una intervención educativa para mejorar el comportamiento de esta variable a través de talleres informativos. Después de impartir estos talleres se aplicó la encuesta y se observó un cambio significativo sobre el tema para un 83.3% de mujeres capacitadas: dando como conclusión se evidenció una modificación en el nivel de conocimiento sobre planificación familiar a través de la intervención educativa.

Por ultimo tenemos el estudio de (Álvarez, 2016) “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos modernos de las mujeres en edad fértil de la comunidad de Azambo Municipio

Luribay – Provincia Loayza Dpto. de La Paz gestión”, tuvo como objetivo conocer las prácticas relativas a la anticoncepción que poseen las mujeres indígenas de la comunidad de Azambo para comprender las motivaciones que les conducen al rechazo del uso de métodos anticonceptivos modernos; el tipo de investigación fue descriptiva y explicativa con enfoque mixto; teniendo como resultados el 90 % no usaría métodos anticonceptivos modernos y el 10% únicamente usaría si le prescribiera el médico, la partera o si le pide el marido; concluyendo así que el uso de métodos anticonceptivos modernos guarda estrecha relación con la planificación familiar, la misma que es considerada como un componente clave para el desarrollo social y económico de los países, siendo imprescindible su conocimiento científico y sobre todo el esclarecimiento de mitos relacionados con el uso de métodos anticonceptivos.

2.2.BASES LEGALES

El ODS (Objetivo de Desarrollo Sostenible), planteo hacer cumplir hasta la gestión 2030 el tercer objetivo que consta de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, información y educación, y salud reproductiva.

Indicadores

- Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos
- Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad (Bolivia, Organización de las Naciones Unidas, 2024).

Con la Nueva Constitución Política del Estado, Bolivia asume plenamente la obligación de respetar, promover, proteger y garantizar la salud y los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las personas independientemente de cualquier consideración.

La Constitución Política del Estado cuenta con siguientes artículos referentes a la salud y los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos:

Artículo 4

I. El Estado respeta y garantiza la libertad de religión y de creencias espirituales de acuerdo con sus cosmovisiones. El Estado es independiente de la religión.

Artículo 14

II. El Estado prohíbe y sanciona toda forma de discriminación fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual, identidad de género, origen, cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma,

credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica o social, tipo de ocupación, grado de instrucción, discapacidad, embarazo, u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos de toda persona.

III. El Estado garantiza a todas las personas y colectividades, sin discriminación alguna, el libre y eficaz ejercicio de los derechos establecidos en esta Constitución, las leyes y los tratados internacionales de Derechos Humanos

Artículo 15

I. Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual. Nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. No existe la pena de muerte.

II. Todas las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad.

III. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional, así como toda acción u omisión que tenga por objeto degradar la condición humana, causar muerte, dolor y sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado.

Artículo 18

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

II. El Estado garantizará la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

Artículo 45

Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozaran de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en el periodo prenatal y posnatal.

Artículo 48

Las mujeres no podrán ser discriminadas o despedidas por su estado civil, situación de embarazo, edad, rasgos físicos o número de hijas o hijos. Se garantiza la inamovilidad laboral de las mujeres en estado de embarazo, y de los progenitores, hasta que la hija o el hijo cumpla un año de edad.

Artículo 66

Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos (Ministerio de Salud, 2018)

Ley No. 475 de Prestación del Sistema Integral de Salud

Atiende a las mujeres durante el embarazo hasta 6 meses después del parto y a niños menores de 5 años.

Amplia las prestaciones de anticoncepción, a todas las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad), la detección y tratamiento de lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino, y mama, detección y tratamiento de ITS.

Ley No. 548 Código Niña, Niño y Adolescente

Establece mecanismos de protección, de toda forma de violencia incluida la violencia sexual, el derecho a servicios diferenciados en salud sexual y salud reproductiva, derecho a la educación sexual, a información con base científica y acciones para prevenir el embarazo en adolescentes.

Ley No. 342 de la Juventud

Reconoce a la juventud como actor político y agente de derechos, derecho a la participación política, y en su artículo 38. reconoce la educación para la sexualidad y salud reproductiva (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017).

2.3.BASES TEORICAS

2.3.1. Planificación Familiar

Es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo y cuántos y cada cuanto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia (Organización Mundial de la Salud, 2023)

2.3.2. Anticoncepción

Método anticonceptivo o método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales. En caso de desear un método anticonceptivo todas las personas tenemos el derecho a decidir que métodos usar. Existen métodos anticonceptivos temporales y métodos anticonceptivos permanentes. Los permanentes hacen que la persona no pueda tener hijos nunca más. Por eso la importancia del previo Consentimiento informado (Organización Mundial de la Salud, 2023)

2.3.3. *Derechos de los usuarios y las Usuarías en Salud Sexual y Salud Reproductiva*

Información: Los pacientes tienen el derecho a una información correcta, apropiada, comprensible y sin ambigüedades. La información y los materiales que respondan a las necesidades de los pacientes deben estar disponibles en todos los establecimientos de atención en salud.

Acceso a los servicios: Tienen el derecho a que los servicios sean accesibles, disponibles en horarios y lugares convenientes, con total acceso, sin barreras físicas sociales culturales y ningún tipo de discriminación.

Elección informada: Tienen el derecho a tomar una decisión voluntaria y bien meditada basada en opciones, información y entendimiento.

Servicios seguros: Tienen derecho a recibir atención por proveedores calificados, atención en la prevención de la infección y prácticas médicas apropiadas y efectivas, mediante un adecuado uso de protocolos y normativa vigente.

Privacidad y confidencialidad: Tienen derecho a la privacidad y confidencialidad durante la estancia en el servicio, así como durante la orientación, exámenes físicos, procedimientos clínicos y cuidado en el manejo de los registros médicos de los clientes por parte del personal y cualquier otra información personal.

Dignidad, comodidad y expresión de opinión: Tienen el derecho a ser tratados con respeto y consideración. Sentirse lo más cómodos posible e incentivar a expresar sus puntos de vista libremente.

Continuidad de atención: Tienen el derecho a la continuidad de los servicios, insumos, transferencias y/o derivaciones y al seguimiento necesario para mantener su salud (: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017).

2.4. METODOS NATURALES

2.4.1. *MELA Método De Lactancia – Amenorrea*

Mecanismo de acción: La estimulación frecuente del pezón materno (mediante la succión) produce una mayor liberación de hormona prolactina, esto suprime la ovulación. Al dar de lactar se reduce la descarga pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), la cual a su vez suprime la liberación de hormona luteinizante (LH), indispensable para la actividad ovárica y la ovulación. La succión del recién nacido provoca dos reflejos: la secreción de oxitocina y prolactina, esenciales para mantener la producción de leche (que también depende de la

frecuencia y duración de la lactancia). La prolactina compite con la hormona folículoestimulante (FSH), hormona también importante para la ovulación.

Para que funcione el MELA es necesario cumplir con las tres condiciones al mismo tiempo:

1. Amenorrea (no tener sangrado menstrual)
2. Lactancia materna exclusiva (dar solo pecho).
3. Bebé menor de seis meses de edad.

Es importante iniciar la lactancia inmediatamente después del parto.

Efectividad

Efectividad es de 98%, con una tasa de falla de dos embarazos por cada 100 mujeres en los primeros seis meses postparto.

Beneficios

- Efectividad elevada e inmediata.
- No tiene efectos secundarios.
- No necesita supervisión médica.
- No requiere de insumos .
- No implica costo alguno.
- Disminuye el sangrado posparto.
- Mejora la salud del recién nacido

Limitantes

- Efectividad elevada sólo hasta que se reanuda la menstruación o hasta los seis meses posparto; existen estudios que mencionan que puede existir efectividad luego de los seis meses si aún existe amenorrea, pero los datos son poco consistentes.
- No protege contra las ITS-VIH/SIDA.
- Si la madre tiene el VIH, existe la posibilidad de que éste pase al bebé a través de la leche materna (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.4.2. Método de abstinencia periódica

Mecanismo de acción: Se previene el embarazo al evitar voluntariamente el coito vaginal durante el período fértil

del ciclo menstrual. Si no hay coito vaginal los espermatozoides no entran en contacto con el óvulo de la mujer y por lo tanto no hay fecundación.

Efectividad/tasa de falla

Con el uso correcto y consistente, la efectividad es de 91 a 99%. Se registran de 1 a 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Beneficios

- Promueven el conocimiento del aparato reproductor femenino (puede servir para evitar un embarazo o para conseguirlo).
- No interfieren con la lactancia materna.
- No hay riesgos para la salud relacionados con estos métodos.
- No tienen efectos secundarios.
- Promueven la participación y la responsabilidad del varón en la anticoncepción.

Limitantes

- Las mujeres cuyos ciclos son irregulares, pues puede resultarles difícil utilizar el método y deben buscar otro método.
- No son útiles cuando existe amenorrea de lactancia.
- Pueden requerir de largos períodos sin coito vaginal y resultar difícil de cumplir.
- Requieren llevar un registro diario de signos y síntomas.
- Cuando existe una infección genital puede ser difícil interpretar las modificaciones del moco cervical.
- No protegen contra las ITS/VIH/SIDA (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.4.3. Método De Ritmo O Calendario

Es apropiado para parejas que realizan cálculos numéricos para determinar los días del período fértil del ciclo menstrual y pueden abstenerse de tener coitos vaginales durante estos días.

Efectividad

La efectividad del método es de 75%. Lo que significa que de 100 mujeres 25 pueden quedar embarazadas.

Modo de uso

Se debe identificar cuál ha sido el ciclo más corto y cuál es el ciclo más largo en un período de seis meses.

Se debe calcular el primer día fértil restando 18 días a la duración del ciclo más corto.

