



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

“Nivel de conocimientos y prácticas sobre la planificación familiar en las mujeres indígenas de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja”

Tesis previa a la obtención del título de Médico General

AUTORA: Martha Germania Celi Armijos

DIRECTORA: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

**LOJA – ECUADOR
2018**

Certificación

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de tesis titulada, "NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, QUISQUINCHIR Y ÑAMARIN DEL CANTÓN SARAGURO PROVINCIA DE LOJA", realizada por la Sra. Martha Germania Celi Armijos, previo a optar el grado de Médico General, ha sido desarrollada bajo mi dirección y revisada de acuerdo a las normas establecidas en el reglamento interno de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Loja, 24 de Enero del 2018

Atentamente,



.....
Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, Martha Germania Celi Armijos declaro ser autora del presente trabajo de titulación, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

AUTORA: Martha Germania Celi Armijos

FIRMA: 

CÉDULA: 1104850035

FECHA: 24 de enero del 2018

Carta de autorización

Yo, Martha Germania Celi Armijos, autora del trabajo de investigación titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, QUISQUINCHIR Y ÑAMARIN DEL CANTÓN SARAGURO PROVINCIA DE LOJA", autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad. A través de su visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 24 días del mes de Enero del dos mil dieciocho, firma la autora.

Firma:



Autora: Martha Germania Celi Armijos

Cédula: 1104850035

Dirección: Barrio las Peñas Av. De los Paltas y Quijos

Correo Electrónico: *magita_celi11@hotmail.com*

Teléfono: 0984648459

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

Tribunal de grado: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Esp.

Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación está dedicado a mi **DIOS Y LA VIRGEN SANTÍSIMA DE EL CISNE**, quienes supieron encaminarme siempre, mostrándome su amor incondicional, dándome fuerzas para seguir adelante y no ceder ante ningún problema que se presentaba, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad, ni decaer en el intento, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida.

A mis ESPOSO, Diego Martin Jaramillo Espejo que ha estado siempre a mi lado brindándome cariño, confianza y su apoyo incondicional para seguir adelante para poder cumplir otra meta en mi vida.

A mis HIJOS, Ángel Josué y Juan Diego Jaramillo Celi que son el motivo y la razón principal que me ha llevado a seguir superándome día a día, para alcanzar mis más apreciados ideales de superación, fueron quienes en los momentos más difíciles me dieron su amor y comprensión, quiero también dejar a cada uno de ellos una enseñanza que cuando se quiere alcanzar algo en la vida, no hay tiempo ni obstáculo que lo impida para poder lograr.

A mis queridos PADRES, Ángel Eugenio Celi Dota y Dorinda de Jesús Armijos Salinas por todo su apoyo, comprensión, ayuda, consejos y sobre todo amor que siempre me han brindado en cada etapa de mi vida. Gracias a los dos, que me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

Martha Germania Celi Armijos

Agradecimiento

Queda impreso mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, especialmente a la Facultad de Medicina.

Mi gratitud especial a todos los catedráticos que me supieron prodigar sus sabias enseñanzas, de manera especial a la Dra. Karina Calva Jirón Directora de tesis, a mi familia, ya que gracias a su apoyo y su valiosa orientación pude terminar con éxito el presente trabajo investigativo.

De igual manera expreso mi agradecimiento a todos y cada una de las personas que hicieron posible la recopilación de la información necesaria para el feliz desarrollo de la misma.

Martha Germania Celi Armijos

Índice

Carátula.....	i
Certificación	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
1 Título	1
2 Resumen	2
Summary.....	3
3 Introducción.....	4
4 Revisión de Literatura	6
4.1 Capítulo 1: Planificación Familiar	6
4.1.1 Definición	6
4.1.3 Anticonceptivo Ideal.....	7
4.1.4 Elección del anticonceptivo	7
4.1.5 Asesoría general en planificación familiar.	8
4.1.5.1 Primer momento.....	8
4.1.5.2 Segundo momento	9
4.1.5.3 Tercer momento	9
4.1.5.3.1 Atención Preconcepsional	9
4.1.5.3.2 Atención de Infertilidad.....	9
4.1.5.3.3 Atención de Anticoncepción.....	9
4.2 Capítulo II: Clasificación de los Métodos Anticonceptivos.....	10
4.2.1 Métodos temporales hormonales	10
4.2.1.1 Anticonceptivos combinados	10
4.2.1.1.1 Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)	13
4.2.1.1.2 Anticonceptivos inyectables combinados.....	16
4.2.1.1.3 Anticonceptivos transdermicos combinados (ATC).....	18
4.2.1.2 Anticonceptivos hormonales que solo contienen Progestina.....	21
4.2.1.2.1 Anticonceptivos orales que solo contienen progestina (AOP) minipildora.	24

4.2.1.2.2	Anticonceptivos inyectables que solo contienen progestina (AIP)	27
4.2.1.2.3	Implantes Subdermicos.....	29
4.2.1.3	Anticonceptivos hormonales de Emergencia.....	33
4.2.2	Métodos Temporales Hormonales	34
4.2.2.1	Condón Masculino	36
4.2.2.2	Condón Femenino	38
4.2.2.3	Diafragma.	39
4.2.3	Métodos Temporales Intrauterinos	41
4.2.3.1	Dispositivo intrauterino de cobre (DIU).	41
4.2.3.2	Dispositivo intrauterino liberador de Levonorgestrel (DIU-LNG).....	46
4.2.4	Métodos Naturales	48
4.2.4.1	Método Natural Mela.....	48
4.2.4.2	Método del ritmo o calendario	50
4.2.4.3	Método de la temperatura (Sintotérmico)	51
4.2.4.4	Método de la ovulación (Billings)	52
4.2.4.5	Coito Interrumpido.....	54
4.2.5	Métodos definitivos Quirúrgicos	54
4.2.5.1	Esterilización femenina (ligadura)	56
4.2.5.2	Esterilización masculina (vasectomía).....	57
5	Materiales y Métodos	59
6	Resultados	63
7	Discusión	66
8	Conclusiones	68
9	Recomendaciones	69
10	Bibliografía.....	70
11	Anexos.....	73

1 Título

"Nivel de conocimientos y prácticas sobre la planificación familiar en las mujeres indígenas de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja".

