

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MÉDICA**



**“FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MÉTODOS DE  
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN USUARIAS DEL HOSPITAL  
BÁSICO DE SUCÚA, SUCÚA 2018 – 2019”**

**AUTORA: VERÓNICA MICHELLE FAJARDO CAMPOVERDE**

**DIRECTORA: KATHERINE SALAZAR**

**ASESORA: KATHERINE SALAZAR**

**CUENCA – ECUADOR**

**AÑO 2019**

## DEDICATORIA

A mi madre Luisa Campoverde por apoyarme durante toda mi vida, pero sobretodo en este viaje de carrera universitaria, me ha dado aliento cada vez que he querido rendirme, por darme la mano cuando tropezaba ante una piedra, por darme ese amor tan inmenso que con un abrazo borraba mis lágrimas por alguna derrota, por darme esa fortaleza cuando más lo necesitaba, por darme el ejemplo de perseverancia para poder conseguir y alcanzar todo lo que me propusiera a futuro, porque veía en ella el ejemplo de lucha ante una vida dura e injusta y por enseñarme a como ser esa mujer emprendedora y empoderada que me demostró ser al no rendirse ante nada aunque estuviera sola.

A mi padre Aurelio Fajardo por darme ese apoyo incondicional, por transmitirme esos sabios consejos que ha ido aprendiendo a través de una vida difícil, de encaminarme a seguir todos mis sueños sin importar qué, porque él creía en mí, por ayudarme cada vez que decidía rendirme y dejar todo atrás, por hacerme reír y ver la vida de otra manera cuando lo sentía todo perdido y por ser ese padre al que no le importaba nada con tal de verme feliz y realizada.

A mis hermanos y sobrino, que aunque algunos de ellos no están presentes, desde la distancia siempre he sentido su fe y apoyo hacia mí, y a mi hermano Boris Fajardo que aunque no pude conocerlo mucho siempre está en mi corazón y en mi mente.

A mis tías de parte materna que más que eso, son para mí unas madres que se preocupan y velan por mí, por apoyarme y darme consejos cuando mis padres no podían estar a mi lado y darme ese amor que me ha inspirado a seguir adelante en esta carrera. A mis abuelos de parte materna porque aunque no estén conmigo físicamente, sé que les hubiese encantado acompañarme en este largo sendero para apoyarme y guiarme como lo hicieron a lo largo de mi vida, sé que desde el cielo estarán orgullosos por verme en lo que me he convertido, este logro, es para ustedes. Por último a mi mascota Barbitas que es parte de la familia y aunque él no lo sabe su compañía ha sido vital para mí.

Michelle Fajardo Campoverde

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer en primera instancia a Dios y a la Virgen María por ser los padres celestiales que guiaran mi camino para llegar a ser la persona de bien que ahora me he convertido.

A mis padres por ser ese pilar fundamental en el cual me he apoyado para poder seguir adelante y no rendirme ante nada ni nadie y por inculcarme valores y bondad con los que en un futuro podré transmitir a mis pacientes.

A mi familia porque para mí, la familia es lo primero, porque gracias a ellas/os he aprendido a ser fuerte ante los obstáculos que se me presenten en mi camino y que gracias al amor fraternal todo se puede lograr.

A las autoridades y personal que conforman la Facultad de Salud y Bienestar por haberme permitido formarme profesionalmente y enseñarme todos sus conocimientos para que pudiera seguir en este largo camino de mi carrera profesional.

A las autoridades y personal de salud del Hospital Básico de Sucúa por haberme abierto sus puertas para poder aprender y defenderme en el ámbito profesional en el futuro y por ser parte de mi formación profesional.

A mis amistades que sin importar distancia siempre de una u otra manera han estado para mí, apoyándome para no rendirme jamás.

Finalmente a todas aquellas personas que a lo largo de mi vida he ido conociendo y han formado parte de mí y de esta larga travesía llamada vida.

Michelle Fajardo Campoverde



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

## **AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Yo, Verónica Michelle Fajardo Campoverde, con cédula de identidad número 0104105705, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de “FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN USUARIAS DEL HOSPITAL BÁSICO DE SUCÚA, SUCÚA 2018 – 2019”, de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 27 de junio de 2019

---

**Michelle Fajardo Campoverde**  
**C.I.: 0104105705**



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

## **AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

### **CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL**

Yo, Verónica Michelle Fajardo Campoverde, con cédula de identidad número 0104105705, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de "FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN USUARIAS DEL HOSPITAL BÁSICO DE SUCÚA, SUCÚA 2018 – 2019", de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 27 de junio de 2019

**Michelle Fajardo Campoverde**  
C.I.: 0104105705



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

## **CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL**

Yo, Verónica Michelle Fajardo Campoverde, autor del trabajo de titulación “FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN USUARIAS DEL HOSPITAL BÁSICO DE SUCÚA, SUCÚA 2018 – 2019”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 27 de junio de 2019

---

**Michelle Fajardo Campoverde**  
**C.I.: 0104105705**

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.....	4
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	5
RESUMEN.....	9
CAPÍTULO I.....	10
1.1 INTRODUCCIÓN.....	10
1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
CAPÍTULO II.....	15
2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	15
2.1.1 ANTECEDENTES.....	15
2.1.2 BASES TEÓRICAS CIENTÍFICAS.....	16
2.1.2.1 Conceptos generales.....	16
2.1.2.2 Tipos.....	16
2.1.2.3 Temporales.....	17
2.1.2.3.1 Hormonales.....	17
2.1.2.3.2 Dispositivos Intrauterinos.....	25
2.1.2.3.3 De Barrera.....	26
2.1.2.3.4 Naturales.....	28
2.1.2.4 Definitivos.....	29
2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	30
2.3 HIPÓTESIS.....	30
CAPÍTULO III.....	31
3.1 OBJETIVOS.....	31
3.1.1 OBJETIVO GENERAL.....	31
3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
CAPÍTULO IV.....	32
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
4.1.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	32

4.1.1.1 Tipo de estudio.....	32
4.1.1.2 Área de investigación .....	32
4.1.1.3 Universo de estudio .....	32
4.1.1.4 Selección y tamaño de la Muestra .....	32
4.1.1.5 Unidad de Análisis y Observación .....	33
4.1.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	33
4.1.2.1 Criterios de inclusión.....	33
4.1.2.2 Criterios de exclusión.....	33
4.1.3 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..	33
4.1.3.1 Procedimientos para la recolección de la información y descripción de instrumentos a utilizar .....	33
4.1.4 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS .....	34
4.1.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	35
4.1.5.1 Operacionalización de las variables .....	36
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>38</b>
<b>5.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
5.1.1 Análisis de las variables sociodemográficas.....	38
5.1.1.1 Análisis de las variables obstétricas .....	40
5.1.2 Análisis de las variables de métodos anticonceptivos.....	41
5.1.3 Análisis bivariado de las variables uso de métodos anticonceptivos y edad, estado civil, nivel de instrucción y paridad.....	51
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>53</b>
<b>6.1 DISCUSIÓN.....</b>	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>57</b>
<b>7.1 CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>57</b>
7.1.1 CONCLUSIONES .....	57
7.1.2 RECOMENDACIONES .....	59
7.1.3 BIBLIOGRAFÍA.....	60
<b>ANEXOS .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO. ....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO 2: ENCUESTA.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. ....</b>	<b>77</b>

**ANEXO 4: PRESUPUESTO..... 78**

## RESUMEN

**Antecedentes:** a pesar de que se ha incrementado charlas y concientización sobre el uso de métodos anticonceptivos, existe un alto índice de usuarias que no utilizan, quedando embarazadas.

**Objetivo:** determinar los factores asociados al uso de métodos de planificación familiar en maternas del Hospital Básico de Sucúa, Sucúa 2018 - 2019.

**Metodología:** es un estudio analítico, descriptivo y de corte transversal. La muestra es de 297, se utilizó el programa epiinfo. Se aplicará un cuestionario validado, y los resultados se presentarán: variables cuantitativas por tablas de desviación estándar y media aritmética, variables cualitativas por frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** Las edades oscilaban entre 15 a 25 años, la media de talla es de 151 cms, 61 kg, e IMC de 26,3. Nivel socioeconómico medio bajo, estado civil: unión libre, procedencia y residencia urbana. Predomina la etnia shuar, nivel de instrucción primaria y ocupación ama de casa. Las pacientes presentan una media de 2 gestas e hijos, la media del IVSA es de 16 años, la mayoría de ellas han utilizado anticonceptivos con una preferencia a implantes, presentando varias molestias llevando así a no continuar con ellos. El nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos y planificación familiar que se evidenció fue que existe un déficit en el tema.

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes utilizan anticonceptivos, siendo el más utilizado el implante. Las menores de 20 años, solteras, nivel de instrucción inferior y nulíparas son un factor de riesgo para no usar anticonceptivos.

**Palabras Claves:** factores asociados, métodos de planificación familiar.

## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

Pereira y Taquette, en el año 2013, en su estudio experimental realizado en Brasil en 109 adolescentes, 32,1% nos indica que no se ha utilizado correctamente el método de planificación familiar, ya sea por olvido de la paciente o por no tener interés para continuar con el tratamiento, de todos los pacientes que se tomaron en cuenta para el estudio, el 17,9% no tenían pareja en ese momento, por lo que fue una razón para no continuar con los anticonceptivos, algunas jóvenes presentaron efectos secundarios como náuseas y vómitos la cual fue una decisión para dejar de utilizar el método. En el estudio se reportó el 10,7% que estaban embarazadas, el 7,1% siendo la razón el no saber utilizar el anticonceptivo, y el 3,6% porque planificaron tener hijos en el tercer mes del uso del método (39).

Sánchez, en el año 2016, en su estudio por modelación Probit realizado en Costa Rica, nos indica que el método que más ha sido utilizado durante los últimos años es el de esterilización quirúrgica femenina (ligadura de trompas), notando el incremento del 14% en el año 1978 al 27,3% en el año 2011; en cambio la utilización de la pastilla anticonceptiva y el condón masculino se ha mantenido; es decir, no ha incrementado, durante los años descritos anteriormente, aproximadamente un 20% y un 10% respectivamente. A pesar de que en el país de Costa Rica ha avanzado considerablemente la utilización de métodos de planificación familiar, los embarazos a temprana edad siguen existiendo, siendo éste el rango entre las edades de 20 a 24 años (1).

Fetis, en el año 2015, en su estudio transversal realizado en Chile, el 37% de la muestra de estudiantes indica que han utilizado alguna vez un método de planificación familiar al inicio de su vida sexual activa, siendo de preferencia la utilización del condón y pastillas anticonceptivas. Seguido de los métodos naturales como el coito interrumpido, método del calendario, temperatura basal y el método de Billings, con respecto a dispositivos se ha observado el intrauterino. El conocimiento de los estudiantes frente a los anticonceptivos ha sido adquirido en su mayoría de las amistades, padres y catedráticos, en menor porcentaje indican que

ha sido por medio de la televisión, otros como revistas, libros. Además refieren obtener información en centros de salud y por la radio. Otros indican que su conocimiento ha sido obtenido por la iglesia e internet pero este resultado ha sido en porcentajes casi nulos. El mayor conocimiento sobre métodos de planificación familiar de los jóvenes que participaron en el estudio ha sido de las pastillas, esterilización, condones e inyectables. El 51,2% de los participantes que tienen una vida sexual activa utilizan en la actualidad anticonceptivos. El 96,8% de la muestra de estudiantes sabe las razones por las que se debe utilizar los anticonceptivos, refiriendo que son para evitar enfermedades de transmisión sexual, abortos y sobretodo embarazos no deseados. Los participantes que no han utilizado métodos anticonceptivos han referido por varias causas, con mayor porcentaje han sido: “relaciones sexuales imprevistas” con un 51,6%, “no se les ocurrió” con un 26,2%, falta de diálogo con su pareja con un 21,4%, creencia de que su pareja no va a quedar embarazada con un 16,4%, el tabú de la vergüenza ante ir a una farmacia o centros de salud y no tener dinero para su adquisición con un 10,7% (41).

Guamba, en el año 2016, en su estudio transversal realizado en el Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) indicaron los resultados de demografía y salud sexual y reproductiva de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) representaban que durante el período de 1975 a 1979, mujeres en edad fértil (15 a 45 años) tenía una media de 5,4 hijos por cada una, el período comprendido entre 2007 a 2012 ha ido disminuyendo a una media de 3 hijos por cada mujer en edad fértil. Estas cifras se han obtenido de las zonas rurales como urbanas. La tasa de fecundidad con menor porcentaje se encuentra en las provincias de El Oro, Chimborazo, Tungurahua, Cotopaxi y Galápagos. Sin embargo, en la provincia de Morona Santiago es la que mayor tasa de fecundidad presenta con una media de 5,5 hijos por cada mujer. Los rangos entre 15 a 19 años (adolescentes) existió un aumento de un 11% en el período entre 1999 a 2004 y entre los años 2007 a 2012. Con respecto a los métodos de planificación familiar el estudio indica que el método con mayor utilidad para evitar embarazos en la ligadura de trompas (esterilización quirúrgica) con un 8% entre los años 2004 al 2012, el 5% han incrementado el implante y los inyectables. El dispositivo intrauterino (DIU), las pastillas y el método del ritmo han disminuido notablemente (40).

### 1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alrededor del mundo a pesar del incremento de conocimientos acerca de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, al igual que los derechos e igualdad del género, hay un alto número de mujeres con embarazos no deseados, una de las principales razones es dejar de utilizar métodos de anticoncepción (34)(43).

La razón por la que se deja de utilizar los métodos de planificación familiar es la falta de seriedad ante el mismo por varias razones entre las cuales tenemos: relación de pareja, nivel socioeconómico de la persona, edad, la cultura es un factor muy importante en nuestro medio, efectos secundarios de los contraceptivos, información recibida por cualquier medio, entre otros (33)(35).