- Primer día fértil = ciclo más corto – 18 días.

Se debe calcular el último día fértil restando 11 días al ciclo más largo.

- Último día fértil = ciclo más largo – 11 días.

El periodo fértil se encuentra entre el primer día fértil y el último día fértil en cada ciclo menstrual. Durante este periodo la pareja debe abstenerse de tener coitos vaginales para evitar un embarazo (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.4.4. Método de la temperatura basal corporal

Se basa en el aumento de la temperatura corporal justo después de la ovulación; este aumento está asociado a la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario.

Modo de uso

- Deberá contar con una planilla de control y registro de la temperatura basal.
- Deberá tomarse la temperatura oral, rectal o vaginal, a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse de la cama (deberá saber leer un termómetro y registrar su temperatura en la planilla).
- Observar si su temperatura se eleva levemente 0.2°C a 0.5°C, cambio que sucede justo después de la ovulación (en general por la mitad del ciclo menstrual).
- La mujer considerará el primer día de la menstruación como el día uno del ciclo; deberá marcar la temperatura de cada día en la planilla haciendo un punto al centro del cuadro que corresponde al día del ciclo y a la temperatura.
- Deberá conectar progresivamente todos los puntos marcados, formando una línea continua que irá desde el primer día del ciclo hasta el último (empezará una nueva planilla el primer día de cada ciclo menstrual).
- La mujer deberá evitar el coito vaginal hasta que la temperatura suba por encima de su valor normal y se mantenga elevada por tres días completos. Esto significa que la ovulación ha ocurrido. La fase infértil comienza la noche del tercer día consecutivo en que la temperatura permanece elevada.

- Podrá practicar el coito vaginal una vez que esto suceda, sin precaución (por los siguientes 10 ó 12 días), hasta que comience la próxima menstruación (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.4.5. Método del moco cervical (Billings)

Se basa en el reconocimiento e interpretación de cambios cíclicos en el moco o secreción cervical. En el periodo fértil el moco se vuelve más abundante, resbaloso, elástico y lubricante.

Mecanismo de acción

Periodo infértil: Después de la menstruación siguen unos días secos. El moco cervical es grueso y pegajoso, y forma un tapón que bloquea el canal cervical. Hay sensación de sequedad en la vagina. No hay moco visible durante estos días.

Periodo fértil

- Al ir aumentando los niveles circulantes de estrógeno, aparece cierta cantidad de moco en la vagina. Al principio es escaso y la mujer tiene la sensación de humedad o de algo pegajoso en la vulva.
- Al continuar aumentando los niveles de estrógeno (al acercarse a la ovulación), el moco es más abundante y se siente resbaloso y lubricante.
- El moco tiene un día en que alcanza un punto máximo y es más resbaloso, abundante, elástico y lubricante.
- El moco es delgado, blanco y transparente, y es sumamente elástico. Puede parecer clara de huevo. Este tipo de moco indica que la mujer es fértil (al último día de este tipo de moco se le llama el "día pico" del moco).

Modo de uso

- En el período infértil (seco), al inicio del ciclo menstrual, la pareja puede tener coitos vaginales sin riesgo de embarazo.
- En el período fértil (húmedo), dentro del ciclo menstrual, la pareja evitará tener coitos vaginales; podrá utilizar un método de barrera, hasta cuatro días después del día pico.
- En el período infértil (seco), al final del ciclo menstrual, puede tener coitos vaginales sin precaución hasta que el sangrado menstrual comience nuevamente.

2.4.6. Método sintotérmico

Los usuarios deben identificar los días fértiles, combinando la observación, las instrucciones de la temperatura basal y las secreciones cervicales. Estos métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:

Características

- Es apropiado para parejas que han decidido utilizar la abstinencia periódica como su método anticonceptivo y quisieran lograr el mayor grado posible de protección, a la vez que tener períodos de abstinencia más cortos.
- Las usuarias identifican los días fértiles y los días infértiles combinando las instrucciones de los métodos TBC y del moco cervical.
- Las mujeres pueden, también, identificar el período fértil mediante otros signos tales como la tensión mamaria y el dolor ovulatorio (dolor del abdomen inferior o calambres cerca del período de la ovulación).
- La pareja debe evitar tener relaciones sexuales sin protección entre el primer día de la menstruación y el cuarto día posterior al pico de las secreciones cervicales, o el tercer día completo después del ascenso de la temperatura (TCB), lo que suceda más tarde.
- Algunas mujeres que usan este método tienen relaciones sexuales sin protección entre el fin de la menstruación y el comienzo de las secreciones, pero no durante dos días consecutivos, con el fin de que el esperma desaparezca y poder revisar las características del moco cervical (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.4.7. Método de días fijos

Consiste en evitar relaciones coitales sin protección entre los días 8 al 19 del ciclo menstrual en que puede haber embarazo, así se evita que el óvulo y el espermatozoide se unan.

La pareja puede tener relaciones sexuales sin protección en todos los restantes días del ciclo; días 1 al 7 al principio del ciclo y desde el día 20 hasta comenzar la mujer su próxima menstruación

Estos métodos pueden usar las mujeres que tienen ciclos menstruales entre 26 y 32 días, o sea, mujeres a quienes les viene su menstruación cada mes. Si tiene más de dos ciclos de mayor o menor duración en el año, el método de días fijos será menos efectivo y convendría elegir otro método.

Efectividad

Efectividad del método es de 95%, lo que significa que de 100 mujeres 5 pueden quedar embarazadas.

Beneficios

- No requiere de insumos.
- No interfiere con la lactancia materna.
- Permite a la pareja compartir la responsabilidad de planificar un embarazo.
- Puede interrumpirse en cualquier momento.
- No tiene efectos secundarios.
- La usuaria no tiene que depender de un proveedor de servicios una vez que aprende a usarlo.
- Ayuda a la mujer y a la pareja a comprender cómo funciona su sistema reproductivo
- Puede utilizarse para evitar o lograr un embarazo.

Limitantes

- Se necesita capacitación y aprendizaje de la pareja para identificar el período fértil.
- No protege de ITS, VPH ni del VIH/SIDA.
- Que no exista la cooperación de la pareja (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.4.8. Método del retiro (*coitus interruptus*).

- Es uno de los métodos menos efectivos y poco recomendables.
- El hombre retira el pene de la vagina de su compañera y eyacula fuera de la vagina, manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer.
- Actúa impidiendo que el semen ingrese al cuerpo de la mujer

Efectividad/tasa de falla

73 de cada 100 mujeres cuya pareja utiliza el retiro no quedarán embarazadas.

El uso del retiro

Cuando el hombre siente que está por eyacular, debe retirar el pene de la vagina de la mujer y eyacular fuera de la vagina, manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer.

Si el hombre ha eyaculado un poco antes de tener una relación sexual, deberá orinar y limpiar la punta del pene para eliminar cualquier resto de espermatozoides antes de la relación sexual (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.5.MÉTODOS MODERNOS

2.5.1. *Métodos de barrera condón masculino*

Mecanismo de acción: El condón crea una barrera entre el pene y la vagina durante la relación coital, no permitiendo que los espermatozoides entren en contacto con la vagina y el cuello del útero, impidiendo así la fecundación.

Efectividad

La efectividad del método es de 98%, lo que significa que de 100 mujeres 2 pueden quedar embarazadas a pesar del uso correcto del condón.

Beneficios

- Los condones masculinos reducen significativamente el riesgo de infectarse con el VIH cuando se los usa correctamente, en cada acto sexual.
- Cuando se los usa correcta y consistentemente, los condones evitan 80% a 95% de la transmisión del VIH que hubiera tenido lugar sin ellos.
- No necesita prescripción médica.
- Los condones reducen el riesgo de contagio de muchas ITS cuando se los usa correcta y consistentemente.
- Protegen mejor contra la diseminación a través del flujo o secreciones, como sucede con el VIH, la gonorrea y la clamidia.
- También protegen contra la diseminación de ITS a través del contacto cutáneo de piel a piel, como es el caso del herpes y el papilomavirus humano.
- La lubricación del condón puede reemplazar la lubricación vaginal disminuida en la etapa pre menopáusica.
- Sirve como protección adicional, cuando la mujer está tomando medicamentos que interfieren con la efectividad de los anticonceptivos orales.
- Ayuda a proteger contra el cáncer de cérvix.

Limitaciones

- Puede romperse, especialmente si se usan lubricantes adicionales (vaselina y otros).
- Se necesita un condón nuevo para cada relación coital.
- Requiere mantener la erección durante la relación sexual.
- Requiere gran motivación para usarlo constante y correctamente.
- Se deteriora rápidamente cuando las condiciones de almacenamiento no son apropiadas.

Reacciones secundarias

- Ardor o picazón, en personas alérgicas a los espermicidas o al látex (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.5.2. Condón femenino

Es un revestimiento fino de plástico (actualmente existen también de látex) que se adapta a la vagina de la mujer, es flexible y está hecho de una película delgada de plástico suave y transparente (poliuretano).

- Tiene aros flexibles en ambos extremos.
- El aro del extremo cerrado ayuda a la inserción del condón.
- El aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del condón fuera de la vagina.

Efectividad

- Efectividad del método es de 95%, lo que significa que de 100 mujeres 5 pueden quedar embarazadas a pesar del uso correcto del condón.
- Mujeres de cualquier edad.
- Mujeres que no puedan usar métodos hormonales o que no desean usar el DIU. Mujeres que imprevistamente desean anticoncepción.
- Parejas que necesitan un método de respaldo o temporal, o están en transición a otro método anticonceptivo.
- Mujeres que desean anticoncepción ocasional.
- Mujeres en el p0~parto y durante la lactancia.
- Mujeres con medicación que interfiere con la efectividad de los anticonceptivos orales. Quienes desean usar métodos anticonceptivos sin efectos sistémicos.