2 Resumen

La planificación familiar permite identificar y modificar los factores de riesgos que comprometen la salud materna y neonatal. El presente trabajo investigativo, se basa en un diseño cuantitativo, cualitativo, de tipo descriptivo y analítico, con el objetivo general de investigar los niveles de conocimiento y prácticas sobre planificación familiar en las mujeres indígenas en edad fértil de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin pertenecientes al cantón Saraguro de la provincia de Loja durante el periodo Febrero- Julio del 2016. Como objetivos específicos identificar el nivel de conocimiento sobre la planificación familiar, determinar cuál es el método anticonceptivo más utilizado y establecer la causa del abandono de la planificación familiar. La presente investigación se realiza a una muestra de 166 mujeres, obtenida de un universo de 910 mujeres indígenas en edad fértil dispuestas a ser partícipes del estudio, excluidas aquellas menores de 12 y mayores de 49 años, las que no están dispuestas a participar del estudio, mujeres mestizas y aquellas que no pertenezcan a las comunidades estudiadas, se establece a través de una encuesta previamente validada, donde los resultados indicaron que el 62% conocen poco sobre la planificación familiar, el 20% nada y el 18% bastante. Entre los métodos anticonceptivos más utilizados son: Preservativo masculino con un 12%, ímplate subdermico para 3 años con el 11%, Inyección mensual 10%. Dentro de las causas de abandono más relevantes se encuentran: La pareja está en desacuerdo 24%, la falta de información 23%, la poca disponibilidad de tiempo 18%. Concluyéndose que surge la necesidad de información oportuna sobre el tema; para intervenir con un plan educativo sobre salud sexual y reproductiva, mediante la implementación de una guía, como una herramienta de aprendizaje sobre planificación familiar y como un aporte importante de la Universidad Nacional de Loja.

Palabras Claves: Planificación familiar con el uso de anticonceptivos.

Summary

The Family planning and contraceptive practices allow the identification and modification of risk factors that compromise maternal and neonatal health. The present investigative work is based on a quantitative, qualitative, descriptive and analytical design, with the objective of investigating the levels of knowledge and practices on family planning in indigenous women of fertile age in the Lagunas, Quisquinchir and Ñamarin belonging to the Saraguro canton of the city of Loja during the period February-July 2016. Specifically with the objective of identifying the level of knowledge about family planning in indigenous women of fertile age, determine which is the most used method of contraception by indigenous women in fertile age and establish the cause of the abandonment of family planning in indigenous women of fertile age. The present investigation is done to a sample of 166 indigenous women of fertile age, obtained from a universe of 910 indigenous women between 12 and 40 years willing to participate in the study, excluding those under 12 and over 49 years, those that aren't willing to participate in the study, mestizo women and those who don't belong to the communities studied, also is established through a previously validated survey, where the results indicated that: the 62% know little about family planning, 20% nothing and 18% enough. Among the most used contraceptive methods are: Male condom with 12%, subdermal implant for 3 years with 11%, Monthly injection 10%. Among the most relevant causes of abandonment are: The couple is in disagreement 24%, the lack of information 23%, the little availability of time 18%. Therefore, there is a need for timely information on the subject; to join in with a plan, which allows adopting attitudes, healthy and safe practices on sexual and reproductive health, through the implementation of an educational guide, as a tool for learning about family and as an important contribution of the National University of Loja.

Key words: Family planning with the use of contraceptives.

3 Introducción

Se considera que la falta de conocimientos y prácticas de la planificación familiar, estaría inmersa en los aspectos demográficos y antecedentes gineceo-obstétricos, debido a la no utilización de los diferentes anticonceptivos. Las prácticas anticonceptivas, son técnicas importantes para evitar embarazos no deseados y lo principal, enfermedades de transmisión sexual, se lo considera una práctica eficaz para prevenir complicaciones tales como; los embarazos tempranos, tardíos, el intervalo inter-genésico muy corto y la mortalidad materno- infantiles. De esta manera mejorar el bienestar de la familia y crear una mejor sociedad.

Se determina que el uso de anticonceptivos varía ampliamente en todo el mundo, el 63 % de las mujeres casadas entre 15 y 49 utilizan un método de planificación familiar, de las cuales el 57 % utiliza algún método moderno. Demostrándose que la mayoría de las mujeres en los países más desarrollados utilizan métodos anticonceptivos, mientras que en muchos de los países más pobres una de cada cinco mujeres casadas usan un método moderno. El Cuadro de Datos Mundial Sobre la Planificación Familiar (PRB 2013), de 150 países indican la necesidad insatisfecha de planificación familiar en un 20% en mujeres que usan métodos modernos. (Kaneda, 2014)

Los datos más actuales sobre planificación familiar son los realizados por la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA 2013), revela que en los países en desarrollo, alrededor de 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo y 16 millones de adolescentes en el mundo entre los 15 y 19 años se convierten en madres cada año. (Jaramillo, 2013)

La falta de planificación familiar en el Ecuador incide, en que este sea el país con mayor densidad poblacional de América del Sur (64 habitantes por kilómetro cuadrado), sobre todo en los sectores más pobres, donde a mayor número de hijos, menores son las posibilidades de lograr atención médica, educación y empleo. (DATOS ECUADOR 2016). Tal problema se relaciona como una causa la falta de información sobre la planificación familiar y sus practicas adecuadas.