Las razones descritas anteriormente no dejan que las mujeres de nuestra sociedad puedan planificar y programar cuántos hijos y cuándo tenerlos, por lo que les impide desarrollarse en el ámbito tanto profesional como personal. Es casi imposible que la mujer encuentre un método de planificación familiar con el que se sienta cómoda y esta es la razón por la que acudir a centros de salud es importante para evitar el abandono de ellos (43).

Existen varias causas por la que las mujeres abandonan los anticonceptivos, no es solamente el tipo de método que utiliza, sino también los efectos adversos, vía de administración o aplicación, mala información adquirida por algunos profesionales de la salud (42).

La planificación familiar es importante porque nos ayuda a entender sobre el tiempo que se debe esperar de un embarazo a otro, posponiendo en maternas que tienen riesgo mayor de muertes por embarazos tempranos; es decir, este nos ayuda a la disminución del porcentaje de muertes maternas en unidades de salud (36).

También nos ayuda a evitar embarazos que no han sido planificados, incluyendo a las mujeres con edades mayores de 45 años, para quienes son un factor de riesgo importante. Además ayuda a las mujeres a decidir cuántos hijos desean tener durante su vida, hay estudios que comprueban que existen altos índices de muertes maternas en mujeres que han presentado más de cuatro gestas (42).

En la zona rural hay un alto índice de muertes maternas y perinatal, en cambio en la zona urbana su porcentaje es menor, esto nos dice que en las zonas rurales de los países tienen mayor frecuencia de factores de riesgo, podemos decir que el machismo y la cultura de cada región es un indicador importante de que las mujeres tengan más de 5 gestas, por lo que es evidente que los maridos no dejan que las mujeres utilicen métodos de anticoncepción, su cultura es tan cerrada que no solo no utilizan anticonceptivos si no que no asisten a centros de salud para los controles prenatales (29).

El objetivo de realizar planificación familiar es de dar calidad en la salud de las maternas, hijos/as y por ende familiares. Por lo que los centros de salud tienen medidas preventivas como: reducción de los miembros de familia, programar la cantidad de hijos y dejar un período prudente entre embarazo y embarazo (29).

La planificación familiar es un beneficio tanto para las mujeres como para las familias alrededor del mundo al dejar que planifiquen cuántos miembros de familia quieren tener, el período de tiempo entre parto y parto, queriendo lograr el objetivo principal de disminuir la pobreza en cada país y así cada hogar se pueda sustentar para educación y salud, que es lo primordial en cada uno de nosotros (29).

### **1.1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores asociados al uso de métodos de planificación familiar en maternas del Hospital Básico de Sucúa, Sucúa 2018 - 2019?

### **1.1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

Este tema es de vital importancia en la vida cotidiana de los seres humanos para poder conocer cada uno de los métodos de planificación y saber qué riesgo puede causar cada uno de ellos, y de ésta manera informar a la población en general de la población de Sucúa, debido a que en las comunidades es más común que presenten embarazos múltiples.

Las razones más frecuentes por las que dicha población, toman la decisión de empezar su actividad sexual a temprana edad y sin protección puede ser por falta de conocimiento de lo que sus decisiones pueden ocasionar en el futuro; como su

estabilidad económica, falta de atención médica por irresponsabilidad de las mismas, violaciones y por los arreglos de matrimonio a temprana edad por la dicha cultura Shuar. Cada método de planificación familiar tiene su efecto colateral pero no es de gravedad, por lo que al momento de ofrecer un anticonceptivo a la adolescente hay que siempre explicar lo que le puede suceder al transcurso de su toma.

Se debe explicar cada método de anticoncepción con sus debidos efectos colaterales para que la población por falta de información no abandone el tratamiento y así poder incrementar su uso y también de esta misma manera poder evitar embarazos tempranos y no deseados.

La mayoría de población Shuar es la que está inmersa en estos tipos de circunstancias, lo peor del caso es que prevalentemente los embarazos se dan a cualquier edad teniendo en cuenta adolescentes y adultas mayores, lo cual según las guías de prácticas clínicas del Ministerio de Salud Pública nos indican como un embarazo de alto riesgo.

Por ello con este trabajo de investigación se pretende realizar un estudio completo y exhaustivo sobre planificación familiar en cada etnia existente en la ciudad de Sucúa, edad en la que quedan embarazadas, qué tipo de síntomas presentan al momento de utilizar un método de anticoncepción y el motivo por el cuál abandonan el mismo para de esta manera evitar el error que se ha venido cometiendo años atrás por la falta de este estudio y así mejorar e incrementar el uso de anticonceptivos.

## CAPÍTULO II

### 2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

#### 2.1.1 ANTECEDENTES

Los métodos de planificación familiar a lo largo de los años el tema de planificación familiar ha ido incrementando ya que en la antigüedad no se conocía de ellos o prácticamente era nulo, las personas eran religiosas a tal punto que dada la orden de la iglesia Católica no utilizaban métodos anticonceptivos y solo se mantenían con el actual conocido “método del ritmo” y si se utilizaba otro método era mal visto por la misma por lo que los feligreses acataban esta orden y llegaban a tener varios hijos viviendo en una miseria (2).

En la actualidad la iglesia Católica ha aceptado el uso de métodos anticonceptivos por lo que los feligreses han empezado a tener consciencia sobre el tema (2).

Poco a poco en los últimos años se ha podido incrementar el conocimiento sobre los riesgos que se presentan al no utilizar métodos de anticoncepción desde el momento que inician su vida sexual activa, indicándoles las posibles enfermedades que pueden contraer ya que la pareja pudo haber tenido relaciones sexuales previas. También se les concientiza sobre el riesgo de quedar embarazada a tan temprana edad y los problemas tanto económicos como sociales que acarrearán este tema (3).

El personal de la salud se ha enfocado en este tema especialmente porque se ha observado una cifra elevada en nuestro país y especialmente en Morona Santiago sobre la tasa de natalidad y sobre las enfermedades como la de HIV. En estas charlas que se dan tanto en centros de salud como en hospitales también se explican los efectos secundarios que pueden producir los métodos de planificación familiar y la importancia de seguir acudiendo al médico para poder constatar ciertos síntomas que afectan a las pacientes que están bajo los anticonceptivos y así poder cambiar de método para el bienestar de la paciente (3).

Con esto además se ayuda a que la población planifique su familia para que exista menor porcentaje de mendicidad en el país y que tengan una mejor calidad de vida (3).

## **2.1.2 BASES TEÓRICAS CIENTÍFICAS**

### **2.1.2.1 Conceptos generales**

Conjunto de métodos de anticoncepción para evitar futuros embarazos y enfermedades de transmisión sexual o como la palabra misma lo dice es para poder planificar hasta cuántos hijos desean tener los cónyuges con el fin de disminuir el porcentaje elevado de embarazos no deseados (4)(5)(6)(7).

### **2.1.2.2 Tipos**

Tenemos dos grandes grupos de anticonceptivos que son (7)(8):

Temporales (7)(8)(37):

- Hormonales
- Dispositivos intrauterinos
- De barrera
- Naturales

Definitivos (7)(8)(37):

- Oclusión tubárica bilateral o salpingoclasia (Mujeres)
- Vasectomía (Hombres)

**Hormonales (7)(8)(37):**

- Orales
  - Monofásicos
  - Bifásicos
  - Trifásicos
- Inyectables
- Implantes subdérmicos

- Anillos vaginales
- Parches

#### **De barrera (7)(8)(37):**

- Condón masculino y femenino
- Espermicidas locales
- Diafragma
- Esponjas vaginales

#### **Naturales (7)(8):**

- Abstinencia periódica
- Coito interrumpido
- Ritmo o calendario
- Temperatura basal
- Moco cervical (Billings)

### **2.1.2.3 Temporales**

#### **2.1.2.3.1 Hormonales**

##### **Orales**

##### **Definición**

Pastilla o la píldora: son anticonceptivos orales combinados; es decir, contienen estrógeno y progestágeno (9)(10)(11).

Mini pastilla o mini píldora: es un anticonceptivo oral que contiene únicamente progestágeno (9)(10)(37).

Píldora del día después o anticoncepción postcoital: es un anticonceptivo de emergencia que contiene únicamente progestágeno, no se debe de utilizar siempre sino en casos excepcionales donde no se ha podido utilizar ningún anticonceptivo o se ha utilizado de mala manera (9)(10)(12).

## **Indicaciones terapéuticas**

Pastilla o la píldora: anticoncepción oral, trastornos del ciclo menstrual, ciclo ovárico (9)(10)(11).

Mini pastilla o mini píldora: anticoncepción (9)(10)(37).

Píldora del día después: anticoncepción postcoital (9)(10)(12).

## **Mecanismo de acción**

Pastilla o la píldora: este método impide que los ovarios liberen óvulos por la disminución de gonadotropinas, suprime la proliferación del endometrio y aumenta la densidad del moco cervical por lo que impide que los espermatozoides alcancen al óvulo (9)(10)(11).

Mini pastilla o mini píldora: este método aumenta la densidad del moco cervical por lo que impide que los espermatozoides alcancen al óvulo y en menor frecuencia impide que los ovarios liberen óvulos (9)(10)(37).

Píldora del día después: altera o retrasa la ovulación, evita la fertilización si se ha tenido relaciones sexuales en la fase preovulatoria (9)(10)(12).

## **Posología**

Pastilla o la píldora: se debe tomar un comprimido diario ya sea por la mañana o por la tarde, pero siempre a la misma hora, por tres semanas y luego se descansa una semana. Se puede tomar sin menstruación o entre el primer al quinto día del ciclo menstrual (9)(10)(11).

Mini pastilla o mini píldora: se debe tomar una gragea diaria ya sea por la mañana o por la tarde, pero siempre a la misma hora, sin descanso entre cada blíster, independientemente de que si hay o no sangrado. Todos los comprimidos son activos (9)(10)(37).

Píldora del día después: se debe tomar la pastilla inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales o hasta dentro de las 72 horas sin protegerse o una falla

del anticonceptivo. Es preferible tomarla dentro de las 12 horas para mayor eficacia (9)(10)(12).

### **Composición**

Pastilla o la píldora: 0,03 mg de Etinilestradiol + 0,15 mg de Levonorgestrel. Existen blíster que contienen 21 y 22 comprimidos. Las monofásicas contienen la misma cantidad de progestágenos y estrógenos en las activas, en las bifásicas el nivel de hormonas varían una vez en cada ciclo menstrual y en los trifásicos el nivel de hormonas cambia cada 7 días. Su composición varía según la marca comercial (9)(10)(11).

Mini pastilla o mini píldora: 0,03 mg de Levonorgestrel. Existen blíster que contienen 28 y 35 comprimidos (9)(10)(37).

Píldora del día después: tabletas de 0,75 mg de Levonorgestrel (9)(10)(12).

### **Contraindicaciones**

Pastilla o la píldora: hipersensibilidad al etinilestradiol o al levonorgestrel, tromboembolismo venoso y arterial, enfermedad cerebrovascular, migraña con síntomas neurológicos focales, pancreatitis, hipertrigliceridemia grave, hepatopatías graves, neoplasias malignas de órganos genitales o mamas, hemorragia vaginal no diagnosticada, embarazo o sospecha de embarazo, lactancia (9)(10)(11).

Mini pastilla o mini píldora: cáncer de mama, embarazo, tromboembolismo venoso, cardiopatías isquémica, accidente cerebrovascular, cefaleas migrañosas con aura, hepatopatías graves, lupus eritematoso sistémico (9)(10)(37).

Píldora del día después: hipersensibilidad al levonorgestrel, insuficiencia hepática, embarazo, lactancia (9)(10)(12).

### **Efectos colaterales**

Pastilla o la píldora: cambios de humor, disminución de la libido, cefaleas, depresión, migraña, náuseas, vómitos, dolor abdominal, acné, metrorragia, sensibilidad en las mamas, dismenorrea, aumento de peso, vaginitis (candidiasis),

mareos, mastalgias, secreción de las mamas, cambio en el flujo menstrual, amenorrea, aumento del tamaño de la mama, edema e hipertrigliceridemia (9)(10)(11).

Mini pastilla o mini píldora: amenorrea prolongada, dismenorrea, metrorragia, en raras ocasiones cefaleas, mareos, disminución de la libido, mastalgias, cambios de humor, náuseas, dolor abdominal (9)(10)(37).

Píldora del día después: sangrado vaginal, retraso de la menstruación hasta 7 días, hemorragia irregular, dolor en hipogastrio y en epigastrio, cefaleas, náuseas, mareos, diarreas, vómitos, fatiga, cansancio, sensibilidad de las mamas (9)(10)(12).

## **Hormonales Inyectables**

### **Definición**

Inyecciones no combinadas: son anticonceptivos inyectables que contiene únicamente progesterona (13)(14)(15).

Inyecciones combinadas: son anticonceptivos inyectables combinados; es decir, que contienen estrógenos y progestágeno (13)(14)(15).

### **Indicaciones terapéuticas**

Inyecciones no combinadas: anticoncepción (13)(14)(15).

Inyecciones combinadas: anticoncepción (13)(14)(15).

### **Mecanismo de acción**

Inyecciones no combinadas: hace más espeso el moco del conducto del cérvix por lo que impide que los espermatozoides alcancen el óvulo y así se evite la ovulación.

Inyecciones combinadas: inhiben la ovulación por cambios en el endometrio y del moco cervical (13)(14)(15).

## **Posología**

Inyecciones no combinadas y combinadas: este método se administra por vía intramuscular cada mes, dos o tres meses durante los cinco primeros días del ciclo menstrual (13)(14)(15).

## **Composición**

Inyecciones no combinadas: ampollas de 150 mg de Estradiol (13)(14)(15).

Inyecciones combinadas: ampollas de 50 mg de Enantato de noretisterona + 5 mg de Valerato de estradiol (13)(14)(15).