Beneficios

- No afecta la lactancia.
- No interfiere con el coito (puede insertarse hasta ocho horas antes del coito).
- Es desechable.
- Ayuda a proteger contra el cáncer de cérvix.
- No necesita prescripción médica.
- La lubricación del condón puede reemplazar la lubricación vaginal disminuida en la etapa pre menopáusica.
- Protege contra las ITS/VIH.

Limitantes

- Es dependiente de la usuaria (requiere motivación y uso constante).
- Se requiere disponer de un condón nuevo para cada relación coital.
- Debe disponerse de reabastecimiento continuo.
- No puede utilizarse en mujeres con prolapso uterino o colpocele anterior o posterior de tercer grado (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.5.3. Dispositivo intrauterino (DIU – T de cobre)

La “T” de cobre o DIU (Dispositivo Intrauterino) es un pequeño objeto de plástico, flexible, rodeado de hilos de cobre.

Actúa debilitando los espermatozoides impidiendo que éstos lleguen a las Trompas de Falopio y así evitar el embarazo.

Efectividad

La efectividad del método es de 99.4%, lo que significa que menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan la “T” de cobre. Cuando se utiliza por más de 12 años la efectividad disminuye a un 98%, es decir a 2 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan “T” de cobre.

Beneficios

- No afecta la lactancia materna.
- Es efectivo hasta 12 años según últimos estudios.
- No interfiere con el coito vaginal.
- Puede discontinuarse su uso en cualquier momento.
- Es inmediatamente reversible.
- Ayuda a prevenir el embarazo ectópico (menor riesgo que aquellas mujeres que no usan ningún método anticonceptivo).
- La mujer que adopta este método después de los 40 años de edad, puede considerarlo permanente, porque es posible que lo use hasta la menopausia.

Limitaciones

- Requiere de un profesional capacitado para su inserción y extracción.
- No es recomendable cuando existen anomalías uterinas o tumores benignos (fibromas) del útero que deforman la cavidad uterina.
- Múltiples parejas sexuales.
- No protege contra ITSNIH/SIDA.

- Cuando exista cáncer de cérvix, útero u ovario.
- En presencia de enfermedad maligna del trofoblasto.
- Cuando hay tuberculosis pélvica diagnosticada.
- Cuando hay anemia. Puede aumentar la anemia en la mujer que ya presenta una baja reserva de hierro antes de la inserción y en la que el DIU produce una menstruación más profusa.
- Raro: puede aparecer enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) si la mujer tiene clamidia o gonorrea al momento de la inserción del DIU.

Reacciones secundarias

Algunas usuarias indican: cambios en los patrones de sangrado (en especial en los primeros 3 a 6 meses), incluyendo:

- Menstruación prolongada.
- Sangrado irregular.
- Más calambres y dolor durante la menstruación (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.6.MÉTODOS HORMONALES

2.6.1. Anticonceptivos orales combinados (AOC)

La Píldora es un producto químico que contiene dosis baja de 2 hormonas (estrógeno y progesterina) y que evitan que la mujer ovule y quede embarazada.

Existen dos presentaciones de píldoras:

- De 21 píldoras del mismo color para 21 días. Cuando se termina el paquete se espera siete días para comenzar uno nuevo.
- De 28 píldoras, 21 del mismo color y 7 de otro color que contienen sólo hierro.

Efectividad

Con el uso correcto de los AOC la efectividad es de un 99,7%, es decir se da menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan anticonceptivos orales.

Modo de uso

Una píldora diaria a la misma hora, siguiendo la dirección de las flechas del paquete. Al inicio del uso de este método, la primera píldora se puede tomar en cualquiera de los primeros siete días de la menstruación.

Beneficios

- Regula el ciclo menstrual.
- Disminuye los dolores de la menstruación o la tensión premenstrual.

- Disminuye la probabilidad de la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Ayuda a prevenir el riesgo de quiste de ovario, cáncer de ovario y endometrio.
- Disminuye los síntomas de endometriosis.

Limitantes

- Mujer fumadora mayor de 35 años de edad.
- Hemorragia genital no diagnosticada
- Necesita abastecimiento mensual
- Los primeros 6 meses podría afectar la calidad y cantidad de leche materna.
- No protege del VPH, ITS y VIH/SIDA.
- Es incompatible con el uso de algunas medicinas. Ej.: Fenobarbital, carbamazepina, griseofulvina, fenitoina, primidona, rifampicina, paracetamol.

Efectos secundarios

Náuseas, sensibilidad en los pechos, leves dolores de cabeza y sangrado entre una menstruación y otra (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.6.2. Píldora Anticonceptiva de Emergencia(PAE)

Son píldoras que contienen dosis bajas de dos hormonas, una progestina y un estrógeno, iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno, que están en el cuerpo de la mujer.

Efectividad/tasa de falla

La efectividad puede variar de 75% a 95%, o sea, puede evitar hasta el 95% de los embarazos que pueden ocurrir después de un coito único.

Beneficios

Ayuda a proteger contra riesgo de embarazo

Es apropiada en caso de:

- Uso incorrecto de un método anticonceptivo, falla y/u olvido del método.
- Accidente durante el uso (rotura o deslizamiento del condón).
- Relación sexual no protegida.
- Violación.

Limitantes

- El tiempo después de un coito sin protección anticonceptiva es corto para que la mujer pueda utilizar la PAE, sólo es efectiva hasta 72 horas después del mismo.
- No protege contra ITS-VIH/SIDA (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.6.3. Inyectables de solo progestina (AMDP)

Cada uno de los anticonceptivos inyectables de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), contiene una progestina igual a la hormona natural progesterona producida en el cuerpo de la mujer. No contienen estrógeno, por lo que pueden ser utilizados por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.

Se administra mediante inyección en el músculo (inyección intramuscular profunda). La hormona se libera entonces lentamente en el flujo sanguíneo.

Efectividad/tasa de falla

97 de cada 100 mujeres que usan inyectables no quedarán embarazadas.

Beneficios

- Ayuda a proteger contra:
- Riesgo de embarazo.
- Cáncer del revestimiento uterino (cáncer endometrial).
- Fibromas uterinos
- Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática
- Anemia por deficiencia de hierro

Reduce

- Crisis de anemia falciforme en las mujeres con anemia falciforme.
- Síntomas de dismenorrea.
- Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular).
- Protege contra la enfermedad pélvica inflamatoria
- Riesgo de embarazo ectópico

Limitantes

- Cuando se sospecha embarazo o hay embarazo.
- Cuando hay hemorragia genital no diagnosticada.

- Cuando se sospecha cáncer de mama.
- Cuando hay irregularidades del ciclo menstrual, principalmente la amenorrea.
- Cuando hay aumento de peso.
- No protege contra las ITSNIH/SIOA.
- No cubre las necesidades de estrógenos (inyectable con progestágeno solamente) en la premenopausia (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.7.METODOS PERMANENTES

2.7.1. Oclusión Tubarica Bilateral – Salpingoclasia (OTB)

Mecanismo de acción: La oclusión de las trompas uterinas evita la unión del óvulo con el espermatozoide, impidiendo así la fecundación.

Los dos abordajes quirúrgicos de más frecuente utilización son:

- La minilaparotomía supone la realización de una pequeña incisión en el abdomen. Se traen las trompas de Falopio a la incisión, para cortarlas o bloquearlas.
- La laparoscopia supone la inserción en el abdomen de un tubo largo y fino con una lente, a través de una pequeña incisión. Este laparoscopia posibilita al doctor ver y bloquear o cortar las trompas en el abdomen.
- Sin embargo también existe el procedimiento trans-cesárea, el que se realiza durante el procedimiento de la cesárea.

Efectividad/tasa de falla

El primer año: menos de un embarazo por cada 100 mujeres en el transcurso del primer año después del procedimiento de esterilización (5 por 1.000). Significa que 995 de cada 1.000 mujeres que confían en la esterilización femenina no se embarazan, es decir tiene una efectividad de 99.5%.

Más de 10 años de uso: aproximadamente dos embarazos por cada 100 mujeres (18 a 19 por 1.000 mujeres). La efectividad varía ligeramente dependiendo de la forma de bloquear las trompas, pero las tasas de embarazo son bajas para todas las técnicas.

Beneficios

- Ayuda a proteger contra riesgos de embarazo.
- Ayuda a proteger contra la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP).

- Puede ayudar a proteger contra el Cáncer de ovario.
- Es un método permanente y altamente efectivo.
- Tiene una efectividad inmediata.
- No afecta la capacidad de la mujer para tener y disfrutar de las relaciones sexuales.
- No interfiere con la lactancia materna.
- Es un procedimiento ambulatorio.
- Es una cirugía generalmente efectuada con anestesia local.
- No tiene efectos secundarios a largo plazo.
- No produce cambios en la menstruación

Limitantes

- Requiere personal capacitado.
- Requiere de infraestructura mínima necesaria.
- No protege contra las ITSNIH/SIDA (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.7.2. Vasectomía

A través de una punción o una pequeña incisión en el escroto, el proveedor y/o proveedora ubica los conductos deferentes que transportan el espermatozoides al pene y los secciona o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización).

Efectividad/tasa de falla

97 a 98 de cada 100 mujeres, cuyas parejas se hayan hecho una vasectomía, no van a quedar embarazadas.

Beneficios

- Es un método permanente y altamente efectivo.
- Es un procedimiento ambulatorio.
- Requiere de anestesia local.
- Requiere de mínimos cuidados post operatorios y la recuperación es rápida.
- No afecta la capacidad para disfrutar de las relaciones sexuales.
- No hay necesidad de hacer visitas repetidas al establecimiento de salud.
- No hay riesgo evidente para la salud a largo plazo.
- No produce cambios en el acto de eyacular.