Según el registro de ENDEMAI-2015, el 96% de las ecuatorianas conocen sobre métodos anticonceptivos y pese a que estos se encuentran fácilmente en los centros de salud públicos, hay otras razones que hacen que las mujeres dejen de usarlos o no acudan a solicitarlos, como son el desconocimiento, la condición socioeconómica, su cultura, creencias y relaciones sexuales a edades tempranas como las principales de todas. El conocimiento de al menos un método anticonceptivo es de 94 %, estos datos disminuyen notablemente para las mujeres de un nivel socioeconómico bajo, la cifra es del 75 %.

El Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos publicó que los ecuatorianos prefieren como método de planificación familiar la utilización de preservativos como método de emergencia con el 60 %. Hace también referencia la esterilización femenina encabeza la lista con el 32,30 %, el 11,20 % elige las píldoras anticonceptivas, el 10,80 % método anticonceptivo inyectable, y el 5,70% el implante subdérmico. (INEC 2015).

En la provincia de Loja en un estudio publicado menciona que de las 62 mujeres en edad fértil entrevistadas 94 % de las mujeres sí tiene conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y 6 no lo tiene, de las mismas el 69 % utiliza algún método mientras que el 31% no utiliza como principales causas se señala: el daño a la salud y la falta de información. (Guzmán Carlos 2012).

El conocimiento insuficiente de la planificación familiar, el uso incorrecto de los métodos anticonceptivos, poco efectivos o no seguros (naturales) son los principales problemas de embarazos en edades tempranas, es por tal razón que la presente investigación tiene como objetivo general: determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre la planificación familiar en las mujeres indígenas de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja durante el periodo Febrero-Julio del 2016. Como objetivos específicos identificar el nivel de conocimiento sobre la planificación familiar, determinar cuál es el método anticonceptivo más utilizado y establecer la causa del abandono de la planificación familiar. Este trabajo servirá como fuente de información sobre la situación actual de una población en riesgo afectada por la falta de conocimiento y empleo del mismo.

4 Revisión de Literatura

4.1 Capítulo 1: Planificación Familiar

4.1.1 Definición. Planificación familiar es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

La planificación familiar también permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resultando esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. (MORALES JENNY 2015)

4.1.2 Generalidades. El abordaje de la problemática de la procreación humana y el grado de responsabilidad asignada a los profesionales en la orientación, información y asistencia que debe brindarse, supone tener en cuenta múltiples facetas. La conformación del matrimonio (o de la pareja humana), de la familia, los hijos, no son hechos bio-demográficos exclusivamente, sino que están vinculados además con el desarrollo afectivo y con los derechos individuales.

La Organización Panamericana de la Salud define a la planificación familiar como "un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana en el nivel familiar de acuerdo con las necesidades de salud y bienestar de la familia". (ESPINOSA 2017)

Implica instrucción y educación para que la pareja sepa cuál es el mejor método de tener hijos desde el punto de vista de la salud, qué hacer si el hijo deseado no llega, cómo enfrentar el ejercicio de una sexualidad plena, cómo transmitir esos conocimientos a sus hijos y, finalmente, cómo evitar la aparición de un embarazo no deseado. El concepto de paternidad responsable es aceptado universalmente y sólo se plantean objeciones a ciertos métodos de planificación familiar; es conocido que la Iglesia Católica objeta el empleo de algunos de ellos.

En planificación familiar el médico es el jefe del equipo de salud que debe resolver las consultas enumeradas. El equipo se completa con la intervención de psicólogos, sociólogos, asistentes sociales, etc.

El problema de la anticoncepción, si bien adquiere relevancia en nuestra época como consecuencia de los cambios operados en la conducta sexual y el advenimiento de la sociedad industrial y la explosión demográfica, es tan antiguo como la humanidad.(MORALES JENNY 2015)

4.1.3 Anticonceptivo Ideal. Las condiciones que debe reunir un contraceptivo para ser ideal, son las siguientes:

- a) **Eficacia.** Impedir en el 100% de los casos la aparición del embarazo no deseado.
- b) **Reversibilidad.** Suspendido su uso, el embarazo debe producirse sin ningún problema importante atribuido al método utilizado.
- c) **Tolerabilidad.** No debe tener efectos secundarios indeseables.
- d) **Aceptabilidad.** Su utilización no debe crear conflictos matrimoniales en lo que respecta a creencias religiosas, costumbres, sexualidad, etcétera.
- e) **Practicabilidad.** Debe ser fácil de usar.

4.1.4 Elección del anticonceptivo. Los profesionales de la salud deberían ser capaces de informar a la pareja sobre las ventajas e inconvenientes de cada uno de los métodos aptos para la planificación familiar. Ningún método es totalmente efectivo para prevenir un embarazo, ni completamente aceptado para asegurar la armonía sexual, ni se encuentran exentos de efectos secundarios. Las diferencias sociales, culturales y económicas hacen difícil uniformar criterios sobre anticoncepción, pero no caben dudas que el profesional debe estar informado de las ventajas y desventajas de los métodos conocidos en la regulación de la fertilidad.

Sin embargo, los médicos no deben decidir por la pareja, aunque son los que pueden dar una información segura. Una mujer católica puede considerar que el único método es el método del ritmo, mientras que otra que tiene relaciones sexuales

ocasionales puede considerar que no necesita píldoras diarias. Del mismo modo, para una paciente que tiene antecedentes de enfermedad pelviana inflamatoria no debería sugerirse un dispositivo intrauterino, y a una mujer menopáusica, fumadora e hipertensa no es ideal indicarle anticonceptivos orales. La alergia al cobre es una contraindicación para los DIU con cobre, como la alérgica a los espermicidas lo sería para las cremas anticonceptivas. (GUZMAN CARLOS 2012)