## **Contraindicaciones**

Inyecciones no combinadas y combinadas: embarazo, hepatopatías graves, tromboembolismo venoso o arterial, anemia de células falciformes, cáncer de mama o endometrio, diabetes mellitus severa, herpes gravídico, hipertrigliceridemia, otosclerosis, lactancia (13)(14)(15)(37).

## **Efectos colaterales**

Inyecciones no combinadas y combinadas: cefaleas, dolor abdominal, náuseas, aumento del peso, disminución de la libido, tensión mamaria, depresión, amenorreas, hemorragias, en algunas ocasiones cloasma (13)(14)(15)(37).

## **Implantes Subdérmicos**

### **Definición**

Son anticonceptivos que se colocan bajo la piel del brazo de la paciente, contiene únicamente progesterona (16)(17)(18)(19).

### **Indicaciones terapéuticas**

Anticoncepción (16)(17)(18)(19).

## **Mecanismo de acción**

Hace más espeso el moco del conducto del cérvix por lo que impide que los espermatozoides alcancen el óvulo y así se evite la ovulación reduciendo la FSH y LH, inhibe la implantación y la actividad cíclica endometrial (16)(17)(18)(19).

## **Posología**

Existen dos tipos de implantes; el de tres y cinco años por lo cual evitan el embarazo durante esos años según el implante que se coloquen las pacientes y luego se los extrae por medio de cirugía menor. Se lo coloca siete días después de la menstruación (16)(17)(18)(19).

## **Composición**

Implantes de Levonorgestrel: Jadelle 2 x 75 mg (5 años) (16)(17)(18)(19).

Implantes de Etonogestrel 68 mg (3 años) (16)(17)(18)(19).

## **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad, hemorragia no diagnosticada, neoplasia dependiente de hormonas sexuales, tromboembolismo venoso o arterial, hepatopatías graves, neoplasias hepáticas, embarazo, lactancia (16)(17)(18)(19).

## **Efectos colaterales**

Cambios de humor, disminución de la libido, depresión, dolor torácico, migrañas, venas varicosas, taquicardia, hipertensión, disnea, dolor abdominal, dermatitis de contacto, acné, alopecia, exantema, hipertrichosis, prurito, cloasma, vaginitis, nódulos mamarios benignos, quistes ováricos, secreción mamaria, pérdida de peso, fatiga, aumento de bilirrubina sérica total, dolor generalizado (16)(17)(18)(19).

## **Anillos Vaginales**

## **Definición**

Son anticonceptivos combinados; es decir, que contienen estrógeno y progestágeno (15)(19)(20)(30).

### **Indicaciones terapéuticas**

Anticoncepción (15)(19)(20)(30).

### **Mecanismo de acción**

Hace más espeso el moco del conducto del cérvix por lo que impide que los espermatozoides alcancen el óvulo y así se evite la ovulación, también impide que los ovarios liberen óvulos (15)(19)(20)(30).

### **Posología**

Se inserta el anillo intravaginal dejando permanecer durante tres semanas, luego de esto se retira y se descansa durante una semana, se administra en la primera menstruación (15)(19)(20)(30).

### **Composición**

Anillos de 0,120 mg de Etonogestrel + 0,015 mg de Etinilestradiol (15)(19)(20)(30).

### **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad al etinilestradiol o al etonogestrel, tromboembolismo venoso y arterial, enfermedad cerebrovascular, migraña con síntomas neurológicos focales, pancreatitis, hipertrigliceridemia grave, hepatopatías graves, neoplasias malignas de órganos genitales o mamas, hemorragia vaginal no diagnosticada, embarazo, lactancia (15)(19)(20)(30).

### **Efectos colaterales**

Cambios de humor, disminución de la libido, cefaleas, depresión, migraña, náuseas, vómitos, dolor abdominal, acné, metrorragia, sensibilidad en las mamas, dismenorrea, aumento de peso, vaginitis (candidiasis), mareos, mastalgias,

secreción de las mamas, cambio en el flujo menstrual, amenorrea, aumento del tamaño de la mama, edema e hipertrigliceridemia (15)(19)(20)(30).

## **Parches Anticonceptivos**

### **Definición**

Son anticonceptivos combinados; es decir, que contienen estrógeno y progestágeno (15)(31)(32).

### **Indicaciones terapéuticas**

Anticoncepción (15)(31)(32).

### **Mecanismo de acción**

Hace más espeso el moco del conducto del cérvix por lo que impide que los espermatozoides alcancen el óvulo y así se evite la ovulación y también suprime la gonadotropina (15)(31)(32).

### **Posología**

Son parches cutáneos que se colocan en el hipogastrio, glúteos, antebrazo o espalda en el primer día de menstruación y se dejan por tres semanas con cambios cada semana, a la cuarta semana se retira y se descansa (15)(31)(32).

### **Composición**

Parches de 6 mg de Norelgestromina + 600 mcg de Etinilestradiol (15)(31)(32).

### **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad, tromboembolismo venoso y arterial, enfermedad cerebrovascular, migraña con síntomas neurológicos focales, pancreatitis, hipertrigliceridemia grave, hepatopatías graves, neoplasias malignas de órganos genitales o mamas, hemorragia vaginal no diagnosticada, embarazo, lactancia (15)(31)(32).

## **Efectos colaterales**

Cambios de humor, disminución de la libido, cefaleas, depresión, migraña, náuseas, vómitos, dolor y distensión abdominal, acné, metrorragia, sensibilidad en las mamas, dismenorrea, aumento de peso, vaginitis (candidiasis), mareos, mastalgias, secreción de las mamas, cambio en el flujo menstrual, amenorrea, aumento del tamaño de la mama, edema, hipertrigliceridemia, diarrea, prurito, irritación de la piel, menorragia, espasmos musculares, fatiga, malestar general, exantema (15)(31)(32).

### **2.1.2.3.2 Dispositivos Intrauterinos**

#### **Definición**

T de cobre: es un dispositivo de plástico en forma de T que contiene un hilo o cubierta de cobre, es flexible y pequeño (15)(16)(19).

T con levonorgestrel: es un dispositivo en forma de T que contiene levonorgestrel (15)(16)(19).

#### **Indicaciones terapéuticas**

Anticoncepción (15)(16)(19).

#### **Mecanismo de acción**

T de cobre: impide que los espermatozoides alcancen el óvulo y se produzca la fecundación y por lo que evita la implantación en el útero (15)(16)(19).

T con levonorgestrel: aumenta la densidad del moco cervical por lo que impide que los espermatozoides alcancen el óvulo y así se produzca la ovulación, también reduce el espesor del endometrio (15)(16)(19).

#### **Posología**

Son dispositivos que se colocan en el útero después de los siete días de iniciada la menstruación y se utilizan durante toda la etapa reproductiva, el T de cobre se

puede utilizar hasta los 10 años y el T con levonorgestrel se puede utilizar hasta los 5 años (15)(16)(19).

## **Composición**

Dispositivo T con 52 mg de levonorgestrel (15)(16)(19).

## **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad, embarazo, cáncer de mama, enfermedad inflamatoria pélvica, cervicitis, infección del tracto genital inferior, endometritis postparto, aborto séptico, displasia cervical, cáncer de útero o cérvix, hemorragias uterinas no diagnosticadas, anomalías uterinas congénitas o adquiridas, cáncer hepático, hepatopatías graves, cardiopatías, lactancia (15)(16)(19)(37).

## **Efectos colaterales**

Infecciones vaginales, afecciones ginecológicas y obstétricas, cefaleas migrañosas, ictericia, hipertensión, ictus, infarto de miocardio, tromboembolismo venoso agudo, oligomenorrea, amenorrea, perforación del cérvix, aumento del riesgo del cáncer de mama y embarazo ectópico, quistes benignos de ovario (15)(16)(19)(37).

### **2.1.2.3.3 De Barrera**

#### **Definición**

Condón masculino: es una cubierta de látex (15)(20)(37).

Condón femenino: es una bolsa de poliuretano con lubricante (15)(20)(37).

Espemicidas locales: es una crema, gel, recubrimiento, espuma o pastilla (15)(20).

Diafragma: es una semiesfera de goma flexible con un aro de goma, látex o silicona flexible (15)(20).

Esponjas vaginales: es un dispositivo en forma de disco de poliuretano con el espermicida nonoxinol-9 (15)(20).

## **Indicaciones terapéuticas**

Condón masculino y femenino: anticoncepción, protector de enfermedades de transmisión sexual (15)(20)(37).

Espermicidas locales, diafragma y esponjas vaginales: anticoncepción (15)(20)(38).

## **Mecanismo de acción**

Condón masculino y femenino: es un método que forma una barrera que impide encontrarse los espermatozoides con el óvulo (15)(20)(37).

Espermicidas locales, diafragma y esponjas vaginales: estos métodos matan a los espermias antes de que puedan llegar al cuello del útero (15)(20)(38).

## **Posología**

Condón masculino: se coloca en el pene erecto antes de tener relaciones sexuales, luego se retira y se desecha (15)(20)(37).

Condón femenino: se coloca en la vagina antes de tener relaciones sexuales, luego se retira y se desecha (15)(20)(37).

Espermicidas locales: se coloca en la vagina para proteger el cuello del útero (15)(20)(38).

Diafragma y esponjas vaginales: se colocan en la vagina antes de tener relaciones sexuales, luego se retira y se desecha (15)(20).

## **Contraindicaciones**

Condón masculino y femenino: hipersensibilidad (15)(20)(37).

Espermicidas locales, diafragma y esponjas vaginales: embarazo, carcinoma de útero, cáncer de cérvix, hemorragia vaginal de etiología desconocida, embarazo ectópico, malformaciones congénitas o adquiridas del útero o cérvix, fibromiomas uterinos, hiperplasia del endometrio, displasia cervical, infección genital, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria, aborto

séptico, cardiopatía valvular, hemorragia uterina excesiva, anemia, dismenorrea grave, coagulopatía, cicatrices uterinas de intervenciones quirúrgicas anteriores, perforación previa del útero, fibromas uterinos, endometriosis, tratamiento con corticosteroides o con AINE's, terapia inmunosupresora crónica intensiva, trastornos del metabolismo del cobre, promiscuidad sexual, infecciones del tracto inferior, lactancia (15)(20)(38).

### **Efectos colaterales**

Espermicidas locales, diafragma y esponjas vaginales: bradicardia, dolor abdominal, sepsis, infección genital, lumbalgia, infección de vías urinarias, síncope vasovagal, embarazo ectópico, aborto espontáneo, dispareunia, dismenorrea, menorragia, metrorragia, flujo vaginal, perforación uterina, urticaria, reacción alérgica de la piel (15)(20)(38).

### **2.1.2.3.4 Naturales**

Abstinencia periódica: consiste en la aparición de signos y síntomas que permiten reconocer los días en que una persona esté en sus días fértiles o sea los días en que se puede quedar embarazada y en sus días no fértiles para saber si pueden o no tener relaciones sexuales con su cónyuge, siendo los fértiles seis días con la ovulación cada ciclo. Pero este método natural tiene un rango de falla entre 3 al 20% (15)(21).

Coito interrumpido: también se le conoce como "eyacular afuera", la mayoría de autores no lo consideran como un método pero existe un alto índice de personas que lo practican como una forma de evitar un embarazo sin tener que utilizar un método de anticoncepción, consiste en que justo antes del momento en que la pareja vaya eyacular saque su pene que se encuentra dentro de la vagina (15)(21).

Ritmo o calendario: este método consiste en que la mujer se basa en su menstruación pero para esto debe ser regular para que exista una mayor eficacia, consiste en calcular el día de la ovulación para no tener relaciones sexuales. Se basa con un calendario marcando el primer día en el que menstrúa durante seis meses, se toma de referencia el ciclo más largo y se resta 11 donde que el

resultado es el último día del ciclo fértil, luego se toma de referencia el ciclo más corto y se resta 17 donde que el resultado es el primer día del ciclo fértil, tomando en cuenta estos resultados se evita tener relaciones sexuales durante estos días (15)(21).

Temperatura basal: la mujer debe estar pendiente de su temperatura corporal todas las mañanas en el mismo horario que se haya elegido, esperando que exista un aumento de 0,2 a 0,5°C para saber el día de la ovulación y el cálculo se realiza de forma retrospectiva guardando abstinencia desde el primer día de menstruación hasta el tercer día después de haber captado el aumento de la temperatura, pudiendo tener relaciones sexuales al cuarto día (15)(21).

Moco cervical (Billings): la mujer debe de captar las características del moco de la vagina (secreciones, tipo, color y consistencia), la vagina produce un moco húmedo en que ayudan a los espermatozoides entrar al cuello del útero. Para este método se debe revisar todos los días el moco sosteniéndolo entre el pulgar y el índice, si es que este está claro, húmedo y resbaloso es porque se está en los días fértiles evitando las relaciones sexuales, y si es que esta blando, seco y pegajoso está fuera del ciclo fértil por lo que pueden tener relaciones sexuales (15)(21).

#### **2.1.2.4 Definitivos**

Oclusión tubárica bilateral o salpingoclasia (Mujeres): este es un método definitivo que se realiza en mujeres con gran multiparidad o aquellas que tienen el número de hijos deseados, esta cirugía se puede realizar en cualquier momento, después de un parto, cesárea o aborto. Consiste en realizar una pequeña incisión a nivel del ombligo para identificar las trompas uterinas, se hace un corte y se ligan para así evitar la liberación de los óvulos y así evitar un embarazo (15)(22).

Vasectomía (Hombres): este es un método definitivo que se realiza en varones que consiste en cortar el cordón espermático los cuáles llevan los espermias del testículo al pene, los hombres al tener relaciones sexuales si eyaculan semen pero no espermias, después de la operación aún quedan espermias por 12 semanas por lo que se recomienda evitar las relaciones sexuales durante tres meses (15)(23).

## 2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**Salpingoclasia:** es un método anticonceptivo irreversible para la mujer, consiste en realizar un corte de las trompas y luego ligarlas (22).