Limitantes

- Requiere personal capacitado.
- No es efectivo en forma inmediata. Los primeros tres meses pueden haber aún espermatozoides en el semen.
- La cirugía de recanalización es difícil, costosa y no se encuentra disponible en muchos lugares.
- No protege contra ITS incluyendo VIH/SIDA.
- Antecedentes de cirugía escrotal o testicular.
- Antecedente de disfunción eréctil (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.8. OTROS METODOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA DE SALUD DE BOLIVIA

2.8.1. *Espermicidas*

Son sustancias que se introducen profundamente en la vagina, próximo al cérvix, antes de la relación sexual; actúan como un método de barrera y matan a los espermatozoides.

Se encuentran disponibles en comprimidos de espuma, supositorios derretibles o de espuma, latas de espuma presurizada, película derretible, gel y crema.

Las espumas, jaleas y cremas son efectivas tan pronto como se aplican; los óvulos deberán colocarse entre 10 a 15 minutos antes del coito (para que se disuelvan). Son eficaces durante una o dos horas. Para mejorar la efectividad pueden o deben combinarse con otro método, como el condón.

Efectividad/tasa de falla

Tiene una eficacia de 71 %. Cuando son utilizados de manera correcta en cada acto sexual, se producen cerca de 18 embarazos por cada 100 mujeres que usan espermicidas en el transcurso del primer año, es decir una efectividad de 82% (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.8.2. *Capuchón Cervical*

Se trata de un capuchón suave, de látex o goma, que recubre el cuello cervical profundamente.

Viene en diferentes tamaños; requiere de un proveedor y/o proveedora específicamente entrenado para dar instrucciones de su colocación a la usuaria.

El capuchón cervical impide al espermatozoide entrar en el cérvix; los espermicidas matan o inhabilitan al espermatozoide e impiden el contacto del espermatozoide con el óvulo.

Efectividad/tasa de falla

Tiene menos eficacia entre mujeres que tuvieron partos, cuando se lo utiliza de manera correcta en cada coito vaginal, se producen cerca de 20 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical en el transcurso del primer año.

Tiene más eficacia entre mujeres que no tuvieron partos, cuando se lo utiliza de manera correcta en cada coito vaginal, se producen cerca de 9 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical en el primer año.

Forma de uso

Colocación:

Llene un tercio del capuchón con crema, gel o espuma espermicida.

Presione el borde del capuchón alrededor del cérvix hasta que esté completamente cubierto, presionando suavemente la cúpula para aplicar succión y sellar el capuchón.

Introduzca el capuchón cervical en cualquier momento dentro de las 42 horas antes de la relación sexual.

Remoción

Deje colocado el capuchón cervical por un mínimo de seis horas después de la última eyaculación de la pareja, pero no por más de 48 horas desde la hora en que lo colocó.

Si deja el capuchón colocado por más de 48 horas puede aumentar el riesgo de síndrome de shock tóxico y puede producir mal olor y flujo vaginal.

Incline los costados del borde del capuchón para romper el sellado contra el cérvix, luego empuje el capuchón hacia abajo y fuera de la vagina (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.8.3. Píldoras de progestina sola (AOP)

Son píldoras que contienen dosis muy bajas de una progestina igual que la progesterona natural presente en la mujer.

No contienen estrógeno y por tanto se las puede utilizar durante la lactancia y son aptas para mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.

Efectividad/tasa de falla

Mujeres que amamantan: se produce aproximadamente un embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año; tiene un 99% de efectividad.

Mujeres que no están amamantando: se producen aproximadamente 3 a 10 embarazos por cada 100 mujeres que usan AOP en el primer año. Quiere decir que tiene de 90% a 97% de efectividad.

Procedimiento

Una mujer puede empezar a utilizar anticonceptivos orales con progestina sola en cualquier momento que lo desee, si existe una razonable certeza de que no está embarazada.

A partir de las seis semanas después del parto, o después de seis meses del parto, si no ha retornado la menstruación, si el proveedor y/o proveedora está razonablemente seguro de que no existe un embarazo.

No existe ninguna demora en la recuperación de la fertilidad después de interrumpir los AOP. No brinda ninguna protección contra infecciones de transmisión sexual (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.8.4. Anticonceptivo inyectable combinados

Los inyectables mensuales contienen dos hormonas, una progestina y un estrógeno igual a las hormonas naturales progesterona y estrógeno que produce el cuerpo de la mujer (los anticonceptivos orales combinados también tienen estos dos tipos de hormonas).

Efectividad/tasa de falla

La eficacia depende de la puntualidad: el mayor riesgo de embarazo es cuando la mujer se atrasa en su inyección o la omite.

Tal como se los utiliza comúnmente, se producen cerca de tres embarazos por cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales en el transcurso del primer año. Esto significa que 97 de cada 100 mujeres que usan inyectables mensuales no quedarán embarazadas.

Mecanismo de acción

- Funcionan fundamentalmente evitando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).
Causan espesamiento del moco cervical.
- Adelgazan el endometrio.

Procedimiento

El procedimiento a realizar para la administración intramuscular del inyectable hormonal mensual es el mismo que para la Depo-provera (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.8.5. Parches hormonales combinados

Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, flexible, que se adhiere a la piel.

Libera continuamente dos hormonas -una progestina y un estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer- directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.

Se usa un parche nuevo cada semana, durante tres semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa parche. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación.

Actúa fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Efectividad/tasa de falla

La eficacia depende de la usuaria: el riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer atrasa el cambio de parche.

Modo de uso

Explicar que se debe romper la bolsa de papel de aluminio a lo largo del borde.

Luego se debe retirar el parche y despegarle la capa de atrás sin tocar la superficie pegajosa.

Explicar que se lo puede aplicar en la parte superior externa del brazo, espalda, estómago, abdomen o nalgas, en un lugar que esté limpio y seco, pero no en las mamas.

Debe apretar contra su piel la parte pegajosa que tiene el medicamento durante 10 segundos.

Debe deslizar el dedo a lo largo del borde para asegurarse que se pegue.

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

Explicar que para evitar la irritación no debe aplicarse el parche nuevo en el mismo lugar de la piel donde se había puesto el parche anterior (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.8.6. Anillo vaginal combinado

Se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina.

Libera dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno producidas en el organismo de la mujer. Las hormonas se absorben a través de la pared de la vagina directamente al torrente sanguíneo.

Se mantiene el anillo colocado durante tres semanas, luego de lo cual se retira a la cuarta semana. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación.

Funciona fundamentalmente evitando la liberación de óvulos desde los ovarios (ovulación).

Efectividad/tasa de falla

La eficacia depende de la usuaria: el riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer se atrasa en comenzar con un nuevo anillo.

Efectos colaterales

Cambios en la menstruación:

- Sangrado más leve y menos días de sangrado
- Sangrado irregular
- Sangrado prolongado
- No hay menstruación
- Cefaleas, irritación, rubor, o inflamación de la vagina (vaginitis), flujo vaginal blanquecino (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.8.7. Dispositivo Intrauterino con levonorgestrel

El dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG) es un dispositivo plástico en forma de "T" que libera constantemente pequeñas cantidades de levonorgestrel cada día (Levonorgestrel es una progestina ampliamente utilizada en implantes y anticonceptivos orales).

Un proveedor o una proveedora de atención de salud específicamente entrenado lo coloca en el útero de la mujer por vía vaginal, atravesando el cuello uterino.

Funciona fundamentalmente evitando la proliferación del revestimiento del útero (endometrio).

Efectividad/tasa de falla

Menos de un embarazo por cada 100 mujeres que utilizan un DIU-LNG en el transcurso del primer año (2 por cada 1.000 mujeres), es decir tiene efectividad del 99,8%.

Más de cinco años de uso del DIU-LNG: menos de un embarazo por cada 100 mujeres (5 a 8 por cada 1.000 mujeres).

Efectos colaterales más comunes

Cambios en los patrones de sangrado:

- Ausencia de menstruación, sangrado más leve, menos días de sangrado, sangrado infrecuente o irregular.
- Acné, cefaleas, tensión y dolor mamario, y posiblemente otros efectos colaterales (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.8.8. Implante

Son pequeños cilindros o cápsulas de plástico, cada uno del tamaño de un fósforo, que liberan una progestina parecida a la progesterona natural producida por el organismo de la mujer.

Un proveedor o una proveedora específicamente entrenado realiza un procedimiento de cirugía mínima para colocar los implantes bajo la piel, en la cara interna de la parte superior del brazo de una mujer. No contiene estrógeno, por lo que se lo puede utilizar durante la lactancia y lo pueden usar mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógeno.

Hay muchos tipos de implantes, de dos cilindros, eficaz durante cinco años; de un cilindro, eficaz durante tres años; además existe un nuevo método con dos cilindros con 75 mg de levonorgestrel llamado SINO II, que dura tres años.

Mecanismo de acción

Espesamiento del mucus cervical (esto bloquea a los espermatozoides, no permitiéndoles llegar al óvulo).

Altera el ciclo menstrual, evitando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Efectividad/tasa de falla

Se trata de uno de los métodos más eficaces y de mayor duración: menos de un embarazo por cada 100 mujeres que utilizan los implantes el primer año (5 por 10.000 mujeres).

La efectividad puede variar en algunos casos dependiendo del peso de las usuarias. Es aconsejable que estas usuarias reemplacen sus implantes antes, cuando su peso está entre 70 y 80 kilogramos o más.

La recuperación de la fertilidad después de retirar los implantes es inmediata, no hay demora. No brinda ninguna protección contra las infecciones de transmisión sexual (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

2.8.9. Método Sayana Press

Sayana 104 mg/0,65ml suspensión inyectable en jeringa precargada.