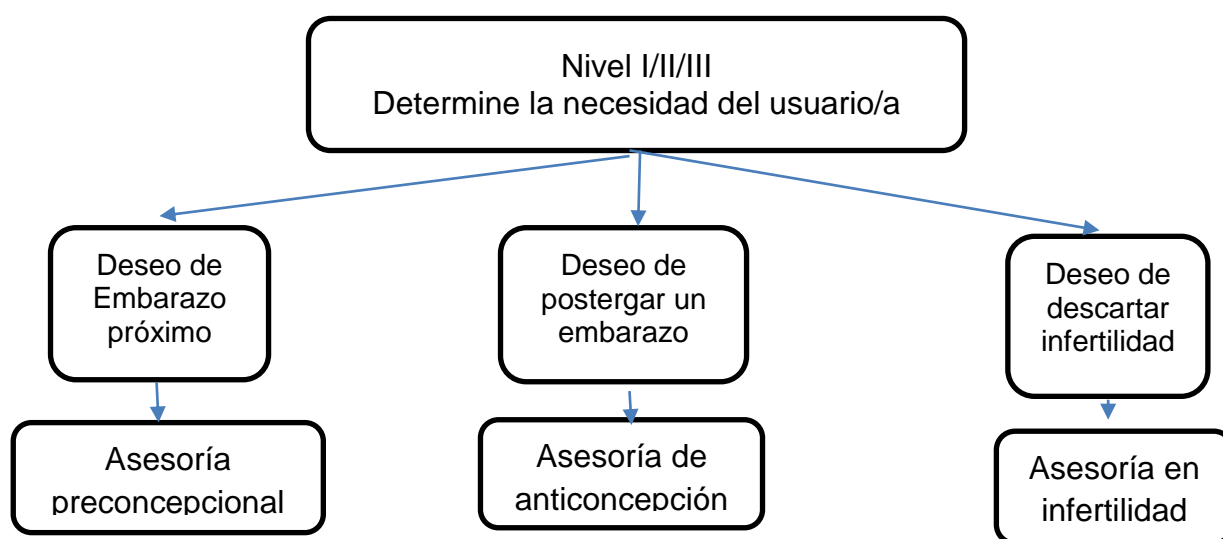
Factores inherentes a la pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estilo de vida • Frecuencia sexual • Familia deseada • Experiencia anticonceptiva previa • Actitud femenina • Actitud masculina
Factores de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de salud • Historia menstrual • Antecedentes obstétricos • Exámen físico • Examen ginecológico
Factores generales	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación • Efectividad • Inocuidad • Reversibilidad • Costo • Practicidad.

4.1.5 Asesoría general en planificación familiar. La planificación familiar identifica tres componentes:

4.1.5.1 Primer momento. Identifica a las y los usuarios que buscan un embarazo y que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Control Preconcepcional.

4.1.5.2 Segundo momento. Comprende a las y los usuarios que ejercen su derecho a la sexualidad y no quieren un embarazo por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Asesoramiento y uso de métodos de Anticoncepción.

4.1.5.3 Tercer momento. Dirigido hacia las y los usuarios que buscan un embarazo, mas no lo consiguen con facilidad por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Asesoramiento y Manejo de Infertilidad. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)



FUENTE: Norma y Protocolo de Planificación Familiar, MSP. Proceso de Normatización del SNS. CONASA. 2010, Asesoría de planificación Familiar. pp 19.

4.1.5.3.1 Atención Preconcepcional. Permite identificar y modificar los riesgos de tipo conductual, social y biomédico para precautelar la salud de la usuaria-o y el desarrollo normal del futuro embarazo mediante su prevención y manejo.

4.1.5.3.2 Atención de Infertilidad. La asesoría en infertilidad debe ser ofertada con el objetivo de identificar riesgos existentes o potenciales de tipo conductual, social y biomédico que pueden ser corregidos o modificados y que sean las causas de subfertilidad o infertilidad.

4.1.5.3.3 Atención de Anticoncepción. Consiste en brindar con calidad y respeto todas las herramientas necesarias para que la usuaria/o pueda elegir el método anticonceptivo más apropiado. Representa una estrategia fundamental que requiere del proveedor una

adecuada capacitación para lograr una anticoncepción eficaz y duradera. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)

4.2 Capítulo II: Clasificación de los Métodos Anticonceptivos

4.2.1 Métodos temporales hormonales. Los métodos anticonceptivos hormonales son sumamente eficaces, aunque algunos requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres. También son seguros. Sin embargo, dado que las hormonas pueden tener efectos en diversos sistemas del cuerpo, se debe prestar atención especial a los efectos secundarios y a las cuestiones de seguridad. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)

Mecanismos de Acción. Todos los tipos de anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales. La inhibición total o parcial de la ovulación es uno de los mecanismos de acción. Las hormonas que contienen estos anticonceptivos actúan en el cerebro. Hacen que el hipotálamo y la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación.

4.2.1.1 Anticonceptivos combinados. Los anticonceptivos combinados orales e inyectables y los inyectables sólo de progestina inhiben sistemáticamente la ovulación.

- Anticoncepción oral combinada (AOC)
- Anticoncepción inyectable combinada
- Anticoncepción transdérmicos

Indicaciones:

- Mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más 40 años.
- Mujeres que han tenido hijos o no.
- Mujeres con o sin pareja estable.
- Mujeres que han tenido abortos o embarazos ectópicos.
- Mujeres que fuman y son menores de 35 años.
- Mujeres que tengan o con antecedentes de anemia.
- Mujeres que padezcan de depresión.
- Mujeres con várices.

- Mujeres que viven con VIH y SIDA, estén o no con terapia antirretroviral (más uso de condón).
- Mujeres con ITS o EPI.
- Mujeres con híper e hipotiroidismo.
- Mujeres con diabetes sin compromiso vascular, renal, visual o neurológico.
- Mujeres con cefaleas leves.
- Mujeres con patrón menstrual irregular, menorragia o hipermenorrea.
- Mujeres con quistes o tumores benignos del ovario o del seno.
- Mujeres con lactancia parcial luego de 6 semanas posparto.
- Mujeres con lactancia exclusiva luego de 6 meses posparto.
- Mujeres sin lactancia 3 semanas posparto.
- Mujeres con endometriosis o miomatosis u ovario poliquístico. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)

Contraindicaciones:

- Embarazo.
- Mujeres con lactancia parcial y menos de 6 semanas posparto.
- Mujeres con lactancia exclusiva y menos de 6 meses posparto.
- Mujeres sin lactancia y menos de 3 semanas posparto.
- Sangrado vaginal de etiología desconocida.
- Mujeres fumadoras mayores de 35 años
- Mujeres con antecedentes de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar o enfermedad actual cardiovascular.
- Hiperlipidemias graves o con otros factores de riesgo asociados
- Cáncer mamario, genital o hepático.
- Hepatitis viral activa, cirrosis hepática, tumores hepáticos.
- Tratamiento con rifampicina, fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona.
- Cefalea migrañosa sin aura en mayores de 35 años y con aura a cualquier edad.
- Usuarias con cirugía mayor con inmovilización prolongada (1 semana o más).