**Amenorrea:** es la ausencia de la menstruación, puede estar ausente de uno o más periodos (11).

**Vaginitis:** es un tipo de infección vaginal en el que el equilibrio de las bacterias o levaduras de la flora bacteriana normal se alteran (10).

**Dismenorrea:** se presenta como un dolor intenso en el abdomen antes o después de la menstruación que normalmente se le conoce como cólicos menstruales (9).

**Alopecia:** es la pérdida de cabello por causas genéticas, en algunas ocasiones esta pérdida es completa (18).

## 2.3 HIPÓTESIS

Los factores considerados asociados al uso de métodos de planificación familiar en usuarias en edad fértil son la paridad (nuligesta), edad (< 20 años), nivel de instrucción (inferior), nivel de conocimientos (superior), IMC 18,5 – 24,9, tolerancia a los efectos secundarios, nivel socioeconómico, comparadas con aquellas que no las tienen.

## **CAPÍTULO III**

### **3.1 OBJETIVOS**

#### **3.1.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores asociados al uso de métodos de planificación familiar en usuarias del Hospital Básico de Sucúa, Sucúa período diciembre 2018 a julio 2019.

#### **3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar sociodemográficamente y obstétricamente a la población: edad, talla, peso, índice de masa corporal, nivel socioeconómico, estado civil, procedencia, residencia, etnia, nivel de instrucción, ocupación, paridad, inicio de vida sexual activa y número de hijos.
2. Describir los métodos anticonceptivos utilizados por los participantes del estudio.
3. Determinar los factores asociados del uso de métodos anticonceptivos como edad, estado civil, nivel de instrucción, paridad.

## CAPÍTULO IV

### 4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

##### 4.1.1.1 Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo cuantitativo, analítico, descriptivo y transversal.

##### 4.1.1.2 Área de investigación

El estudio se realizó en el área de gineco-obstetricia del Hospital Básico de Sucúa del Cantón Sucúa.

##### 4.1.1.3 Universo de estudio

El universo de estudio se conformó por todas las usuarias en edad fértil del Hospital Básico de Sucúa del Cantón Sucúa, durante el período de diciembre del año 2018 a julio del año 2019.

##### 4.1.1.4 Selección y tamaño de la Muestra

El cálculo del tamaño de la muestra se determinó para una población de 906 mujeres en edad fértil, un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y una frecuencia del uso del 50%, dato obtenido de una investigación realizada por la INEC en el año 2017, se consideró el 10% de pérdidas. Se utilizó el programa epiinfo versión 7.2.0.1. Finalmente la muestra estará constituida por 297 participantes.

La fórmula empleada fue:

$n$ = Muestra

$N$ = Población

$p$ = Probabilidad de ocurrencia

q= Probabilidad de no ocurrencia

z= Nivel de confianza

e= Nivel de inferencia

#### **4.1.1.5 Unidad de Análisis y Observación**

Área de gineco-obstetricia del Hospital Básico de Sucúa del Cantón Sucúa, que cumplen con los criterios de inclusión.

### **4.1.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **4.1.2.1 Criterios de inclusión**

- Mujeres en edad fértil del Hospital Básico de Sucúa que acuden al servicio de gineco obstetricia.
- Mujeres en edad fértil que han iniciado su vida sexual activa.
- Mujeres en edad fértil que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

#### **4.1.2.2 Criterios de exclusión**

- Mujeres en edad fértil con comorbilidades que contraindiquen el uso de métodos anticonceptivos.
- Mujeres en edad fértil con discapacidad intelectual que no permitan la aplicación de éstas encuestas.
- Mujeres en edad fértil que presenten alergias a cualquier tipo de métodos de planificación familiar.

### **4.1.3 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **4.1.3.1 Procedimientos para la recolección de la información y descripción de instrumentos a utilizar**

**Método:** luego de la aceptación del comité de bioética, se solicitó el permiso respectivo del Hospital Básico de Sucúa con el Médico anesthesiólogo Lázaro Pérez

Calleja, encargado del departamento de investigación. Se dio a conocer en qué consiste el estudio a las usuarias participantes, y se aplicó una encuesta previamente estructurada a las pacientes que ingresaban al área de gineco-obstetricia, finalmente se codificarán todos los datos obtenidos creando una base de datos, los cuales se procesaron por el programa estadístico SPSS versión 22. La presentación de la información se realizará de forma cualitativa en la que constará valor, frecuencias y porcentajes, de forma cuantitativa en la que constará la media aritmética y desviación estándar. Se realizará asociación de las variables con valor de  $p < 0,05$ , intervalo de confianza del 95% y Odds ratio.

**Técnica:** realización de encuesta previamente estructurada con preguntas abiertas y cerradas a las pacientes del Hospital.

**Instrumento:** una vez que se ha firmado el consentimiento informado (Anexo 1), se aplicó la encuesta previamente estructurada con preguntas abiertas y cerradas que fue validado por el director de tesis, asesor metodológico, un especialista en el área y luego por una población objetiva. También se utilizó un cuestionario ya validado, como el de Graffar Méndez Castellanos que medirá el nivel socioeconómico. En el formulario están datos de filiación, medidas antropométricas, datos sociodemográficos y preguntas relacionadas a factores asociados, métodos de planificación familiar y nivel de conocimiento (Anexo 2).

#### **4.1.4 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS**

En la declaración de Helsinki nos habla sobre la ética sobre la investigación, en caso de que el médico realice una investigación en pacientes sanos siempre hay que preservar su información y su identidad, previamente de haber dado su consentimiento, además el médico siempre debe de velar por la salud del paciente y si ocurre algún desbalance en la investigación la culpa recaerá sobre el médico que realiza el mismo.

Se les explicó a las pacientes en edad fértil del Hospital Básico de Sucúa sobre en qué consiste el estudio y de que se guardará absoluta confidencialidad de sus datos, pidiendo que en el consentimiento informado hagan su rúbrica como muestra de aceptación para la siguiente ejecución de la encuesta. Los datos de las pacientes

que se obtuvieron en la recolección de datos fueron para la realización de este proyecto de tesis.

#### **4.1.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES**

- **Independientes**

Edad, Talla, Peso, Procedencia, Residencia, Estado civil, Etnia, Nivel de instrucción, Ocupación, Paridad, Inicio de vida sexual activa, Número de hijos, Nivel de conocimiento, Índice de masa corporal, Nivel socioeconómico.

- **Dependientes**

Población de pacientes en edad fértil, Métodos de planificación familiar, Efectos secundarios.

#### 4.1.5.1 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>EDAD</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Cronológica	Años	Numérico
<b>TALLA</b>	Estatura de la paciente representada en números.	Biológica	Estatura	Numérico
<b>PESO</b>	Medida representada en números del cuerpo de la paciente	Biológica	Cantidad	Numérico
<b>PROCEDENCIA</b>	Lugar en donde nació la paciente que va a colaborar en esta investigación.	Geográfica	Sucúa, Asunción Huambi, Santa Marianita de Jesús	Nominal
<b>RESIDENCIA</b>	Lugar en donde vive actualmente la paciente que va a colaborar en esta investigación.	Geográfica	Cantones Sucúa, Morona, Santiago de Méndez, Logroño, Gualaquiza, Huamboya, Limón Indanza, Pablo Sexto, Palora, San Juan Bosco, Taisha, Tiwintza	Nominal
<b>ESTADO CIVIL</b>	Condición civil en la que se encuentra una persona en relación con otra.	Estado conyugal	Soltera, Casada, Unión libre, Divorciada y Viuda.	Nominal
<b>ETNIA</b>	Características físicas externas que diferencian a una persona de otra.	Cultural	Blanca, Mestiza, Shuar, Afroamericana, Otro	Nominal
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	Grado más elevado de estudios realizados o en curso de la paciente.	Académico	Ninguno, Primaria, Secundaria, Universidad	Nominal
<b>OCUPACIÓN</b>	Cargo que ocupa o actividad que realiza la paciente.	Social	Agricultora, Licenciada en enfermería, Comerciante, Médica, Profesora, Ama de casa, Otro	Nominal
<b>PARIDAD</b>	Número de embarazos que ha presentado la paciente incluyendo abortos.	Biológica	Cantidad	Numérico

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA</b>	Edad en la que tuvo la primera relación sexual.	Social	Años	Numérico
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Cantidad de hijos que la paciente tiene, ya sean vivos o muertos.	Biológica	Cantidad	Numérico
<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	El grado de cuánto puede saber la paciente acerca de los métodos de planificación familiar.	Cultural	Tiene idea, no tiene idea	Nominal
<b>ÍNDICE DE MASA CORPORAL</b>	Es el cálculo para determinar la cantidad de grasa corporal de la paciente.	Biológica	Bajo peso, Normal, Sobrepeso, Obesidad	Nominal
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	Es una medida para determinar el grado de economía que presenta la paciente en la sociedad.	Social	Alto, Medio alto, Medio medio, Medio bajo, Bajo	Nominal
<b>POBLACIÓN DE PACIENTES</b>	Número de pacientes en edad fértil que se va a estudiar en esta investigación.	Social	Cantidad	Numérico
<b>MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	Anticonceptivos, métodos naturales, o dispositivos de barreras utilizados para evitar embarazos.	Biológica	Anticonceptivos orales (pastillas), Implantes, Anticonceptivos inyectables, Parches, Anillo vaginal, Implantes, T de cobre, Condones masculinos y femeninos, Métodos naturales, Abstinencia, Otros	Nominal
<b>EFFECTOS SECUNDARIOS</b>	Reacciones que presentan ante la toma de los métodos de anticoncepción.	Biológica	Aumento de peso, Cefaleas, Náuseas, Disminución de la libido, Epigastralgia, Trastornos menstruales, Otros	Nominal

## CAPÍTULO V

### 5.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La encuesta se realizó a 297 mujeres en edad fértil que acudieron al área obstétrica y a consulta externa del Hospital Básico de Sucúa.

#### 5.1.1 Análisis de las variables sociodemográficas

**Tabla 1.** Caracterización de las variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas		Frecuencia n 297	Porcentaje 100,0%	Media (DS)
Edad	15 – 25	169	56,9	23 (8)
	26 – 35	91	30,6	
	36 – 45	37	12,5	
Talla	122 – 145	52	17,5	151 (6)
	146 – 160	226	76,1	
	161 – 171	19	6,4	
Peso	36 – 59	135	45,5	61 (11)
	60 – 83	153	51,5	
	84 – 105	9	3	
IMC	Peso bajo	1	0,3	26,3 (4)
	Peso normal	96	32,3	
	Sobrepeso	130	43,8	
	Obesidad grado I	52	17,5	
	Obesidad grado II	16	5,4	
	Obesidad grado III	2	0,7	
Nivel socioeconómico	Medio alto	7	2,3	
	Medio medio	81	27,3	
	Medio bajo	146	49,2	
	Bajo	63	21,2	
Estado civil	Casada	44	14,8	
	Divorciada	2	0,7	
	Soltera	47	15,8	
	Unión libre	204	68,7	
Procedencia	Urbano	264	88,9	
	Rural	33	11,1	
Residencia	Urbano	169	56,9	
	Rural	128	43,1	
Etnia	Mestiza	116	39,1	
	Shuar	181	60,9	
Nivel de instrucción	Primaria	124	41,8	
	Secundaria	164	55,2	
	Tercer Nivel	7	2,3	
	Ninguno	2	0,7	
Ocupación	Agricultora	19	6,4	
	Comerciante	13	4,4	
	Médica	1	0,3	
	Otro	264	88,9	

Fuente: Base de datos de cuestionario realizado

Autora: Verónica Michelle Fajardo Campoverde

## **Interpretación:**

Según el análisis de las variables sociodemográficas se encuentra que la media de la edad de las 297 pacientes estudiadas es de 23 años con una desviación estándar de  $\pm 8$ , siendo una considerada diferencia entre ellas. El rango de edad es de 15 a 25 años con un mayor porcentaje al de los demás (56,9%).

Respecto a las demás variables se puede decir que el rango de talla se encuentra entre 146 a 160 centímetros con un 76,1%, la media es de 151 centímetros con una desviación estándar de  $\pm 6$ . Para el peso el rango oscilado está entre 60 a 83 kilogramos con un 51,5%, la media es de 61 kilogramos con una desviación estándar de  $\pm 11$ . El resultado del índice de masa corporal nos indica que la mayoría de pacientes se encuentra con un sobrepeso, siendo este el rango de 25 a 29,9 con un porcentaje de 43,8, la media es de 26,3 y la desviación estándar es de  $\pm 4$  encontrando una diferencia menor de entre las pacientes.

El nivel socioeconómico de la mayoría de las pacientes estudiadas se encuentran en un estrato medio bajo con un 49,2%, siguiendo el estrato medio medio con un 27,3%, estrato bajo con un 21,2% y por último el estrato medio alto con un 2,3%.

El resultado prevalente del estado civil es de 68,7% correspondiendo a unión libre, las pacientes solteras siguen con un 15,8%, pacientes casadas con un 14,8% y pacientes divorciadas con un 0,7%.

Las pacientes con procedencia del área urbana representan un 88,9% mientras que las pacientes con procedencia del área rural representan un 11,1%. Su residencia actual prevalece en el área urbana con un 56,9% mientras que las del área rural se encuentra con un 43,1%, evidenciando que la diferencia de la residencia de las pacientes no es significativa mientras que el porcentaje de la procedencia es inevitable.

En el estudio se observa que la mayoría de las pacientes son de etnia shuar con un 60,9%, luego se encuentra la etnia mestiza con un 39,1%. Se obtuvo resultados en el que el nivel de instrucción es bajo, el porcentaje de las pacientes que han completado la secundaria es de 55,2%, que han completado la primaria es de

41,8%, que tienen un título de tercer nivel es de 2,3% y que no tienen ningún tipo de nivel de instrucción es de 0,7%.