Indicaciones

Sayana está indicado para la anticoncepción femenina a largo plazo. Cada inyección subcutánea impide la ovulación y proporciona protección anticonceptiva durante un mínimo de 13 semanas (+/- 1 semana). No obstante, debe tenerse en cuenta que la recuperación de la fertilidad (ovulación) puede retrasarse hasta un año.

Forma de administración

La jeringa precargada de Sayana debe agitarse con fuerza justo antes de usarse, para garantizar que la dosis administrada constituya una suspensión uniforme. El tratamiento deberá ser iniciado por un médico u otro profesional sanitario y administrarse en forma de inyección subcutánea

(SC) en la parte 2 anterior del muslo o en el abdomen. El medicamento deberá inyectarse lentamente hasta vaciar la jeringa, lo que debería llevar entre unos 5 y 7 segundos.

Contraindicaciones

El acetato de medroxiprogesterona está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al AMP o a alguno de los excipientes.

- Si existe o se sospecha un embarazo.
- En pacientes con confirmación o sospecha de cáncer de mama o de los órganos genitales.
- En pacientes con sangrado vaginal sin diagnosticar.
- En pacientes con deterioro hepático grave.
- En pacientes con enfermedad metabólica de los huesos.
- En pacientes con enfermedad trombo embolica activa y en pacientes con presencia o
- antecedentes de enfermedad cerebrovascular (Ministerio de Salud y Deportes, 2021).

3. MARCO METODOLOGICO

3.1.TIPO Y ENFOQUE DE INVESTIGACION

El presente estudio es descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo.

Descriptivo: Porque describe el nivel de aceptación y aplicación de métodos anticonceptivos en mujeres de 17 a 40 años de la Comunidad Soberanía de octubre a diciembre de la gestión 2022.

Transversal: Porque implican la recolección de datos en un solo momento o período de tiempo en que ocurre el estudio (Sampieri, 2012)

Cuantitativo: Utiliza herramientas de análisis matemático y estadístico para describir, explicar y predecir fenómenos mediante datos numéricos (Sampieri, 2012)

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

De campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (Sampieri, 2012).

3.3.POBLACION Y MUESTRA

La población fueron todas las mujeres en edad fértil de la Comunidad Soberanía, que son un total de 298 mujeres.

3.3.1. *Muestra*

Se seleccionó a las mujeres en edad fértil de 17 a 40 años de edad las cuales fueron 60 las que participaron voluntariamente y que al momento de aplicar la encuesta se encontraban en su domicilio en la Comunidad Soberanía.

3.3.2. *Criterios de inclusión*

- Mujeres en edad fértil de 17 a 40 años
- Mujeres en edad fértil de 17 a 40 años que decidieron participar voluntariamente, previo consentimiento informado.

3.3.3. *Criterios de exclusión*

- Mujeres menores de 17 años
- Mujeres con menopausia

3.3.4. *Muestreo*

No Probabilístico por voluntariado: los participantes se tomarán según su decisión voluntaria de participación en la investigación.

3.4.TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica aplicada fue la **encuesta** que es una fuente primaria la cual consiste en recopilar información, datos y comentarios por medio de una serie de preguntas específicas

El instrumento, aplicado fue un **cuestionario** dicho instrumento está planteado en orden lógico de opciones múltiples y preguntas abiertas consta de: presentación, instrucción, datos generales y específicos, contiene 10 preguntas orientadas a medir el nivel de aceptación y aplicación de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil de 17 a 40 años de edad de la Comunidad Soberanía.

3.5.PROCESAMIENTO DE DATOS

El dato es la unidad de información primaria a todos los elementos numéricos que han contribuido y se codificaron, digitaron para su procesamiento automatizado en el software Excel. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones.

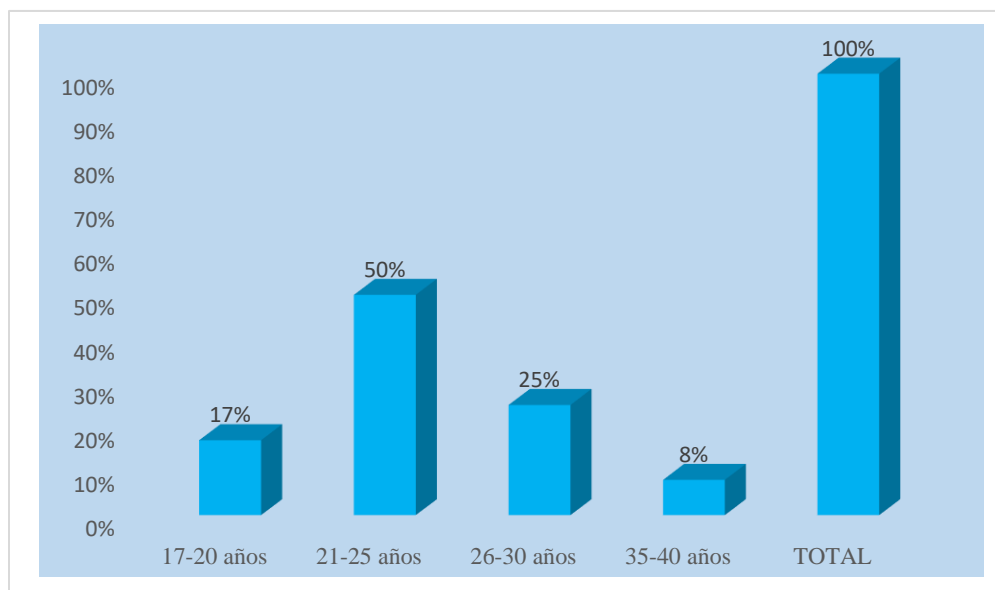
Finalmente, los resultados se presentaron en tablas estadísticas y se realizó el análisis y discusión de los mismos.

4. ANALISIS RESULTADOS

TABLA N° 1. PORCENTAJE DE EDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17-20 años	10	17%
21-25 años	30	50%
26-30 años	15	25%
35-40 años	5	8%
TOTAL	60	100%

FIGURA N° 1. PORCENTAJE DE EDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

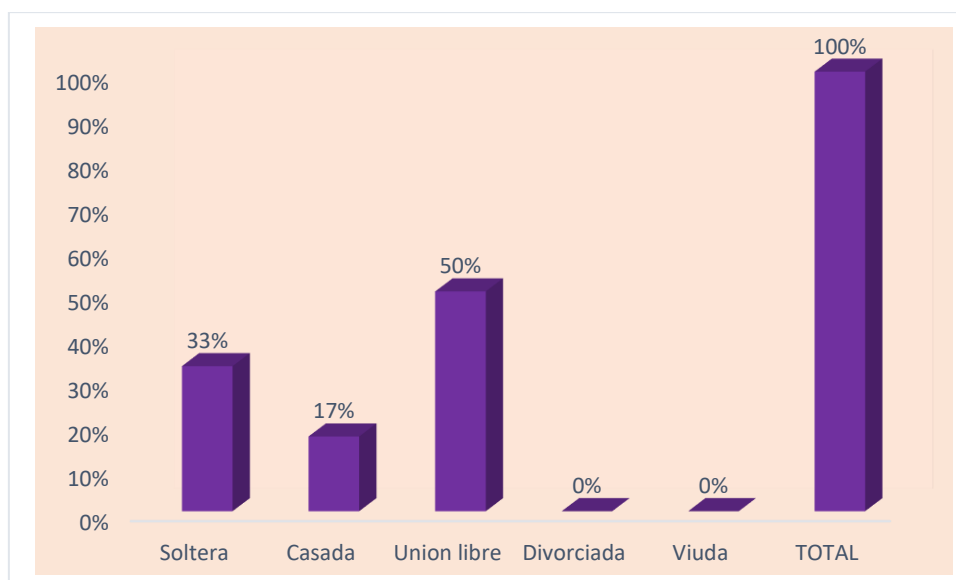


INTERPRETACION DE DATOS: El mayor porcentaje de mujeres en edad fértil fue de 50% que tenían de 21 a 25 años seguido de un 25% de 26 a 30 años, 17% tenían de 17 a 20 años y en menor porcentaje de 8% mujeres de 35 a 40 años.

TABLA N° 2. PORCENTAJE DE ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	20	33%
Casada	10	17%
Unión libre	30	50%
Divorciada	0	0%
Viuda	0	0%
TOTAL	60	100%

FIGURA N° 2. PORCENTAJE DE ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

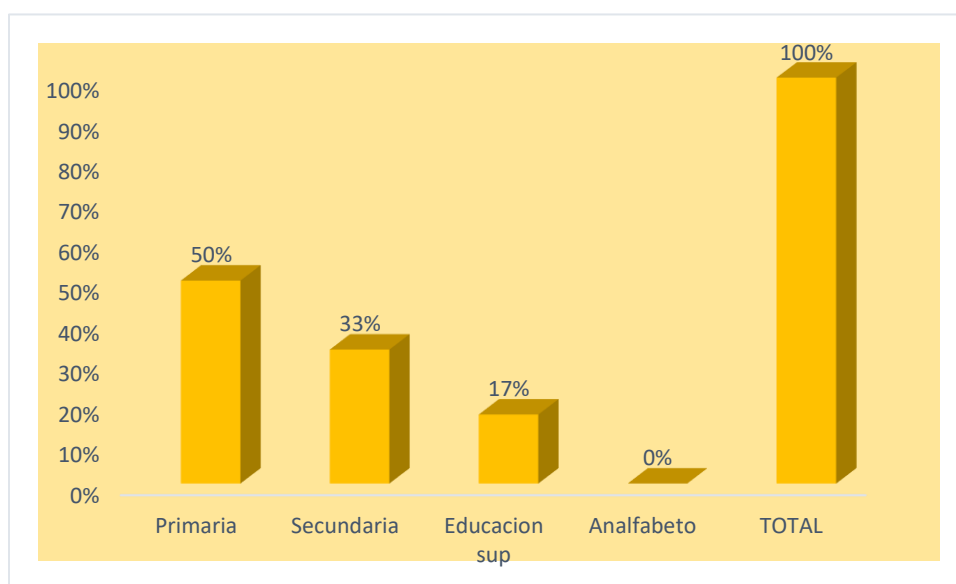


INTERPRETACION DE DATOS: Se puede observar que en un 50% de las mujeres en edad fértil viven en unión libre, 33% soltera, un 17% están casadas y 0% de divorciadas y viudas.