Mecanismo de acción:

- Evitan la ovulación

- Aumentan la consistencia del moco cervical.
- Produce cambios en el endometrio.
- Reduce el transporte de los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio.
(CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)

Ventajas:

- Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer lo solicite siempre que no existan contraindicaciones temporales o definitivas.
- Previene el embarazo no planificado eficazmente.
- Es un método muy seguro, conveniente y eficaz.
- Cómodos, puede usarse a largo plazo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro.
- Retorno inmediato a la fertilidad luego de la discontinuación.
- No es abortivo. No interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado.

Brinda protección contra:	Reduce:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Embarazo ectópico ✓ Cáncer de endometrio ✓ Cáncer de ovario ✓ Enfermedad pélvica inflamatoria ✓ Quistes ováricos ✓ Anemia por deficiencia de hierro 	<ul style="list-style-type: none"> • Dismenorrea. • Alteraciones del patrón de sangrado menstrual. • Dolor de ovulación. • Vello excesivo en rostro o cuerpo. • Síntomas de síndrome de ovario poliquístico. • Síntomas de endometriosis.

Desventajas:

- NO previene las ITS incluyendo VIH y SIDA (recomiende el uso correcto de condón, además del Anticonceptivo Combinado, si existe riesgo).

- Puede tener efectos secundarios: cambios en los patrones de sangrado, cefalea, mareo, náusea, dolor mamario.
- No se recomienda en mujeres en período de lactancia.
- Dependen de la toma o administración correcta para mantener su elevada eficacia.
- El olvido o toma incorrecta disminuye la eficacia.

4.2.1.1.1 Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)

ESTROGENO	PROGESTAGENO
Etinil estradiol < 35 mcg	Levonorgestrel Gestodeno Desogestrel Ciproterona Drospirenona Acetato de clormadinona

La píldora anticonceptiva combina cantidades variables de hormonas similares a las que sintetiza el organismo (estrógenos y progestágenos), que inhiben la producción y liberación de óvulos por el ovario. También actúan espesando el moco cervical, de forma que se dificulta el paso de los espermatozoides, y adelgazando la mucosa uterina para que no se produzca la implantación.

La píldora anticonceptiva oral combinada puede presentarse en estuches de 21 o 28 unidades. Es muy segura desde que empieza a tomarse (primer ciclo de pastillas) siempre que se haga correctamente (a la misma hora, durante los días correspondientes). Es recomendable utilizar preservativo durante el primer ciclo de pastillas. Su indicación y control debe ser realizado por profesionales sanitarios. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)

Inicio del anticonceptivo oral combinado

La usuaria puede iniciar la toma del anticonceptivo oral combinado dentro de los 5 días de haber iniciado la menstruación, idealmente el primer día.

Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer:

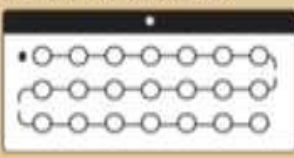
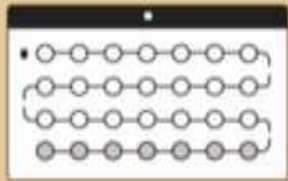
- Después de los 5 primeros días de haber iniciado la menstruación, luego de descartar embarazo actual. Adicionar condón durante 7 días.
- Inmediatamente del posaborto.
- Inmediatamente del retiro de un DIU.
- Inmediatamente de la administración de Anticoncepción de Emergencia (a las 24 horas)
- A los 21 días luego del parto, si no está dando de lactar.
- A las seis semanas luego del postparto, si la lactancia es parcial.
- A los seis meses luego del pos parto, si la lactancia es exclusiva.

Si la usuaria aún no menstrúa, puede comenzar cualquier día luego de descartar razonablemente el embarazo, e indicar el uso de condón por 7 días como respaldo. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)

Si no cumple estos criterios se debe sugerir otro método anticonceptivo apropiado para el caso.

Forma de uso del anticonceptivo oral combinado

- Muestre a la usuaria el paquete de tabletas que se va a administrar y explique la forma en que tiene que utilizarse según sea de 21 o de 28 tabletas.

<p>Paquete de 21 tabletas</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Tome una tableta diaria por 21 días. • A la misma hora. • Sin olvidos. • Sin interrupciones ni descansos. • Terminadas las tabletas, espere 7 días y reinicie un nuevo paquete al día siguiente. 	<p>Paquete de 28 tabletas (21 activas/7 inactivas de otro color, o 24 activas/4 inactivas de otro color)</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Tome una tableta diaria por 28 días. • A la misma hora. • Sin olvidos. • Sin interrupciones ni descansos. • Terminadas las tabletas, reinicie un nuevo paquete al día siguiente.
---	---

FUENTE: Norma y Protocolo de Planificación Familiar, MSP. Proceso de Normatización del SNS. CONASA. 2010, Anticonceptivo oral combinado. pp 53

- Recalque a la usuaria que debe seguir el sistema de flechas impresas en la parte posterior del paquete de anticonceptivos orales combinados para mantener el orden adecuado.
- Recalque a la usuaria que la menstruación se presentará en los días en que no toma tabletas (paquetes de 21 tabletas) o en los días que toma las tabletas de otro color (paquete de 28 tabletas).