Finalmente la ocupación que tienen las pacientes del estudio es de quehaceres domésticos que corresponde a la opción otros con un 88,9%, agricultora con 6,4%, comerciante con 4,4% y de profesión médica con 0,3%.

### 5.1.1.1 Análisis de las variables obstétricas

**Tabla 1.2.** Caracterización de las 297 pacientes en edad fértil según paridad, inicio de vida sexual activa y número de hijos.

Variables obstétricas		Frecuencia n 297	Porcentaje 100,0%
Cuántos embarazos ha tenido contando con abortos?	0 – 4	237	79,8
	5 – 9	51	17,2
	10 – 13	9	3
	Media: 2		
	Desviación estándar: 2		
A qué edad tuvo su primera relación sexual?	12 – 19	269	90,6
	20 – 27	23	7,7
	28 – 35	5	1,7
	Media: 16		
	Desviación estándar: 3		
Cuántos hijos tiene?	0 – 3	232	78,1
	4 – 7	52	17,5
	8 – 10	13	4,4
	Media: 2		
	Desviación estándar: 2		

Fuente: Base de datos de cuestionario realizado

Autora: Verónica Michelle Fajardo Campoverde

### Interpretación:

Según la pregunta de paridad encontramos que la mayoría de pacientes han estado embarazadas en un rango de 0 a 4 veces siendo este el porcentaje de 79,8, quedando con una media de 2 embarazos y con una desviación estándar de  $\pm 2$ . El año de inicio de vida sexual activa de las pacientes se encuentra en un rango que oscila entre 12 a 19 años con el 90,6%, la media es de 16 años con una desviación

estándar de  $\pm 3$ , observando que la edad de inicio de vida sexual activa en Sucúa es muy temprana y además de que no hay mucha diferencia de edades entre las pacientes restantes. La tercera pregunta se refiere a el número de hijos de las pacientes que representa un rango entre 0 a 3 hijos con un porcentaje de 78,1, la media es de 2 hijos por paciente y una desviación estándar de  $\pm 2$  al igual que la pregunta de la paridad.

### 5.1.2 Análisis de las variables de métodos anticonceptivos

**Tabla 2.** Descripción de los métodos anticonceptivos utilizados por las 297 pacientes.

Variables de métodos anticonceptivos		Frecuencia n 297	Porcentaje 100,0%
Alguna vez ha utilizado algún método anticonceptivo?	Si	151	50,8
	No	146	49,2
Qué tipo de método de anticonceptivo ha utilizado?	Anticonceptivos orales (pastillas)	32	10,8
	Anticonceptivos inyectables (Mesigyna o Depo-Provera)	25	8,4
	Implantes subdérmicos (palillos)	49	16,5
	Condón masculino	1	0,3
	No corresponde	145	48,8
	Varios	45	15,2
Al utilizarlos ha tenido alguna molestia?	Si	83	27,9
	No	68	22,9
	No corresponde	146	49,2
Qué tipo de molestia ha sentido?	Aumento de peso	3	1
	Dolores de cabeza	1	0,3
	Cambios en el flujo de la menstruación	2	0,7
	Ausencia de la menstruación	2	0,7
	Reacción alérgica a la piel	3	1
	No corresponde	214	72,1
	Varios	72	24,2
A continuado utilizándolos?	Si	67	22,6
	No	84	28,3
	No corresponde	146	49,1
Qué tiempo ha utilizado el método anticonceptivo?	< 5 meses	58	19,5
	6 meses – 1 año	35	11,8

Variables de métodos anticonceptivos		Frecuencia n 297	Porcentaje 100,0%
	1 año 1 mes – 4 años 9 meses	51	17,2
	> 5 años	7	2,3
	No corresponde	146	49,2
Realizó cambio de método anticonceptivo?	Si	35	11,8
	No	116	39
	No corresponde	146	49,2
En qué tiempo lo cambió el método anticonceptivo?	1 mes – 11 meses	15	5
	1 año – 4 años	22	7,5
	No corresponde	260	87,5
Por qué efecto secundario cambió el método anticonceptivo?	Acné	1	0,3
	Aumento de peso	4	1,4
	Ausencia de la menstruación	7	2,4
	Cambios en el flujo de la menstruación	8	2,7
	Depresión	1	0,3
	Dolores de cabeza	5	1,7
	Reacción alérgica a la piel	3	1
	Retraso de la menstruación	6	2
	No corresponde	262	88,2
Con qué método se siente más cómoda?	Condón masculino	2	0,7
	Implante	56	18,8
	Inyectables	16	5,4
	Ligadura	3	1
	Pastillas	21	7,1
	T de cobre	1	0,3
	Ninguno	51	17,2
	No corresponde	147	49,5
La planificación familiar sirve para:	Que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tendrán	51	17,2
	Evitar los embarazos	102	34,3
	Tener los hijos en el momento más adecuado	53	17,8
	Programar la llegada del próximo hijo	54	18,2
	Todas las alternativas anteriores son ciertas	37	12,5
El método anticonceptivo que use una mujer debe ser:	El que la mujer escoja	74	24,9
	El que su marido le imponga	83	27,9
	El que su médico decida	55	18,6
	El que se elige luego de un	79	26,6

Variables de métodos anticonceptivos		Frecuencia n 297	Porcentaje 100,0%
	asesoramiento completo de su pareja con el médico		
	El que le aconseje su amiga	6	2
Qué beneficio tiene la planificación familiar después del parto?	Evita que vaya a un lejano centro de salud después del parto	90	30,3
	Iniciar las relaciones sexuales con seguridad en los 40 días después del parto	57	19,2
	Protección contra el embarazo por largo tiempo	100	33,7
	Menos dolor y sangrado luego de la colocación del aparato intrauterino (por ejemplo la T de cobre)	36	12,1
	Todas las alternativas anteriores son ciertas	14	4,7
Las pastillas anticonceptivas NO pueden ser usadas por mujeres:	Mayores de 35 años	66	22,2
	Con diabetes controlada	62	20,9
	Con hipertensión arterial	54	18,2
	Con anemia por deficiencia de hierro	36	12,1
	Ninguna de las anteriores	79	26,6
Qué son los métodos anticonceptivos?	La ligadura de las trompas	23	7,7
	El quitar el útero	23	7,7
	Los procedimientos naturales o artificiales para no salir embarazada	129	43,5
	Las pastillas anticonceptivas	97	32,7
	El aparato intrauterino	25	8,4
Los métodos anticonceptivos pueden iniciarse:	A las 24 horas después del parto	56	18,9
	Durante los primeros ocho días después del parto	43	14,5
	A los 40 días después del parto	60	20,3
	Cuando le quite el pecho al niño	75	25,3
	En cualquier momento después del parto	63	21,2
Cuál o cuáles son métodos anticonceptivos?	Las pastillas anticonceptivas	96	32,3
	Los condones	105	35,4
	El aparato intrauterino (como la T de cobre)	36	12,1

Variables de métodos anticonceptivos		Frecuencia n 297	Porcentaje 100,0%
	El método del ritmo	19	6,4
	Todas las alternativas anteriores	41	13,8
A donde se debe ir para elegir un método anticonceptivo:	A las farmacias	95	32
	A la iglesia	3	1
	A comprar libros o folletos sobre métodos anticonceptivos	5	1,7
	A los servicios de planificación públicos o privados	194	65,3
Cuáles son los tipos de métodos anticonceptivos?	Naturales y artificiales	118	39,7
	Pastillas y aparatos	78	26,3
	Condomes y pastillas	77	25,9
	Esterilización	15	5,1
	No sabe	9	3
Cuál o cuáles son métodos anticonceptivos naturales?	El método del ritmo	34	11,5
	Temperatura basal y moco cervical (el moco que sale de la vagina)	32	10,8
	Interrupción del acto sexual	104	35
	La lactancia materna	104	35
	Todas las alternativas anteriores son ciertas	23	7,7
Quiénes pueden usar métodos anticonceptivos naturales?	Todas las mujeres	164	55,2
	Solo las católicas	25	8,4
	Mujeres con reglas regulares	41	13,8
	Las mujeres casadas	52	17,5
	No sé	15	5,1
El método del ritmo ayuda a la mujer a:	Quedar embarazadas	62	20,8
	Saber el período de fertilidad (los días en que puede salir embarazada)	49	16,5
	Evitar el embarazo	75	25,3
	Todas las anteriores	43	14,5
	No sabe	68	22,9
Es cierto que los métodos anticonceptivos:	Ninguno es confiable	74	24,9
	El aparato intrauterino produce cáncer	87	29,3
	Al usarlos, muchas mujeres no podrán tener hijos nunca más	59	19,9
	La vasectomía y la ligadura de las trompas disminuyen el deseo	44	14,8

Variables de métodos anticonceptivos		Frecuencia n 297	Porcentaje 100,0%
	sexual		
	Todas son falsas	33	11,1
Es cierto que el condón:	No se debe utilizar más de una vez	66	22,2
	Es recomendable su uso en toda la relación sexual	72	24,1
	Se coloca con el pene erecto	60	20,2
	Sirven para prevenir enfermedades venéreas y el Sida	68	22,9
	Todas las alternativas anteriores son ciertas	31	10,4
	Cómo se usan las espumas y jaleas espermicidas?	Se colocan después de la relación sexual	58
Se colocan 24 horas antes de la relación sexual		59	19,9
Se colocan 15 minutos antes de la relación sexual		45	15,2
Protegen siempre sin importar el momento en que se apliquen		49	16,5
No sabe		86	28,9
Es falso que los implantes anticonceptivos:	Son cilíndricos o en cápsula, pequeños y flexibles que colocan debajo de la piel del brazo	68	22,9
	Pueden producir cáncer de mama	78	26,3
	Son 99% efectivos si se colocan correctamente, y ser colocados por personal de salud	75	25,3
	Son implantes que contienen hormonas	41	13,8
	No conozco los implantes anticonceptivos	35	11,8
	Es verdad que los aparatos intrauterinos (por ejemplo la T de cobre) son:	Son de varias formas	64
No interfieren con la lactancia materna		88	29,6
Son de larga duración		60	20,2
Es uno de los métodos más efectivos		59	19,9
Todas son verdaderas		26	8,8
Los métodos que contienen hormonas son:	Las pastillas anticonceptivas	97	32,7
	Las inyecciones	85	28,6

Variables de métodos anticonceptivos		Frecuencia n 297	Porcentaje 100,0%
	Los implantes dentro de la piel	69	23,2
	Los aparatos intrauterinos	21	7,1
	Todas las anteriores	25	8,4
Cualquier pastilla anticonceptiva puede:	Tomarse amamantando al bebé	64	21,5
	Comenzarse en cualquier día del mes	78	26,3
	Tomarlas cualquier mujer	68	22,9
	Tomarse durante el embarazo	41	13,8
	Todas las alternativas anteriores son falsas	46	15,5
Es FALSO que esterilización quirúrgica (la ligadura de trompas y la vasectomía):	Se puede emplear en la mujer	29	9,8
	Se puede emplear en el hombre	48	16,2
	Se puede emplear en el hombre y en la mujer	64	21,5
	Cualquiera se puede someter a estos procedimientos cuando lo desee	94	31,6
	Su elección debe ser consultada con el médico	62	20,9
Es cierto que las mujeres que usan aparato intrauterino (como la T de cobre)	No necesitan regresar nunca a control médico	58	19,5
	Aumentan de peso	66	22,2
	Es muy recomendado en mujeres que nunca han salido embarazadas	59	19,9
	Si sale embarazada, se le incrusta en la cabeza del bebé	40	13,5
	Todas son falsas	74	24,9

Fuente: Base de datos de cuestionario realizado

Autora: Verónica Michelle Fajardo Campoverde

### Interpretación:

Según las variables de los métodos anticonceptivos en la primera pregunta sobre si han utilizado un anticonceptivo, la mayor parte de las pacientes respondieron SI siendo el 50,8% mientras que las pacientes que respondieron NO son el 49,2%. Las pacientes que respondieron SI, la mayoría han utilizado implantes subdérmicos siendo el 16,5%, pacientes que han utilizados varios métodos anticonceptivos son el

15,2%, pacientes que han utilizado anticonceptivos orales son el 10,8%, anticonceptivos inyectables con el 8,4% y condón masculino con el 0,3%.

La tercera pregunta se refiere a que si han presentado algún efecto secundario las personas que respondieron con Si son el 27,9% mientras las que respondieron que no son el 22,9%, notando que no es mucha la diferencia entre las que sí han presentado y las que no. La mayoría de pacientes han presentado varios efectos secundarios siendo el 24,2%, seguido de reacción alérgica a la piel y aumento de peso con el 1%, cambios en el flujo de la menstruación y ausencia de la menstruación con el 0,7% y dolores de cabeza con el 0,3%.

La mayor parte de las pacientes no han continuado utilizando los anticonceptivos con el 28,3% mientras que las pacientes que si han continuado representan el 22,6%. Se puede observar que la diferencia no es mayor de las que no han continuado con las que sí han continuado utilizando. Las pacientes que respondieron si, el mayor porcentaje ha utilizado un tiempo menor de 5 meses con un 19,5%, de un año un mes a 4 años 9 meses con el 17,2%, de 6 meses a un año con el 11,8% y más de 5 años con el 2,3%. Las pacientes que no realizaron un cambio representan el 39% mientras que las que si realizaron el cambio representan el 11,8% siendo el lapso de tiempo entre un año a 4 años con el 7,5% y entre un mes a 11 meses con el 5%.

El efecto por el que cambiaron el método es por el cambio de flujo de la menstruación con el 2,7%, ausencia de la menstruación con el 2,4%, retraso de la menstruación con el 2%, dolores de cabeza con el 1,7%, aumento de peso con el 1,4%, reacción alérgica a la piel con el 1%, depresión y acné con el 0,3%.

Los métodos con los que se sienten más cómodas son: implante subdérmico con el 18,8%, ninguno con el 17,2%, anticonceptivos orales (pastillas) con el 7,1%, inyectables con el 5,4%, ligadura con el 1%, condón masculino con el 0,7% y T de cobre con el 0,3%.