TABLA N° 3. PORCENTAJE DE NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	30	50%
Secundaria	20	33%
Educación sup	10	17%
Analfabeto	0	0%
TOTAL	60	100%

FIGURA N° 3. PORCENTAJE DE NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

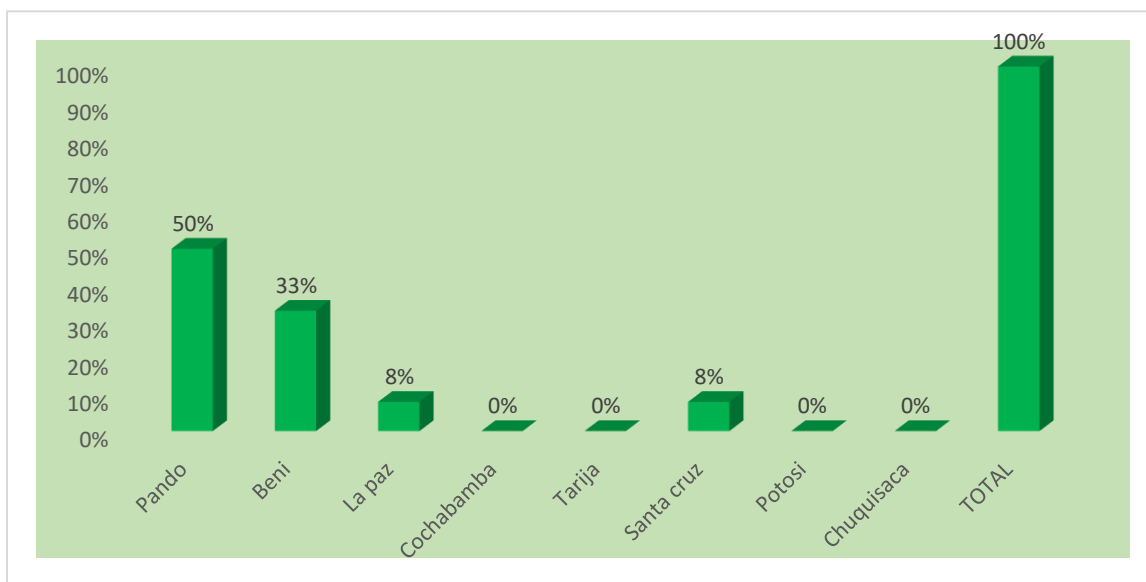


INTERPRETACION DE DATOS: El 50% de las mujeres en edad fértil culminaron el grado de primaria, un 33% culminó la secundaria, 17% tiene grado de educación superior y con un 3% el grado básico.

TABLA N° 4. PORCENTAJE DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pando	30	50%
Beni	20	33%
La paz	5	8%
Cochabamba	0	0%
Tarija	0	0%
Santa cruz	5	8%
Potosí	0	0%
Chuquisaca	0	0%
TOTAL	60	100%

FIGURA N° 4. PORCENTAJE DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

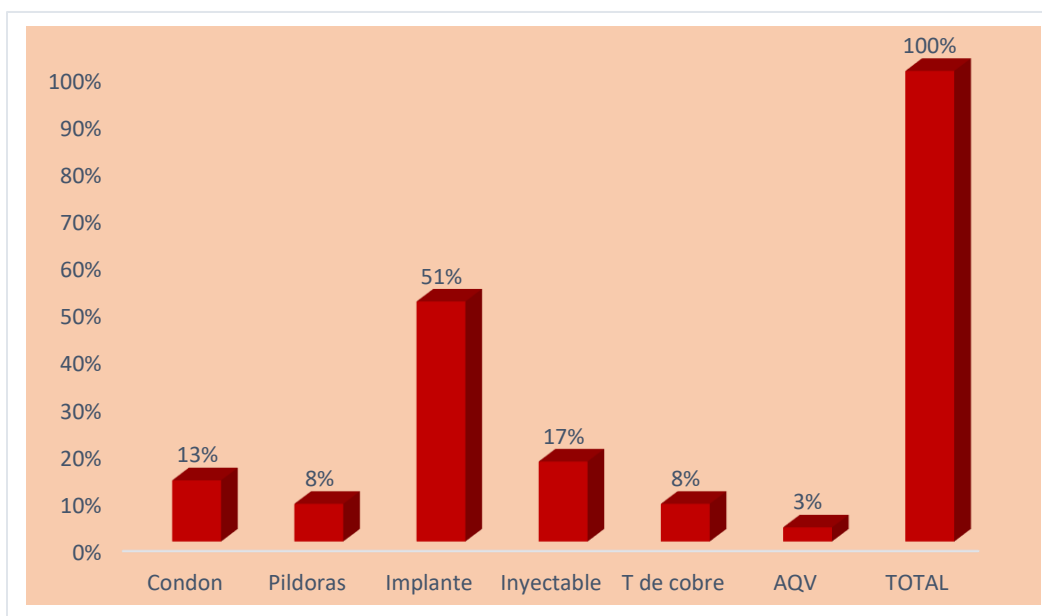


INTERPRETACION DE DATOS: De las encuestas realizadas se puede observar en los resultados que la mayoría de mujeres en edad fértil son de procedencia de Pando con 50%, seguido de Beni con 33%, La paz 8%, Santa Cruz 8% y por ultimo Cochabamba, Tarija, Potosí y Chuquisaca con 0%.

TABLA N° 5. PORCENTAJE DE METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS POR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Condón	8	13%
Píldoras	5	8%
Implante	30	50%
Inyectable	10	17%
T de cobre	5	8%
AQV	2	3%
TOTAL	60	100%

FIGURA N° 5. PORCENTAJE DE METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS POR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

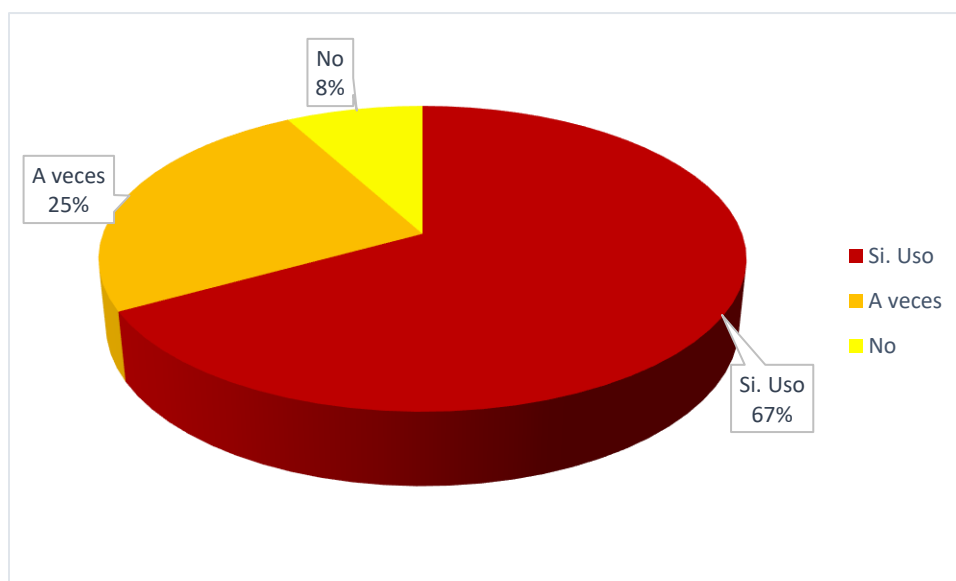


INTERPRETACION DE DATOS: El método más conocido por las mujeres en edad fértil es el implante en un 51% seguido del inyectable 17%, condón 13%, píldoras 8%, T de cobre 8% y el AQV en un 3%.