Efectos Secundarios

- Indique a la mujer que la mayoría de mujeres no presentan efectos molestos.
- Indique que los efectos secundarios son leves y pueden o no incluir: náusea, cefalea, mareo, sensibilidad anormal de senos, cambios en el patrón de sangrado.
- Indique que no son motivo para dejar de tomar las tabletas.
- Recalque que son pasajeros y desaparecen en los primeros 3 meses de uso del método.

En caso de olvido en la toma del anticonceptivo oral combinado

<p>Olvido de 1 o 2 píldoras o inicio de un paquete nuevo 1 o 2 días tarde:</p>	<p>Indique que tome una tableta activa lo antes posible y que tome normalmente la siguiente a la hora habitual. Es posible que tome dos tabletas simultáneamente en el mismo día.</p>
<p>Olvido de 3 o más píldoras en la primera/segunda semana de toma o si comenzó un nuevo paquete 3 o más días tarde:</p>	<p>Indique la toma de una tableta activa lo antes posible.</p> <p>Uso de condón los próximos 7 días.</p> <p>Sugiera el uso de Anticoncepción de Emergencia si ha tenido coito en los últimos 5 días.</p> <p>Indique a la mujer que termine todas las tabletas activas de la tercera semana y que comience un nuevo paquete inmediatamente (si tiene 21 tabletas) o que descarte las 7 últimas tabletas (si tiene 28 tabletas) e inicie un nuevo paquete inmediatamente.</p>

Si olvidó una tableta o más no activa (en el caso de paquetes de 28 tabletas):	Descarte la tableta/s no activa/s que olvidó tomar. Indique que continúe tomando el paquete normalmente hasta terminarlo
--	---

Efectividad

Se considera un 99,7% de efectividad.

4.2.1.1.2 *Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)*. Consiste en la administración mensual que contiene dos hormonas un estrógeno y un estrógeno de depósito que inhiben la ovulación. Una forma inyectable se basa en la aplicación el día 8 del ciclo menstrual. Se administra del primero al quinto día del ciclo y cada 30 días aproximadamente (27-33 días) las inyecciones intramusculares subsiguientes. Las contraindicaciones y efectos adversos no difieren de los anticonceptivos orales. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)

ESTROGENO	PROGESTAGENO
Valerato de estradiol 5mg	Enantato de Noretisterona 50mg
Enantato de estradiol 10 mg	Acetato de dihidroxiprogesterona 150mg

Inicio del anticonceptivo inyectable combinado

La usuaria puede iniciar la aplicación del anticonceptivo inyectable combinado idealmente el primer día de la menstruación.

Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer en cualquier momento, siempre y cuando esté:

- Dentro de los 7 primeros días de haber iniciado su menstruación.

- Después de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación, luego de descartar embarazo actual. Adicionar condón durante 7 días.
- Inmediatamente del posaborto.
- Inmediatamente del retiro de un DIU.
- Inmediatamente de la toma de Anticoncepción de Emergencia (a las 24 horas)
- A los 21 días luego del parto, si no está en lactancia.
- A las seis semanas luego del parto, si la lactancia es parcial
- A los seis meses luego del parto, si la lactancia es exclusiva.

Si no cumple estos criterios se debe sugerir otro método anticonceptivo apropiado para el caso. (SANJUAN RAQUEL 2012)

Forma de uso del anticonceptivo

Indique a la usuaria el anticonceptivo inyectable que se va a administrar y explique la forma en que tiene que utilizarse según las opciones disponibles:

Valerato de estradiol 5mg + Enantato de Noretisterona 50 mg	Enantato de estradiol 10 mg + Acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg
Inyecte sólo la primera ocasión el primer día de la menstruación. Las inyecciones subsecuentes deben ser colocadas el mismo día de mes de la inyección inicial +/- 3 días Sin olvidos. Sin interrupciones, ni descansos	<ul style="list-style-type: none"> • Inyecte dentro de los 7 primeros días de menstruación la primera ocasión y las subsecuentes. • Sin olvidos. • Sin interrupciones, ni descansos. • Debe estar más atenta pues las irregularidades menstruales pueden reducir la seguridad del método

FUENTE: Norma y Protocolo de Planificación Familiar, MSP. Proceso de Normatización del SNS. CONASA. 2010, Anticonceptivo inyectable combinado. pp 57.

- Lave sus manos con agua y jabón
- Limpie el área a inyectar con solución antiséptica.
- Inyecte intramuscular profundo en el cuadrante supero externo del músculo glúteo.
- NO masajee el área luego de la inyección intramuscular.
- Elimine de manera segura de acuerdo a normas de bioseguridad los implementos utilizados en la inyección.
- Invite a la mujer (y a su pareja) a retornar a la unidad de salud si necesita refuerzo en la información o indicaciones suministradas. Mencione que la no administración del inyectable puede facilitar un embarazo no planificado.
- Recalque a la mujer que debe acudir inmediatamente a la unidad de salud si presenta dolor intenso y constante en abdomen, tórax o piernas; ictericia, sangrado genital abundante, cefalea severa, pérdida de visión con o sin cefalea.
- Programe una siguiente cita para la nueva dosis, después de 4 semanas
- Registre la elección del método y su entrega en la Historia Clínica.

Ventajas

La aplicación única mensual.

Desventajas

La vía de administración más molesta y la frecuencia de las alteraciones del ciclo menstrual.

Efectividad

Se considera un 99,7% de efectividad.

4.2.1.1.3 Anticonceptivos transdermicos combinados (ATC). También se conoce por su nombre comercial, OrthoEvra, este parche cutáneo se coloca sobre la parte inferior del abdomen, las nalgas, la parte externa del brazo o la parte superior del cuerpo. El parche libera las hormonas progestina y estrógeno al torrente sanguíneo, lo que en la mayoría de las mujeres evita que los ovarios liberen óvulos. También espesa el moco cervical, lo que impide que los espermatozoides se unan al óvulo. Usted debe colocar

un parche nuevo cada semana durante tres semanas. No utilice un parche en la cuarta semana para tener el periodo. (SANJUAN RAQUEL 2012)

Consiste en la administración de un parche que contiene dos hormonas un progestágeno y un estrógeno.