Para saber el nivel de conocimiento de las pacientes se realizó 21 preguntas dentro de las cuáles se obtuvieron resultados de:

Respondieron que la planificación familiar sirve para evitar embarazos con un porcentaje de 34,3, para programar la llegada del próximo hijo con el 18,2%, para tener los hijos en el momento más adecuado con un 17,8%, para que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tendrán con el 17,2% y todas las alternativas anteriores son ciertas con un 12,5%.

Las respuestas de las pacientes para la segunda pregunta fueron que: el que su marido le imponga con un 27,9%, el que se elige luego de un asesoramiento completo de su pareja con el médico con un 26,6%, el que la mujer escoja con un 24,9%, el que su médico decida con un 18,6% y el que le aconseje su amiga con un 2%, evidenciando que las pacientes estudiadas la mayoría depende de su marido para tomar una decisión.

Las pacientes respondieron que el beneficio de la planificación familiar después del parto es para la protección contra el embarazo por largo tiempo con el 33,7%, evita que vaya a un lejano centro de salud después del parto con el 30,3%, iniciar las relaciones sexuales con seguridad en los 40 días después del parto con el 19,2%, menos dolor y sangrado luego de la colocación del aparato intrauterino (por ejemplo la T de cobre) con el 12,1% y todas las alternativas anteriores son ciertas con el 4,7%.

Con la pregunta de; las mujeres que no pueden utilizar pastillas anticonceptivas sus respuestas fueron: ninguna de las anteriores con un 26,6%, mayor de 35 años con un 22,2%, con diabetes controlada con un 20,9%, con hipertensión arterial con un 18,2% y con anemia por deficiencia de hierro con un 12,1%.

Para las pacientes los métodos anticonceptivos son: los procedimientos naturales o artificiales para no salir embarazada con el 43,5%, pastillas anticonceptivas con el 32,7%, el aparato intrauterino con el 8,4%, la ligadura de las trompas y quitar el útero con el 7,7%.

Para la pregunta de cuándo se pueden iniciar los métodos anticonceptivos las respuestas fueron: cuando le quite el pecho al niño con un 25,3%, en cualquier momento después del parto con un 21,2%, a los 40 días después del parto con un

20,3%, a las 24 horas después del parto con un 18,9% y durante los primeros 8 días después del parto con un 14,5%.

Para la pregunta de cuál o cuáles son los métodos anticonceptivos las respuestas fueron: los condones con el 35,4%, las pastillas anticonceptivas con el 32,3%, todas las alternativas anteriores con el 13,8%, el aparato intrauterino (como la T de cobre) con el 12,1% y el método del ritmo con el 6,4%.

Para la pregunta de a dónde se debe ir para elegir un método anticonceptivo las respuestas fueron que: a los servicios de planificación públicos o privados con el 65,3%, a las farmacias con el 32%, a comprar libros o folletos sobre métodos anticonceptivos con el 1,7% y a la iglesia con el 1%.

Para la pregunta de cuáles son los tipos de métodos anticonceptivos las respuestas fueron: naturales y artificiales con un 39,7%, pastillas y aparatos con un 26,3%, condones y pastillas con un 25,9%, esterilización con un 5,1% y no saben con un 3%.

Para la pregunta de cuáles son métodos naturales las respuestas fueron: interrupción del acto sexual y lactancia materna con el 35% respectivamente, método del ritmo con el 11,5%, temperatura basal y moco cervical con el 10,8% y todas las alternativas anteriores son ciertas con el 7,7%.

Para la pregunta de quiénes pueden usar métodos naturales las respuestas fueron: todas las mujeres con un 55,2%, las mujeres casadas con un 17,5%, mujeres con reglas regulares con un 13,8%, solo las católicas con un 8,4% y no saben con un 5,1%.

Para la pregunta sobre el método del ritmo las respuestas fueron: evitar el embarazo con el 25,3%, no sabe con el 22,9%, quedar embarazadas con el 20,8%, saber el período de fertilidad con el 16,5%, todas las anteriores con el 14,5%.

Para la pregunta sobre lo cierto de los métodos anticonceptivos las respuestas fueron: el aparato intrauterino produce cáncer con un 29,3%, ninguno es confiable con un 24,9%, al usarlos, muchas mujeres no podrán tener hijos nunca más con un

19,9%, la vasectomía y la ligadura de las trompas disminuyen el deseo sexual con un 14,8% y todas son falsas con un 11,1%.

Para la pregunta sobre lo cierto de que el condón las respuestas fueron: es recomendable su uso en toda la relación sexual con el 24,1%, sirven para prevenir enfermedades venéreas y el Sida con el 22,9%, no se debe utilizar más de una vez con el 22,2%, se coloca con el pene erecto con el 20,2% y todas las alternativas anteriores son ciertas con el 10,4%.

Para la pregunta sobre cómo se usan las espumas y jaleas espermicidas las respuestas fueron: no saben con un 28,9%, se colocan 24 horas antes de la relación sexual con un 19,9%, se colocan después de la relación sexual con un 19,5%, protegen siempre sin importar el momento en que se apliquen con un 16,5% y se colocan 15 minutos antes de la relación sexual con un 15,2%.

Para la pregunta sobre lo falso de los implantes las respuestas fueron: pueden producir cáncer de mama con el 26,3%, son 99% efectivos si se colocan correctamente y ser colocados por personal de salud con el 25,3%, son cilíndricos o en cápsula, pequeños y flexibles que colocan debajo de la piel del brazo con el 22,9%, son implantes que contienen hormonas con el 13,8% y no conozco los implantes anticonceptivos con el 11,8%.

Para la pregunta sobre la verdad de los aparatos intrauterinos las respuestas fueron: no interfieren con la lactancia materna con un 29,6%, son de varias formas con un 21,5%, son de larga duración con un 20,2%, es uno de los métodos más efectivos con un 19,9% y todas son verdaderas con un 8,8%.

Para la pregunta sobre los métodos que contienen hormonas las respuestas fueron: las pastillas anticonceptivas con el 32,7%, las inyecciones con el 28,6%, los implantes dentro de la piel con el 23,2%, todas las anteriores con el 8,4% y los aparatos intrauterinos con el 7,1%.

Para la pregunta sobre cualquier pastilla puede las respuestas fueron: comenzarse en cualquier día del mes con un 26,3%, tomarlas cualquier mujer con un 22,9%,

tomarse amamantando al bebé con un 21,5%, todas las alternativas anteriores son falsas con un 15,5% y tomarse durante el embarazo con un 13,8%.

Para la pregunta sobre es falso que esterilización quirúrgica las respuestas fueron: cualquiera se puede someter a estos procedimientos cuando lo desee con el 31,6%, se puede emplear en el hombre y en la mujer con el 21,5%, su elección debe ser consultada con el médico con el 20,9%, se puede emplear en el hombre con el 16,2% y se puede emplear en la mujer con el 9,8%.

Para la pregunta sobre es cierto que las mujeres que usan aparato intrauterino las respuestas fueron: todas son falsas con un 24,9%, aumentan de peso con un 22,2%, es muy recomendado en mujeres que nunca han salido embarazadas con un 19,9%, no necesitan regresar nunca a control médico con un 19,5% y si sale embarazada, se le incrusta en la cabeza del bebé con un 13,5%.

### 5.1.3 Análisis bivariado de las variables uso de métodos anticonceptivos y edad, estado civil, nivel de instrucción y paridad

**Tabla 3:** Relación entre uso de métodos anticonceptivos y edad, estado civil, nivel de instrucción y paridad.

Variables dicotomizadas		Uso de métodos anticonceptivos		OR IC 95% valor p
		No 146	Si 151	
Edad (< a 20 años)	Si	47	33	1,7
	No	99	118	1 – 2,9 0,045
Estado civil (Soltera)	Si	32	15	2,5
	No	114	136	1,3 – 4,9 0,004
Nivel de instrucción (Nivel inferior)	Si	141	149	0,4
	No	5	2	0,1 – 1,9 0,233
Paridad ≤ a 1 parto	Si	66	36	2,6
	No	80	115	1,6 – 4,3 0,000

Fuente: Base de datos de cuestionario realizado  
 Autora: Verónica Michelle Fajardo Campoverde

### **Interpretación:**

Relacionando el uso de métodos anticonceptivos con la edad nos dice que las pacientes menores a 20 años son un factor de riesgo para no usar anticonceptivos, llevando una prevalencia de 1,7 (Odds ratio), el intervalo de confianza del 95% está entre 1 a 2,9 y un valor p de 0,045. Respecto al estado civil nos da un resultado en el que las pacientes solteras son un factor de riesgo para el no uso de anticonceptivos con una prevalencia mayor, siendo esta de 2,5 (Odds ratio), el intervalo de confianza del 95% está entre 1,3 a 4,9 y un valor p de 0,004.

Según los resultados del nivel de instrucción las pacientes con nivel inferior son un factor de riesgo para no usar métodos anticonceptivos teniendo una prevalencia mayor de 0,4 (Odds ratio), intervalo de confianza del 95% entre 0,1 a 1,9 y valor p de 0,233. Tomando en cuenta la paridad de las pacientes en relación con el uso de métodos anticonceptivos observamos que al ser nulíparas ( $\leq$  a 1 parto) es un factor de riesgo para el no uso de anticonceptivos por una prevalencia mayor de 2,6 (Odds ratio), el intervalo de confianza del 95% está entre 1,6 a 4,3) y un valor p de 0,000.

## CAPÍTULO VI

### 6.1 DISCUSIÓN

En este estudio respecto a las variables sociodemográficas se encontró que el grupo de edades con mayor porcentaje se encuentra entre 15 a 25 con un 56,9%, siendo la media de 23 años, con una talla entre valores de 146 a 160 centímetros con un 76,1%, siendo la media de 151 centímetros, peso entre valores de 60 a 83 kilogramos con un 51,5%, siendo la media de 61 kilogramos y con un IMC entre 25 a 29,9, siendo este valores de un sobrepeso, la media de 26,3 y el porcentaje de 43,8.

El nivel socioeconómico se ubica en medio bajo con un 49,2%, estado civil de unión libre con un 68,7%, procedencia y residencia de área urbana con un 88,9% y 56,9% respectivamente. Su grupo etario es el shuar con un 60,9%, nivel de instrucción secundaria con un 55,2% y ocupación en su mayoría ama de casa con un 88,9%.

Considerando las variables obstétricas se encontró que las pacientes se han quedado embarazado entre valores de 0 a 4 veces, representando un 79,8%, con una media de 2 gestas por paciente, edades en la que han iniciado su vida sexual activa está entre 12 a 19 años, con una media de 16 años y un porcentaje de 90,6. La media de hijos que tienen por paciente es de 2; es decir el rango es de 0 a 3 hijos con un 78,1%.

En el análisis de las variables de los métodos anticonceptivos encontramos que el 50,8% de la población estudiada ha utilizado alguna vez un anticonceptivo, siendo el de 16,5% más utilizado el implante subdérmico, el 27,9% si ha presentado efectos secundarios, presentando varios de ellos el 24,2% de las pacientes por ende el 28,3% no ha continuado utilizando.

Las pacientes que si han continuado utilizando ha sido por un tiempo menor a 5 meses representando el 19,5%, el 39% no cambiaron de método, mientras las que sí han cambiado lo han hecho por un tiempo entre un año a cuatro años, siendo la razón los cambios en el flujo de la menstruación representando el 2,7%. El método

con el que más se sienten cómodas es con el implante subdérmico, representando el 18,8%.

Para comprobar el nivel de conocimiento de las pacientes acerca de los métodos de planificación familiar se realizó una encuesta en la que las respuestas por cada pregunta fueron las siguientes: la planificación familiar sirve para evitar los embarazos, representando el 34,3%, el método anticonceptivo que use una mujer debe ser el que su marido le imponga, representando el 27,9%, el beneficio que tiene la planificación familiar después del parto es la protección contra el embarazo por largo tiempo, representando el 33,7%.

Las pastillas anticonceptivas no pueden ser usadas por mujeres, con el 26,6% la opción de ninguna de las anteriores, los métodos anticonceptivos son los procedimientos naturales o artificiales para no salir embarazadas, representando el 43,5%, los métodos anticonceptivos pueden iniciarse cuando se le quite el pecho al niño, representando el 25,3%. Los condones son los métodos anticonceptivos, representando el 35,4%.

Para elegir un método se debe ir a los servicios de planificación públicos o privados, representando el 65,3%, los tipos de métodos anticonceptivos son naturales y artificiales, representando el 39,7%, los métodos anticonceptivos naturales son la interrupción del acto sexual y la lactancia materna, representando el 35% respectivamente. Los métodos anticonceptivos naturales pueden usar todas las mujeres, representando el 55,2%, el método del ritmo ayuda a la mujer a evitar el embarazo, representando el 25,3%.

Es cierto que el aparato intrauterino de los métodos anticonceptivos produce cáncer, representando el 29,3%, es cierto que el condón se recomienda su uso en toda relación sexual, representando el 24,1%. El 28,9% de las pacientes no saben cómo se usan las espumas y jaleas espermicidas, es falso que los implantes anticonceptivos pueden producir cáncer de mama, representando el 26,3%.

El 29,6% de la población estudiada señaló que los aparatos intrauterinos (por ejemplo la T de cobre) no interfieren con la lactancia materna, los métodos que contienen hormonas son las pastillas anticonceptivas, representando el 32,7%.

Cualquier pastilla anticonceptiva puede comenzarse en cualquier día del mes, representando el 26,3%.

El 31,6% de las pacientes indicaron que es falso que en la esterilización quirúrgica (la ligadura de trompas y la vasectomía) cualquiera se puede someter a estos procedimientos cuando lo desee, el 24,9% de la población estudiada indicó la opción de todas son falsas para la pregunta del aparato intrauterino (como la T de cobre).