TABLA N° 6. PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE USAN ACTUALMENTE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si. Uso	40	67%
A veces	15	25%
No	5	8%
TOTAL	60	100%

FIGURA N° 6. PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE USAN ACTUALMENTE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO

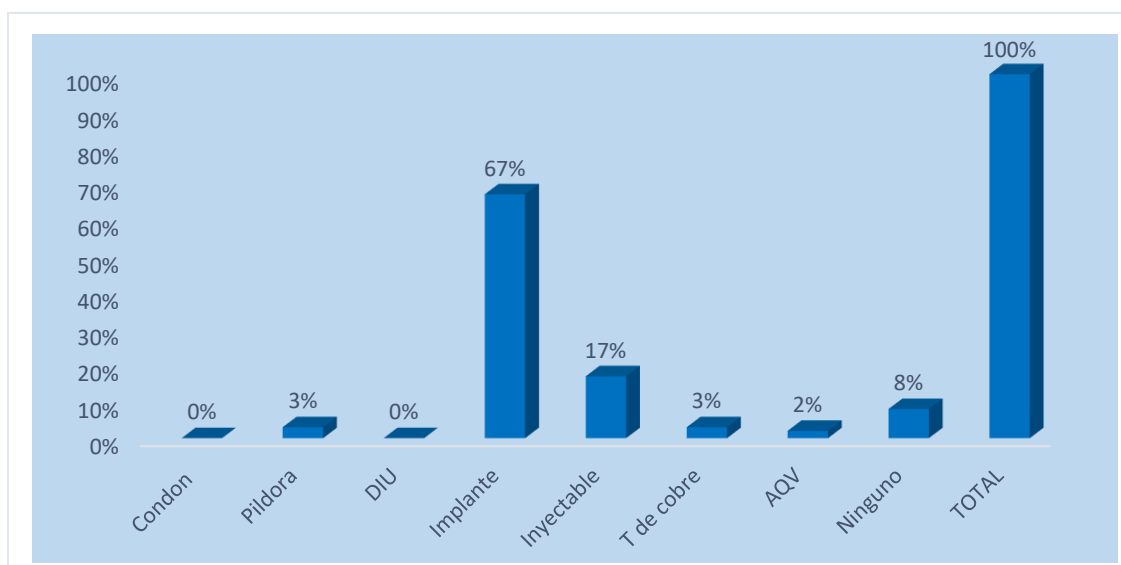


INTERPRETACION DE DATOS: las mujeres que usan actualmente algún método anticonceptivo fueron un total de 67%, un 25% usa a veces y un 8% nunca uso.

TABLA N° 7. PORCENTAJE SOBRE EL METODO ANTICONCEPTIVO QUE USAN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Condón	0	0%
Píldora	2	3%
DIU	0	0%
Implante	40	67%
Inyectable	10	17%
T de cobre	2	3%
AQV	1	2%
Ninguno	5	8%
TOTAL	60	100%

FIGURA N° 7. PORCENTAJE SOBRE EL METODO ANTICONCEPTIVO QUE USAN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

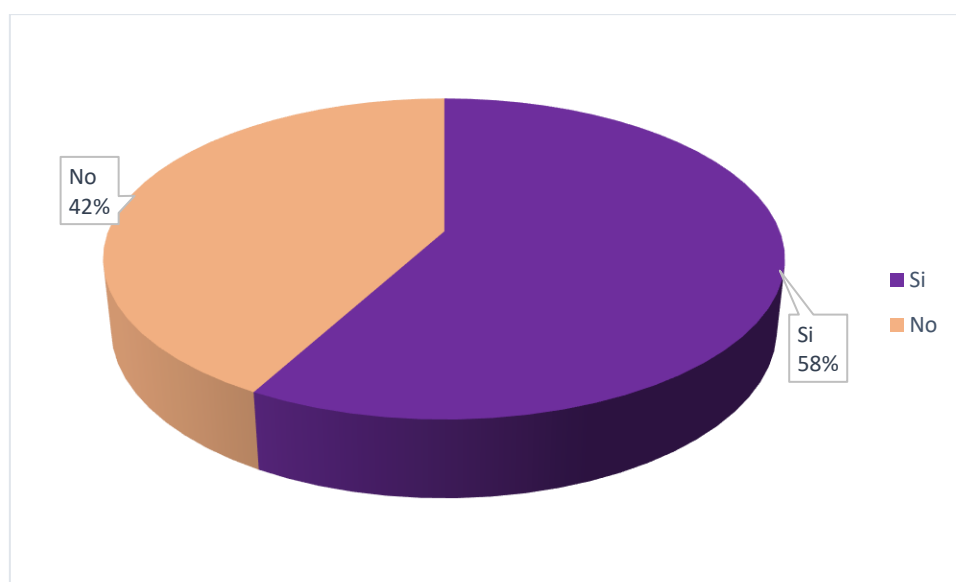


INTERPRETACION DE DATOS: Podemos observar que el método anticonceptivo más usado por las mujeres de la Comunidad Soberanía es el implante con 67%, seguido del inyectable con un 17%, T de cobre 3%, píldora 3%, AQV 2%; y los que no usan fueron el condón y el DIU con 0% y con un 8% son las que no usan ningún método anticonceptivo.

TABLA N° 8. PORCENTAJE DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL QUE RECIBIERON ALGUNA VEZ INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	35	58%
No	25	42%
TOTAL	60	100%

FIGURA N° 8. PORCENTAJE DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL QUE RECIBIERON ALGUNA VEZ INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

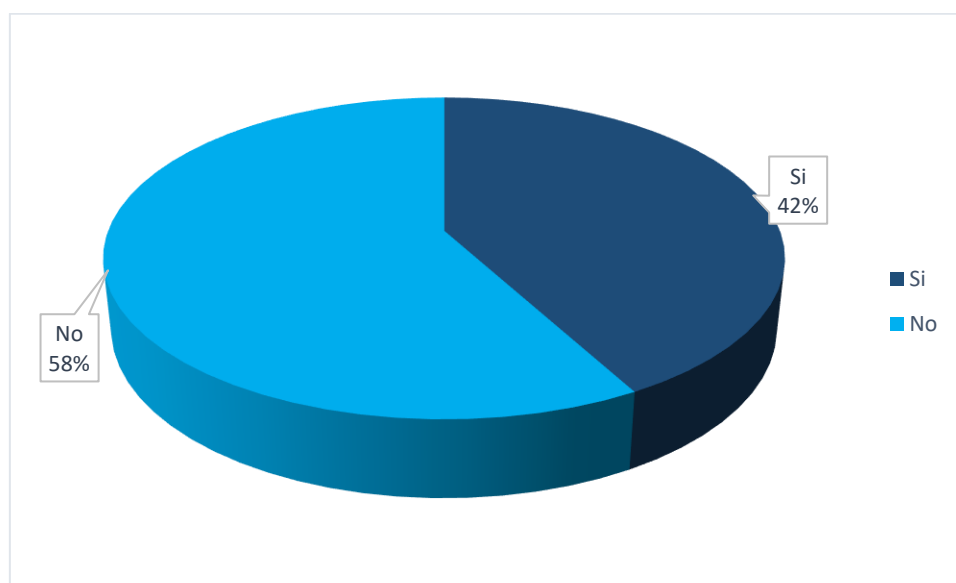


INTERPRETACION DE DATOS: Se puede apreciar que un 58% de las mujeres en edad fértil recibieron alguna vez información y en un 42% no recibió información.

TABLA N° 9. PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD PARA REALIZAR SU PLANIFICACION FAMILIAR

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	25	42%
No	35	58%
TOTAL	60	100%

FIGURA N° 9. PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD PARA REALIZAR SU PLANIFICACION FAMILIAR



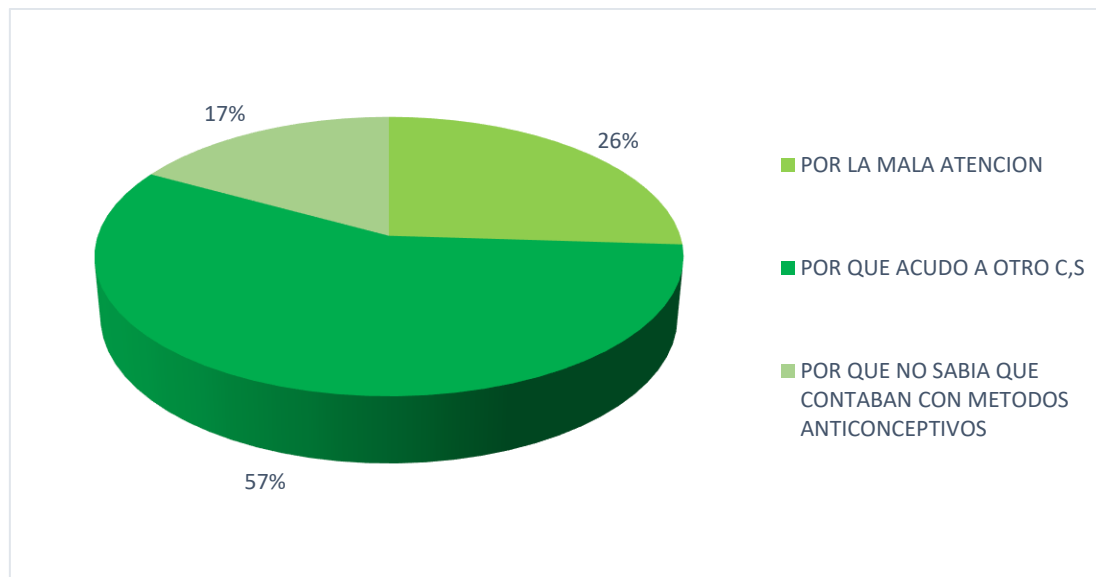
INTERPRETACION DE DATOS: En este grafico se puede evidenciar que un 58% no acuden al Puesto de Salud para realizar su planificación familiar y un 42% si acude al Puesto de Salud Soberanía.

Las mujeres que no acuden al P.S. Soberanía realizan su planificación familiar en otros C, S u otros motivos que se dan a conocer en la figura N°10.

TABLA N° 10. PORCENTAJE DE MUJERES QUE TIENEN SU MOTIVO POR EL CUAL NO ACUDE AL PUESTO DE SALUD PARA REALIZAR SU PLANIFICACION FAMILIAR

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Por la mala atención	9	26%
Por qué acudo a otro C,S	20	57%
Por qué no sabía que contaban con métodos anticonceptivos	6	17%
TOTAL	35	100%

FIGURA N° 10. PORCENTAJE DE MUJERES QUE TIENEN SU MOTIVO POR EL CUAL NO ACUDE AL PUESTO DE SALUD PARA REALIZAR SU PLANIFICACION FAMILIAR



INTERPRETACION DE DATOS: Se refleja en los resultados que un 57% acude a otro Centro de Salud, el 26% no acude por la mala atención y el 17% no sabían que el P, Salud contaba con métodos anticonceptivos.

5. CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis de los resultados llegamos a las siguientes conclusiones:

- En relación a los datos sociodemográficos encontrados hay un porcentaje mayor de mujeres en edad fértil de 21 a 25 años con un 50%, un 25% están entre 26 a 30 años y un 17% tienen de 17 a 20 años y en menor porcentaje de 8% mujeres de 35 a 40 años; En cuanto al estado civil un 50% de las mujeres en edad fértil viven en unión libre, 33% soltera, un 17% están casadas; Según el grado de escolaridad un 50% de las mujeres en edad fértil culminaron la primaria, un 33% llegó a la secundaria, 17% tiene grado de educación superior; Sobre la procedencia se evidenció que la mayoría de mujeres en edad fértil son del departamento Pando con el 50%, seguido de Beni con 33%, La paz 8%, Santa Cruz 8%.
- Respecto a la información que tienen las mujeres en edad fértil de 17 a 40 años sobre planificación familiar un 58% tiene información al respecto y el 42% no ha recibido información sobre dicho tema y las que acuden al Puesto de Salud Soberanía para realizar su planificación familiar son un total de 42% y un 58% no acude.
- Se llegó a determinar que los métodos anticonceptivos más conocidos por las mujeres de la Comunidad Soberanía fueron el implante con 50%, el inyectable con 17%, el condón 13%; siendo el menos conocido el AQV con 2%; y las que usan actualmente un método anticonceptivo son un total de 67%, un 25% indicó que lo usa a veces y un 8% no utiliza; los métodos anticonceptivos más usados por ellas mismas son el Implante en un 67% seguido del inyectable con 17% y de menor uso fueron las píldoras, T de cobre y el AQV.
- ❖ En respuesta a la pregunta de investigación el nivel de aceptación y aplicación de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil de la Comunidad Soberanía es positivo con un 67%; el dato que llama la atención es el nivel bajo de mujeres que acuden al Puesto de Salud con un 42% y un 58% no acude por diferentes motivos.

6. RECOMENDACIONES

Los resultados del presente estudio nos permiten recomendar:

- ✓ Se recomienda al personal del establecimiento de salud, fortalecer los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de la Comunidad Soberanía; El fortalecimiento debe ser sobre los beneficios del uso de métodos anticonceptivos, El modo de uso de cada método anticonceptivo y sus características de los mismos.
- ✓ Reforzar la promoción sobre los métodos anticonceptivos a las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Soberanía.
- ✓ El personal de salud debe participar de forma más activa en las capacitaciones para así poder multiplicar los conocimientos sobre dicho tema.
- ✓ Se recomienda mejorar la calidad de atención para que la población mantenga la seguridad y confianza de asistir al Puesto de Salud para ser atendida(o).

7. BIBLIOGRAFÍA

- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017). *DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS, LOS MÁS HUMANOS DE*. La Paz, Bolivia: PRESENCIA S.R.L. Obtenido de <https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/derechos-Los-mas-humanos-de-los-derechos.pdf>
- Almeyda, A. A. (2014). *USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN JÓVENES DESDE UNA VISIÓN DESDE LA EDUCACIÓN*. NEZAHUALCÓYOTL, MÉXICO. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66673/2014%2C%20AYALA%2C%20METODOS%20ANTICONCEPTIVOS-split-merge.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Álvarez, J. M. (2016). *CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS DE LAS MUJERES INDIGENAS*. UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES, La paz. Obtenido de <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/15555/J.M.TORDOYAALVA REZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bolivia, Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas en. (2022). *Evaluacion del programa de pais del UNFPA en Bolivia*. La Paz, La Paz. Obtenido de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/2022-03/Bolivia%20INFORME%20DE%20EVALUACION%20UNFPA%20final%20version.pdf>
- Bolivia, O. d. (2024). *Objetivos de Desarrollo Sostenible en Bolivia*. La Paz. Obtenido de <https://bolivia.un.org/es/sdgs>
- Díaz, J. D. (2014). *USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES DE EDAD FERTIL. COMARCA NEJAPA- MUNICIPIO DE MANAGUA ENERO-OCTUBRE 2014*. Nicaragua. Obtenido de <https://docplayer.es/amp/68731116-Uso-de-metodos-anticonceptivos-en-mujeres-de-edad-fertil-comarca-nejapa-municipio-de-managua-enero-octubre-2014.html>
- Escalona, M. L. (2017). *Intervención educativa sobre planificación familiar en mujeres en edad fértil. Consultorio La Esperanza. Policlínico Buenaventura. Enero- diciembre 2017*. Buenaventura. Obtenido de <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=730>
- Instituto Nacional de Estadística (2016). *Estudio Tematico de Salud Sexual y Reproductiva*. La Paz. Obtenido de <https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Tem%C3%A1tico%20de%20Salud%20Sexual%20%281%29.pdf>

- Ministerio de Salud. (2018). *Cartilla de salud sexual y reproductiva*. La paz. Obtenido de <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/cartilla-de-salud-sexual-y-salud-reproductiva.pdf>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2012). *NORMA NACIONAL REGLAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ANTICONCEPCION*. La Paz, Bolivia. Obtenido de https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/NORMA%20NACIONAL%20REGLAS%20PROTOCOLOS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20EN%20ANTICON.pdf
- Organizacion Mundial de la Salud. (2023). *Anticoncepcion*. Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/contraception#tab=tab_1
- Oswaldo Díaz . Jorge Díaz , Jorge Mendoza . (2014). *USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES DE EDAD FERTIL. COMARCA NEJAPA-MUNICIPIO DE MANAGUA ENERO-OCTUBRE 2014*. Nicaragua. Obtenido de <https://docplayer.es/amp/68731116-Uso-de-metodos-anticonceptivos-en-mujeres-de-edad-fertil-comarca-nejapa-municipio-de-managua-enero-octubre-2014.html>
- Sampieri, R. (2012). *Metodologia de la investigacion*. Obtenido de <http://metodos-comunicacion.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/219/2014/04/Hernandez-Sampieri-Cap-1.pdf>
- Sumba, R., & De Jesús, M. (2016). *Conocimientos, actitudes y prácticas en planificación familiar de los usuarios del Centro de Salud Tarqui. Cuenca 2016*. Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26435>

8. ANEXOS

CUESTIONARIO DE ACEPTACION Y APLICACIÓN DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES DE EDAD FERTIL DE LA COMUNIDAD SOBERANIA

Nombre y Apellido:

1.- Edad

- a) 17-20 ()
- b) 21-25 ()
- c) 26-30 ()
- d) 31-35 ()
- e) 36-40 ()

2.- Estado civil

- a) Soltera ()
- b) Casada ()
- c) Unión libre ()
- d) Divorciada ()
- e) Viuda ()

3.- Nivel de escolaridad

- a) Básico ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Educación superior ()
- e) Analfabeto ()

4.- Procedencia

- a) Pando ()
- b) Beni ()
- c) La paz ()
- d) Cochabamba ()
- e) Tarija ()

- f) Santa cruz ()
- g) Potosí ()
- h) Chuquisaca ()

5.- ¿Qué método anticonceptivo conoce?

- a) Condón ()
- b) Píldoras ()
- c) Diu ()
- d) Implante ()
- e) Inyectables ()
- f) T de cobre ()
- g) Natural ()
- h) AQV()

6.- ¿Usted usa actualmente algún método anticonceptivo?

R.-

7.- ¿Cuál es el método anticonceptivo que usa?

R.-

8.- ¿Recibió alguna vez información sobre planificación familiar?

- a) Si
- b) No

9.- ¿Usted acude al puesto de Salud para realizar su planificación familiar?

- a) Si
- b) No

10.- Motivo por el cual no acude al puesto de salud para realizar su planificación familiar

R.-

Consentimiento informado

Mediante el presente yo _____ comunaria de Soberanía, estoy enterado(a) que la Interna Sandra Aruquipa Vasquez realizará una investigación en el cual se pretende averiguar la aceptación y aplicación de métodos anticonceptivos.

Es de mi conocimiento que se realizara un cuestionario a las mujeres en edad fértil de 17 a 40 años y los resultados del estudio serán parte de la investigación para una monografía.

Al firmar este documento doy mi autorización para colaborar en dicha investigación, ya que se me ha notificado que mi participación es voluntaria, anónima y sin riesgo alguno para su salud y son libres de decidir si desean responderlo o no, y pueden retirarse en el momento que lo deseen.

Nombre y Firma

CARTA

Soberanía 27 de diciembre de 2022

Dirigido:

A: Jesús Cortez Moreno

PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD DE SOBERANIA

De: Sandra Aruquipa Vásquez

INTERNA DE ENFERMERIA UAP

Presente.-

**REF: SOLICITUD PARA REALIZAR ENCUESTA SOBRE PLANIFICACION
FAMILIAR EN MUJERES DE LA COMUNIDAD SOBERANIA**

Mediante la presente me es grato dirigirme a su autoridad, deseándole éxito en sus funciones que desempeña, el motivo de la presente es para solicitarle realizar una encuesta sobre planificación familiar en mujeres de la comunidad de Soberanía, ya que es un tema de salud importante, los datos obtenidos se usara solo para realizar mi trabajo de investigación sobre “Planificación familiar”, para posteriormente aplicar acciones de prevención y promoción de la salud sobre dicho tema.

Sin otro particular, me despido de su autoridad con las atenciones más distinguidas.

Atentamente

Sandra Aruquipa Vasquez

INTERNA DE ENFERMERIA UAP

FOTOS

Puesto de Salud Soberanía



Mujeres en edad fértil que acudieron al Puesto de Salud Soberanía a la charla educativa sobre los métodos anticonceptivos



Fotos realizando la encuesta a mujeres