FUENTE: Salud Sexual. Guía de métodos anticonceptivos. 2012, Sexualidad y Anticoncepción. pp 25.

ESTROGENO	PROGESTAGENO
Etinil estradiol 600 mcg	Norelgestromina 6 mg
Liberación diaria 20 mcg	Liberación diaria 150 mcg

Inicio del anticonceptivo subdérmico combinado

La usuaria puede iniciar la colocación del anticonceptivo transdérmicos combinado idealmente el primer día de la menstruación.

Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer:

- Después de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación, luego de descartar embarazo actual. Adicionar condón durante 7 días.
- Inmediatamente del posaborto.
- Inmediatamente del retiro de un DIU.
- Inmediatamente de la toma de Anticoncepción de Emergencia (a las 24 horas)

- A los 21 días luego del posparto, si la lactancia no está recomendada.
- A las seis semanas luego del postparto, si la lactancia es parcial
- A los seis meses luego del postparto, si la lactancia es exclusiva.

Si no cumple estos criterios se debe sugerir otro método anticonceptivo apropiado para el caso.

Forma de uso del anticonceptivo

- Muestre a la usuaria el paquete de parches que se va a colocar y explique la forma en que tiene que utilizarse según la opción disponible.
- La presentación del parche transdérmico semanal, Etinil estradiol 600 mcg + Norelgestromina (NGMN) 6 mg, viene en grupos de 3 parches (uno para cada semana).
- Retire el parche de su empaque y despegue la capa posterior sin tocar la superficie adhesiva.
- Coloque el parche en un lugar limpio y seco en cualquiera de los siguientes lugares: parte superior externa del brazo, espalda, estómago, abdomen o nalgas. Evite la colocación en las mamas o su cercanía.
- Aplique la parte adhesiva del parche contra la piel durante 10 segundos.
- Deslice el dedo a lo largo del borde para asegurar que el parche esté bien adherido.
- El parche no se despegará incluso durante el trabajo, ejercicio, natación o baño.

Cambio de parche

- Debe aplicarse un nuevo parche cada semana por 3 semanas seguidas.
- Hágalo el mismo día siempre.
- No se coloque el nuevo parche en el mismo lugar donde estaba el parche anterior.
- Durante la cuarta semana no se coloque el parche y probablemente la menstruación se presente esa semana.
- No deben pasar más de 7 días sin que use el parche

En caso de olvido de la aplicación de los parches:

<p>Si olvidó la aplicación durante la primera semana:</p>	<p>Aplique un nuevo parche lo antes posible.</p> <p>Registre este día de la semana como el NUEVO día de cambio de parche.</p> <p>Utilice un método de respaldo (preservativo o abstinencia) los 7 primeros días.</p> <p>Si el retraso fue con 3 o más días y tuvo relaciones sin protección adicional dentro de esos días, utilice Anticoncepción de Emergencia.</p>
<p>Si olvidó la aplicación durante la segunda o tercera semana:</p>	<p>Si el atraso es menor a las 48 horas, aplique un nuevo parche cuanto antes, no necesita un método de respaldo</p> <p>Si el atraso es mayor a las 48 horas, interrumpa el ciclo actual y comience uno nuevo de 3 parches aplicando un nuevo parche inmediatamente.</p> <p>Registre este día de la semana como el nuevo día de cambio de parche</p> <p>Use un método de respaldo los primeros 7 días</p>
<p>En caso de olvido de retiro del parche durante la cuarta semana:</p>	<p>Retirar el parche</p> <p>Comience el próximo ciclo el día habitual del cambio de parche</p> <p>No necesita un método de respaldo</p>

4.2.1.2 Anticonceptivos hormonales que solo contienen Progestina. Se clasifican en tres tipos:

- Anticoncepción oral que contiene solo progestina; (Minipíldora)

- Anticoncepción inyectable que contiene solo progestina: (Ampolla trimestral)
- Implantes subdérmicos

Indicaciones

- Mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años.
- Contraindicación para el uso de estrógeno.
- Mujeres en período de lactancia en puerperio de más de 6 semanas.
- Mujeres que hayan tenido hijos o no.
- Mujeres sin pareja estable.
- Mujeres que hayan tenido recientemente un aborto o un embarazo.
- Mujeres que fuman cigarrillos, independientemente de la edad y cantidad.
- Mujeres que tengan o hayan tenido anemia en el pasado
- Mujeres que padezcan de depresión.
- Mujeres que tengan várices.
- Mujeres VIH positivas, con o sin terapia antirretroviral.
- Mujeres con ITS o EPI.
- Mujeres que usen antibióticos con excepción de rifampicina.
- Enfermedad benigna de la mama.
- Mujeres con hígado e hipotiroidismo.
- Mujeres con cefaleas incluso migrañas.

Contraindicaciones

- Embarazo.
- Menos de 6 semanas posparto. Se puede administrar inmediatamente evaluando riesgo beneficio.
- Sangrado vaginal de etiología desconocida.
- Usuarías con antecedentes de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, enfermedad cardiovascular actual.
- Cáncer mamario, genital o hepático.
- Hepatitis viral activa, cirrosis hepática, tumores hepáticos.
- Tumores dependientes de progestágenos.

- Tratamiento con rifampicina, fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona o topiramato.
- Usar con precaución en los primeros años posmenarquia. Puede disminuir la densidad mineral ósea a largo plazo en adolescentes.

Mecanismo de acción

- Evita la ovulación.
- Aumenta la consistencia del moco cervical.
- Reducción del transporte de espermatozoides.
- No tiene efecto sobre la implantación. No es abortivo.