Para las variables que se comparan entre el uso de métodos anticonceptivos y edad, estado civil, nivel de instrucción y paridad se encontró que el factor de riesgo para el no uso de anticonceptivos son los pacientes menores a 20 años, con un estado civil de solteras, con un nivel de instrucción inferior y por último las que son nulíparas o pacientes que han presentado igual o menor a una gesta.

Según Arias et al, en el año 2014, en México, en sus variables sociodemográficas como en la edad el mayor porcentaje fue entre las edades de 21 a 29 con un 32,4% siendo la zona rural prevalente con un 50,6%, las cuales han utilizado un método anticonceptivo llevando un porcentaje de 33,8, mientras que el porcentaje mayor para la zona urbana son para quienes no han utilizado un método anticonceptivo con un 32,4%. El nivel de conocimiento acerca del tema en la zona rural es regular con un 66,7%, al igual que los de la zona urbana con un porcentaje de 73,4 (24).

Según Mallma, en el año 2017, en Perú, la media de la edad fue de 16 años con un 40,4%, el nivel de instrucción mayoritario es el de secundaria con un 51,5%, respecto al nivel de conocimiento de los anticonceptivos es bajo con un 62%, un alto porcentaje no utiliza métodos anticonceptivos con un 51,5 pero los pocos que si utilizan, tienen relaciones sexuales con condón con un 13,1% (25).

Según Villalobos et al, en el año 2017, en México, dice que la edad entre 15 a 16 años es un factor de riesgo para el no uso de métodos anticonceptivos con una prevalencia de 33 (Odds ratio), el intervalo de confianza del 95% está entre 27,5 a 39, las que están en unión libre representan una prevalencia de 8 (Odds ratio), el intervalo de confianza del 95% está entre 6,1 a 10,5 (26).

Según Mallma, el nivel de instrucción secundaria es un factor de riesgo para el no uso de anticonceptivos con una prevalencia de 1,4 (Odds ratio), el intervalo de confianza del 95% está entre 0,6 a 3,2, y un valor p de 0,420, la edad de igual o menor a 16 años es un factor de riesgo para el no uso de métodos de planificación familiar con una prevalencia de 1,7 (Odds ratio), el intervalo de confianza del 95% está entre 0,6 a 5,3 y un valor p de 0,325 (25).

Según Vinueza et al, en el año 2018, en Ecuador, el nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos es alto con un 88,29%, y por ende su uso en las relaciones sexuales, siendo este el condón el de mayor uso con un 70,7% pero con un 30,5% expresaron que el implante subdérmico es el método que preferirían utilizar (27).

Según Acosta et al, en el año 2018, en Ecuador, en su estudio se encontró que las edades con mayor porcentaje oscilaban entre 15 a 17 con un 75,2%, el nivel de conocimiento acerca del tema es alto con un 52,8%, también nos indica que el mayor anticonceptivo utilizado es el implante con un 44,8% y presentando como efecto secundario retraso de la menstruación o ausencia de ella con un 31,2% (28).

En la mayoría de los estudios descritos anteriormente se evidencia con respecto a las variables sociodemográficas valores similares al estudio realizado, pero con discrepancias en algunos estudios sobre el nivel de conocimiento de las pacientes con el nuestro, al igual que el uso de métodos anticonceptivos que son usados en su mayoría el condón, mientras que en este estudio se encontró que era el implante.

Encontramos en los análisis bivariados de los estudios descritos y nuestro estudio de que tienen similares valores, siendo un factor de riesgo las edades igual o menor de 16 años, nivel de instrucción inferior, con la única diferencia de que en nuestro estudio encontramos que el factor de riesgo para el no uso de métodos anticonceptivos es el estar soltera mientras que en los estudios descritos nos indican que es el estar en unión libre.

## CAPÍTULO VII

### 7.1 CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

#### 7.1.1 CONCLUSIONES

El estudio se realizó a 297 pacientes en edad fértil del Hospital Básico de Sucúa consiguiendo datos estadísticos de una edad media de 23 años, con un rango entre 15 a 25 años, la media de la talla es de 151 centímetros, con un rango entre 146 a 160 centímetros, la media del peso es de 61 kilogramos, con un rango entre 60 a 83 kilogramos y con un índice de masa corporal de sobrepeso, siendo este el rango de 25 a 29,9, con una media de 26,3.

En su mayoría las pacientes tienen un nivel socioeconómico medio bajo, con procedencia y residencia de zona urbana, de etnia shuar, nivel de instrucción secundaria y ocupación de ama de casa.

Las pacientes por lo general presentaron una media de 2 gestas e hijos respectivamente, con rangos entre 0 a 4 gestas y de 0 a 3 hijos por cada una, la edad media en la que iniciaron su vida sexual activa es de 16 años, con un rango entre 12 a 19 años.

En un alto porcentaje las pacientes si han utilizado alguna vez un método de planificación familiar, el cual el más utilizado fue el implante subdérmico, con esto también se preguntó si han presentado molestias con lo que en su mayor parte respondieron que si lo han hecho, siendo varios efectos secundarios. A esto, varias pacientes no han continuado utilizando.

Las que sí han continuado utilizando lo han hecho por un tiempo menor a 5 meses y no han cambiado de método, las que sí han cambiado de anticonceptivo, ha sido dentro de un año a cuatro años, siendo por los cambios en el flujo de la menstruación. El anticonceptivo con el que se sienten más cómodas es el implante.

Con respecto al nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar se encontró que es bajo, que casi no podían responder cada pregunta establecida.

En las variables bivariadas, tomando en cuenta el uso de métodos anticonceptivos con la edad, estado civil, nivel de instrucción y paridad, se encontró que las pacientes menores a 20 años, solteras, nulíparas (pacientes que han presentado igual o menor a una gesta) y nivel de instrucción inferior son un factor de riesgo para el no uso de métodos de planificación familiar.

Con el estudio se ha comprobado la veracidad de la hipótesis planteada en el estudio.

### **7.1.2 RECOMENDACIONES**

Al evidenciar en este estudio la falta de conocimientos acerca del tema, se debe empezar a realizar más campañas de concientización para poder así disminuir de a poco el embarazo no deseado.

En los colegios empezar a conversar sobre sexualidad y métodos de anticoncepción para que se pueda evitar enfermedades de transmisión sexual como HIV, ya que en Morona Santiago tiene un alto índice del mismo.

Informar a las pacientes de manera rutinaria qué tipos de anticonceptivos contamos en el área de salud pública y qué efectos secundarios podría traer consigo, para que de esta manera las pacientes estén preparadas y no abandonen el tratamiento.

Realizar más sondeos acerca de este tema y profundizar en ellos ya que se cree que las pacientes tienen información suficiente y que sí utilizan los métodos, ignorando el hecho de que la mayoría ni siquiera ha conocido un anticonceptivo en toda su vida.

Intentar eliminar el tabú de la sexualidad en Sucúa ya que por miedo o vergüenza las mujeres no se acercan a un centro de salud para informarse de cómo se puede prevenir enfermedades venéreas y qué métodos de planificación se puede utilizar para evitar el embarazo a temprana edad.

### 7.1.3 BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Retana C, Leiva-Granados R. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. *Poblac Salud En Mesoamérica* [Internet]. 2016 Jun 30; 14(1). Available from: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/25142>
2. Blázquez JM. *Los anticonceptivos en la Antigüedad Clásica*. 2014;
3. García BF, Mariño Membribes ER, Avalos González MM, Jiménez VGB. Information about contraception and contraceptive methods in adolescents in La Lisa Municipality. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2013; 29(1).
4. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2013; 30:465–470.
5. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, Vara E de la, de Castro F, et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública México*. 2013; 55:S235–S240.
6. Huerta\_M G, Sáinz\_Gómez J, Solís JA. Perfil socioeconómico y demográfico de las usuarias del Programa de Planificación Familiar de la SSA. *Salud Pública México*. 2014; 18(2):321–335.
7. Moras Rosado MM. Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-enero 2015. 2015;
8. Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Aten Fam*. 2015; 22(2):35–38.
9. Sevillano LG, Madrigal EA. Estudio de las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales desde la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp*. 2014; 16(3):98–109.

10. Monterrosa A. Anticonceptivos orales de sólo progestina. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2016; 57(1):45–53.
11. Vásquez-Awad D, Palacios S, De Melo NR, Gómez-Tabares G, de Mola RL. Anticonceptivos orales combinados: Guías Latinoamericanas. *Medicina (Mex).* 2014; 36(2):136–149.
12. González-Hernando C, Almeida M, Martín-Villamor P, Cao-Torija MJ, Castro-Alija MJ. La píldora anticonceptiva a debate. *Enferm Univ.* 2013; 10(3):98–104.
13. Andrade Moreta KE. Efecto del uso del anticonceptivo hormonal mesigyna en el estado nutricional de mujeres atendidas en la unidad anidada “Atuntaqui”, período octubre-diciembre 2017 [B.S. thesis]. 2018.
14. Castellanos Burgos G, Rojas R, Zurelly E. Reacciones adversas reportadas por anticonceptivos inyectables al programa Distrital de Fármaco vigilancia Bogotá DC, 2011-2016 [B.S. thesis]. 2017.
15. Martín JAN, Fernández CT, Barea MAL, García JS, Llamazares MJA, Montoro SG. Y SALUD SEXUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. 2014;
16. Lira-Plascencia J, Velázquez-Ramírez N, Iburgüengoitia-Ochoa F, de Jesús Montoya-Romero J, Castelazo-Morales E, Valerio-Castro E. Anticonceptivos de larga duración reversibles: una estrategia eficaz para la reducción de los embarazos no planeados. *Ginecol Obstet México.* 2013; 81(9):530–540.
17. Ramos Quispe MB. Efectos del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias del consultorio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2014 enero 2015. 2015;
18. Calixto Morales DP, Ospina Díaz JM, Manrique Abril FG. Retiro temprano del implante subdérmico con etonogestrel en usuarias de un programa de anticoncepción de Tunja - Boyacá, Colombia. *Univ Salud [Internet].* 2015 Apr 26; 17(2):224. Available from: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2709>

19. Navarrete Cheza KG, Ramírez Cumba CJ. Efectos secundarios del implante Etonogestrel en mujeres en edad fértil atendidas en el Subcentro de San Antonio, en el periodo de enero a octubre del 2014. [B.S. thesis]. 2015.
20. Taboada FGM. Métodos Anticonceptivos disponibles en la actualidad. 2015;
21. Bakalar K, Discacciati V, Dreyer C. Métodos de abstinencia periódica. *Man Para Salud Mujer*. 2016; 39.
22. Morgan-Ortiz F, Burgos-Tamayo JC, Quevedo-Castro E, Morgan-Ruiz FV, Báez-Barraza J, Peraza-Garay F de J. Patrón menstrual y reserva ovárica en pacientes con salpingectomía y oclusión tubárica para esterilización definitiva. *Ginecol Obstet México*. 2018; 86(10):650–657.
23. Naranjo P, Xavier J. Barreras para la vasectomía como método de planificación familiar en los varones de 18 a 55 años de edad de las cooperativas de taxis del cantón Tena [B.S. thesis]. Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
24. Arias-Arias II, Cruz-León A, Ramírez-Ramírez MO. Práctica y actitud de la planificación familiar en población rural y urbana. *Salud En Tabasco*. 2014;20(2):37–43.
25. Yactayo M, Giuliana K. Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to.-5to. De secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres. Setiembre a Noviembre-2015. 2017;
26. Villalobos A, De Castro F, Rojas R, Allen B. Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública México* [Internet]. 2017 Aug 25; 566. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8481>
27. Vinuesa AP. Conocimientos Actitudes y Prácticas de Métodos anticonceptivos en estudiantes de medicina de la Universidad Central del Ecuador. *Cienc E Investig Medico Estud Latinoam* [Internet]. 2018 Sep 30; 23(2). Available from: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/1048>

28. Silva MA, José M, Reasco ME, Maffare MV. Uso de Métodos Anticonceptivos por las Adolescentes que Acuden al Centro de Salud del Área No. 2 de la Ciudad de Esmeraldas. Rev Científica Hallazgos21. 2018; 3.
29. Zegarra M. Mitos y métodos anticonceptivos Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX; CP Impresores E.I.R.L. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.e-sanitas.edu.co/Diplomados>.
30. Rodríguez Ferrá Reinaldo, Gómez García Lourdes, Conde Martín Marlene. Caracterización de las progestinas inyectables y sus beneficios en la Planificación Familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2003 Abr; 19(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
31. Miguel Gutiérrez, La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo, Rev. Perú. Med. Exp. Salud publica vol.30 no.3 Lima jul. 2013, disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php>.
32. Kioskea (salud.kioskea.net), Control de natalidad, Creative Commons 2014, disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/16011-control-de-natalidad-definicion>.
33. UNFPA América Latina y el Caribe. Planificación Familiar: Clave para el desarrollo sostenible. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/planificación-familiar-clave-para-el-desarrollo>.
34. Ministerio de Salud Pública, Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar Comunitario e Intercultural MAIS – FCI. 2012.
35. Componente Normativo Materno, MSP, Agosto 2008. <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/anticonceptivo.html>. Manual de estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención materna – Neonatal, Agosto del 2008.
36. MSP, CONASA. Componente Normativo Neonatal.2008 Componente Normativo Materno, MSP, Agosto 2008. Guía de Práctica Clínica (GPC),

Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, MSP 2013.

37. Aguilar J, Mayén B. Métodos anticonceptivos para adolescentes. 2017.
38. Durán C, Jaramillo P. Vademécum Farmacoterapéutico del Ecuador. 2015.
39. Morais Pereira Sandra, Taquette Stella R. factores asociados al abandono de la anticoncepción hormonal oral: un estudio con los adolescentes de la ciudad de Chile. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2013; 72 (1): 26-32. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php>.
40. OMS. Planificación familiar. Una Piedra Angular de Planificación Familiar de la OMS. Un manual mundial para proveedores. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c688fd24bcd68e04001011e013bfb.pdf>.
41. Fétis N Giselle, Bustos M Luis, Lanas Z Fernando, Baeza W Bernardita, Contreras R Juan, Hebel N Esteban et al. Factores Asociados al uso de Anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2015; 73(6): 362-369. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php>.
42. Ministerio de Salud Pública. Por la Disminución de la Muerte Materna y Neonatal Proyecto Red Cone Cotopaxi. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/dps/cotopaxi/index.php264:por-la-disminucion-de-la-muerte-materna-y-neonatal>.
43. León E, Caicedo: Yépez L. Proceso de Normatización Gineco-Obstétricos. In Escobar A, Nieto L, Morales P. (eds). Norma y protocolo de Planificación familiar. Quito: Ediciones CONASA del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2013. pp. 80-150.

## ANEXOS

### ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.



#### COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES VIVOS DE LA UNIVERISDAD CATÓLICA DE CUENCA

**Título del proyecto de investigación:** *“Factores asociados al uso de métodos de planificación familiar en usuarias del Hospital Básico de Sucúa, Sucúa 2018 -2019”*  
**Institución a la que pertenece el investigador:** Universidad Católica de Cuenca  
**Nombre del investigador responsable:** Verónica Michelle Fajardo Campoverde  
**Datos de localización del investigador responsable:** 0998369548, vmfajardoc05@est.ucacue.edu.ec

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

**Introducción:** *Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos, o profesionales del área de conocimiento requerido que usted crea convenientes para decidir si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre conocimientos y factores que se asocian al uso de métodos de planificación familiar porque ud forma parte de la población que requiere este estudio.

**Objetivo del estudio** (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

Este estudio se basa en analizar cuántas usuarias de 297 que se eligen al azar, conocen sobre métodos de anticoncepción y qué es lo que causa uno de ellos, por medio de una encuesta que se entregará a continuación de haber firmado este documento.

**Descripción de los procedimientos** (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

Este estudio consta primeramente de un consentimiento informado el cual explica la confidencialidad del estudio que se realiza a las usuarias. Segundo consta de un cuestionario conformado de 42 preguntas.

El tiempo que se tomará será menos de 10 minutos o el tiempo que sea necesario para cada usuaria, teniendo aquella el derecho de leer cada una de las preguntas detenidamente.

**Riesgos y beneficios** (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

La confidencialidad de cada una de las respuestas se guardará y se utilizará solamente como fin de estudio para saber el porcentaje de los objetivos planteados en esta investigación y así en un futuro ayudar a mejorar las deficiencias que se encuentren en el estudio.

#### **Confidencialidad de los datos**

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrán acceso.
- 2) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio (si fuera aplicable)
- 3) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo (en caso de aplicar se procederá a la anonimización)
- 4) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

#### **Derechos del participante**

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

#### **Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0998369548 que pertenece a Michelle Fajardo Campoverde, o envíe un correo electrónico a

vmfajardoc05@est.ucacue.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Carlos Flores Montesinos, coordinador del Comité Institucional de Bioética en Investigación de Seres Vivos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina (cflores@ucacue.edu.ec)

**Consentimiento informado** *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Verónica Michelle Fajardo Campoverde	
Firma del investigador	Fecha

**ANEXO 2: ENCUESTA.**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**“FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN USUARIAS DEL HOSPITAL BÁSICO DE SUCÚA, SUCÚA 2018 – 2019”**

**Instructivo:** La encuesta que se realiza es un documento legalizado por parte de la universidad, donde su objetivo es buscar datos acerca del tema planteado para la presente tesis, se guarda confidencialidad de los mismos.

**Formulario N° \_\_\_\_\_**

**1. Edad \_\_\_\_\_ años**

**2. Talla \_\_\_\_\_      Peso \_\_\_\_\_      IMC \_\_\_\_\_**

**3. Nivel socioeconómico (Cuestionario validado de Graffar Méndez Castellanos)**

3.1 Alto

3.2 Medio alto

3.3 Medio bajo

3.4 Bajo

3.5 Marginal

**4. Estado civil:**

- 4.1 Casada
- 4.2 Divorciada
- 4.3 Viuda
- 4.4 Soltera
- 4.5 Unión Libre

**5. Procedencia** \_\_\_\_\_

**Residencia** \_\_\_\_\_

**6. Etnia:**

- 6.1 Blanca
- 6.2 Mestiza
- 6.3 Shuar
- 6.4 Afroamericana
- 6.5 Otro

**7. Nivel de instrucción:**

- 7.1 Primaria
- 7.2 Secundaria
- 7.3 Tercer Nivel
- 7.4 Ninguno

**8. Ocupación:**

- 8.1 Agricultora
- 8.2 Licenciada en enfermería
- 8.3 Comerciante
- 8.4 Médica
- 8.5 Profesora
- 8.6 Otro

Especifique: \_\_\_\_\_

**9. ¿Cuántos embarazos ha tenido contando con abortos?**

\_\_\_\_\_

**10. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?**

\_\_\_\_\_

**11. ¿Cuántos hijos tiene?**

\_\_\_\_\_

**12. ¿Alguna vez ha utilizado algún método anticonceptivo?**

12.1 Si

12.2 No

**13. ¿Qué tipo de método de anticonceptivo ha utilizado?**

13.1 Anticonceptivos orales (pastillas)

13.2 Píldora del día después

13.3 Anticonceptivos inyectables

(Mesigyna o Depo-Provera)

13.4 Implantes subdérmicos (palillos)

13.5 Anillos vaginales

13.6 Parches

13.7 T de cobre

13.8 T hormonal

13.9 Condón masculino

13.10 Condón femenino

13.11 Espermicidas locales

13.12 Diafragma

13.13 Esponjas vaginales

13.14 Métodos naturales

(Abstinencia periódica, coito interrumpido, ritmo o calendario, temperatura basal o moco cervical)

13.15 Esterilización quirúrgica

13.16 Otros

Especifique: \_\_\_\_\_

**14. ¿Al utilizarlos ha tenido alguna molestia?**

- 14.1 Si
- 14.2 No

**15. ¿Qué tipo de molestia ha sentido?**

- 15.1 Aumento de peso
- 15.2 Dolores de cabeza
- 15.3 Disminución de la libido
- 15.4 Náuseas
- 15.5 Vómitos
- 15.6 Cansancio
- 15.7 Sueño
- 15.8 Dolores abdominales
- 15.9 Cambios en el flujo de la menstruación
- 15.10 Cambios de humor
- 15.11 Depresión
- 15.12 Acné
- 15.13 Dolor de mamas
- 15.14 Mareos
- 15.15 Ausencia de la menstruación
- 15.16 Retraso de la menstruación
- 15.17 Reacción alérgica a la piel
- 15.18 Otros

Especifique: \_\_\_\_\_

**16. ¿Ha continuado utilizándolos?**

- 16.1 Si
- 16.2 No

**17. ¿Qué tiempo ha utilizado el método anticonceptivo?**

\_\_\_\_\_

**18. ¿Realizó cambio de método anticonceptivo?**

- 18.1 Si

18.2 No

**19. ¿En qué tiempo lo cambió el método anticonceptivo?**

\_\_\_\_\_

**20. ¿Por qué efecto secundario cambió el método anticonceptivo?**

\_\_\_\_\_

**21. ¿Con qué método se siente más cómoda?**

\_\_\_\_\_

• **ENCUESTA (Validada de una tesis de Verónica Ticona)**

**22. La planificación familiar sirve para:**

- a) Que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tendrán
- b) Evitar los embarazos
- c) Tener los hijos en el momento más adecuado
- d) Programar la llegada del próximo hijo
- e) Todas las alternativas anteriores son ciertas

**23. El método anticonceptivo que use una mujer debe ser:**

- a) El que la mujer escoja
- b) El que su marido le imponga
- c) El que su médico decida
- d) El que se elige luego de un asesoramiento completo de su pareja con el médico
- e) El que le aconseje su amiga

**24. ¿Qué beneficio tiene la planificación familiar después del parto?**

- a) Evita que vaya a un lejano centro de salud después del parto
- b) Iniciar las relaciones sexuales con seguridad en los 40 días después del parto
- c) Protección contra el embarazo por largo tiempo.
- d) Menos dolor y sangrado luego de la colocación del aparato intrauterino (por ejemplo la T de cobre)

e) Todas las alternativas anteriores son ciertas

**25. Las pastillas anticonceptivas NO pueden ser usadas por mujeres:**

- a) Mayores de 35 años
- b) Con diabetes controlada
- c) Con hipertensión arterial
- d) Con anemia por deficiencia de hierro
- e) Ninguna de las anteriores

**26. ¿Qué son los métodos anticonceptivos?**

- a) La ligadura de las trompas
- b) El quitar el útero
- c) Los procedimientos naturales o artificiales para no salir embarazada
- d) Las pastillas anticonceptivas
- e) El aparato intrauterino

**27. Los métodos anticonceptivos pueden iniciarse:**

- a) A las 24 horas después del parto
- b) Durante los primeros ocho días después del parto
- c) A los 40 días después del parto
- d) Cuando le quite el pecho al niño
- e) En cualquier momento después del parto

**28. ¿Cuál o cuáles son métodos anticonceptivos?**

- a) Las pastillas anticonceptivas
- b) Los condones
- c) El aparato intrauterino (como la T de cobre)
- d) El método del ritmo
- e) Todas las alternativas anteriores

**29. A donde se debe ir para elegir un método anticonceptivo:**

- a) A las farmacias
- b) A la iglesia
- c) Al supermercado

- d) A comprar libros o folletos sobre métodos anticonceptivos
- e) A los servicios de planificación públicos o privados

**30. ¿Cuáles son los tipos de métodos anticonceptivos?**

- a) Naturales y artificiales
- b) Pastillas y aparatos
- c) Condones y pastillas
- d) Esterilización
- e) No sabe

**31. ¿Cuál o cuáles son métodos anticonceptivos naturales?**

- a) El método del ritmo
- b) Temperatura basal y moco cervical (el moco que sale de la vagina)
- c) Interrupción del acto sexual
- d) La lactancia materna
- e) Todas las alternativas anteriores son ciertas

**32. ¿Quiénes pueden usar métodos anticonceptivos naturales?**

- a) Todas las mujeres
- b) Solo las católicas
- c) Mujeres con reglas regulares
- d) Las mujeres casadas
- e) No sé

**33. El método del ritmo ayuda a la mujer a:**

- a) Quedar embarazadas
- b) Saber el período de fertilidad (los días en que puede salir embarazada)
- c) Evitar el embarazo
- d) Todas las anteriores
- e) No sabe

**34. Es cierto que los métodos anticonceptivos:**

- a) Ninguno es confiable
- b) El aparato intrauterino produce cáncer

- c) Al usarlos, muchas mujeres no podrán tener hijos nunca más
- d) La vasectomía y la ligadura de las trompas disminuyen el deseo sexual
- e) Todas son falsas

**35. Es cierto que el condón:**

- a) No se debe utilizar más de una vez
- b) Es recomendable su uso en toda relación sexual
- c) Se coloca con el pene erecto
- d) Sirven para prevenir enfermedades venéreas y el Sida
- e) Todas las alternativas anteriores son ciertas

**36. ¿Cómo se usan las espumas y jaleas espermicidas?**

- a) Se colocan después de la relación sexual
- b) Se colocan 24 horas antes de la relación sexual
- c) Se colocan 15 minutos antes de la relación sexual
- d) Protegen siempre sin importar el momento en que se apliquen
- e) No sabe

**37. Es falso que los implantes anticonceptivos:**

- a) Son cilíndricos o en capsula, pequeños y flexibles que colocan debajo de la piel del brazo
- b) Pueden producir cáncer de mama
- c) Son 99% efectivos si se colocan correctamente, y ser colocados por personal de salud
- d) Son implantes que contienen hormonas
- e) No conozco los implantes anticonceptivos

**38. Es verdad que los aparatos intrauterinos (por ejemplo la T de cobre) son:**

- a) Son de varias formas
- b) No interfieren con la lactancia materna
- c) Son de larga duración
- d) Es uno de los métodos más efectivos
- e) Todas son verdaderas

**39. Los métodos que contienen hormonas son:**

- a) Las pastillas anticonceptivas
- b) Las inyecciones
- c) Los implantes dentro de la piel
- d) Los aparatos intrauterinos
- e) Todas las anteriores

**40. Cualquier pastilla anticonceptiva puede:**

- a) Tomarse amamantando al bebé
- b) Comenzarse en cualquier día del mes
- c) Tomarlas cualquier mujer
- d) Tomarse durante el embarazo
- e) Todas las alternativas anteriores son falsas

**41. Es FALSO que esterilización quirúrgica (la ligadura de trompas y la vasectomía):**

- a) Se puede emplear en la mujer
- b) Se puede emplear en el hombre
- c) Se pueden emplear en el hombre y en la mujer
- d) Cualquiera se puede someter a estos procedimientos cuando lo desee
- e) Su elección debe ser consultada con el médico

**42. Es cierto que las mujeres que usan aparato intrauterino (como la T de cobre)**

- a) No necesitan regresar nunca a control médico
- b) Aumentan de peso
- c) Es muy recomendado en mujeres que nunca han salido embarazadas
- d) Si sale embarazada, se le incrusta en la cabeza del bebé
- e) Todas son falsas

### ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Presentación y aprobación del protocolo	x							
Revisión del marco teórico e instrumentos para recolección de datos		x						
Recolección de los datos			x	x				
Análisis e interpretación de la información y de los datos					x			
Elaboración y presentación de la información						x		
Elaboración del documento final							x	
Aprobación del documento final del proyecto de Tesis								x

## ANEXO 4: PRESUPUESTO

MATERIALES	COSTO
Materiales de oficina	\$ 70
Computadora	\$ 2000
Impresora	\$ 750
Copias	\$ 150
Arriendo y comida	\$ 400
<b>Total</b>	<b>\$ 3,370</b>