Ventajas

- Previene el embarazo no planificado muy eficazmente.
- Es un método muy seguro y conveniente.
- Cómodo, puede usarse a largo plazo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No es abortivo. No interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado
- Muy efectivo en mujeres en periodo de lactancia.
- No afecta la cantidad ni la calidad de la leche materna, en mujeres que estén dando de lactar luego de las 6 semanas posparto.
- No tienen los efectos secundarios de los estrógenos.
- Su modo de uso es muy sencillo, una tableta diaria sin interrupción y sin olvidos, o una inyección trimestral o la inserción del implante subdérmico cada 3 o 5 años.

<p>✓ Brinda protección contra:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de endometrio • Cáncer de ovario • Enfermedad benigna de mama • Enfermedad pélvica inflamatoria. • No están relacionados con mitos como infertilidad, acumulación de hormonas
--	--

Desventajas

- NO previene las ITS incluyendo VIH y SIDA (recomiende el uso correcto de condón, además del anticonceptivo solo de progestágeno, si existe riesgo).
- Pueden tener efectos secundarios, la mayoría de mujeres no los presentan, pero aquellas que los tienen desaparecen dentro del primer año de vida sin tratamiento.
- Pueden ocasionar cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado – goteo irregular).
- Dependen de la toma oral o administración correcta para mantener su eficacia. El olvido en la toma o la administración incorrecta disminuye la eficacia.
- Depende de un proveedor capacitado para la colocación correcta de la inyección o el implante.
- El implante requiere de un proveedor capacitado para la colocación y el retiro del mismo, mediante una pequeña intervención quirúrgica que puede provocar dolor o incomodidad local.

4.2.1.2.1 Anticonceptivos orales que solo contienen progestina (AOP) minipildora.

Consiste en la toma de una tableta diaria que contiene una sola hormona un progestágeno:

- Levonorgestrel
- Desogestrel
- Linestrenol

Se utilizan los gestágenos en dosis pequeñas y continuadas aun durante la menstruación. El compuesto más utilizado es el linestrenol de 0,5 mg.

La eficacia anticonceptiva deriva principalmente de la acción sobre el moco cervical (hostilidad cervical). El endometrio es afectado por la acción progestacional. Se ha señalado, al observarse la supresión del pico de LH y la ausencia de incremento subsecuente de progesteronas, que la ovulación y la formación de cuerpo lúteo son inhibidas en aproximadamente el 70% de los casos.



FUENTE: Revista Femenina. Métodos anticonceptivos. 2010. pp 1.

Inicio del anticonceptivo oral que solo contiene progestina

La usuaria puede iniciar la toma del Anticonceptivo sólo de Progestágeno a las 6 semanas posparto o antes si el riesgo de embarazo es alto y no existen otras alternativas anticonceptivas aceptables o disponibles

Si la usuaria no ha presentado ciclos menstruales puede iniciar la toma del anticonceptivo de progestina sola en cualquier momento sin requerir un método de respaldo.

Si la usuaria ya presenta ciclos menstruales indique que inicie la toma del anticonceptivo de progestina sola dentro de los 5 primeros días del ciclo.

En mujeres con pérdida de embarazo o aborto puede iniciar el anticonceptivo de progestina sola inmediatamente.

Forma de uso del anticonceptivos orales que solo contienen progestina

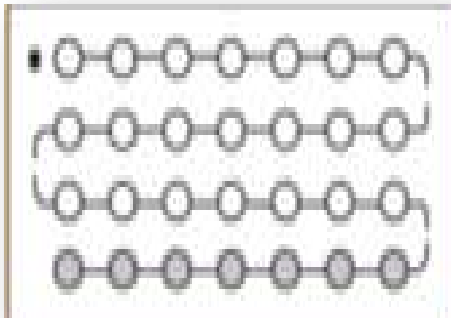
1. Enseñe a la usuaria el paquete de tabletas que se va a administrar y explique la forma en que tiene que utilizarse.
2. Recalque a la usuaria que debe seguir el sistema de flechas impresas en la parte posterior del paquete de anticonceptivos de progestágeno para mantener un orden adecuado y evitar olvidos o retrasos.
3. Si la mujer está dando de lactar recalque que el patrón menstrual no depende de la toma de este tipo de anticonceptivo:

- Puede mantenerse en amenorrea durante todo el tiempo de lactancia.
- Puede mantener una irregularidad menstrual durante todo el período de lactancia.
- Puede retornar a sus ciclos regulares habituales.

4. Si la mujer NO está dando de lactar recalque que el patrón menstrual puede tener varios comportamientos que no afectan la seguridad del método:

- Puede presentarse amenorrea.
- Puede presentarse irregularidad menstrual
- Puede presentar goteo intermenstrual
- Puede mantener sus ciclos regulares habituales.

Paquete de 28 o 35 tabletas



- Tome una tableta diaria.
- A la misma hora.
- Sin olvidos.
- Sin interrupciones ni descansos.
- Terminadas las tabletas, reinicie un nuevo paquete al día siguiente.

Efectos Secundarios

- Indique a la mujer que la mayoría de mujeres no presentan efectos molestos.
- Indique que los efectos secundarios son leves y pueden incluir: náusea, cefalea, sensibilidad anormal de senos, sangrado intermenstrual o amenorrea.
- Indique que no son motivo para dejar de tomar las tabletas.
- Recalque que son efectos pasajeros y desaparecen en los primeros meses de uso del método.
- Los ciclos irregulares no deben intranquilizar a la usuaria.

Recalque la importancia de la toma diaria de la tableta, a la misma hora y sin olvidos, pues esta es la principal causa de falla del método anticonceptivo oral sólo de progestágeno.

En caso de olvido de la toma de anticonceptivos orales que solo contienen progestina

Olvido de 1 tableta:	<ul style="list-style-type: none"> • Indique la toma de la tableta olvidada lo antes posible. En caso de que tenga ciclos menstruales indique preservativo por 2 días como respaldo.
Olvido de más de 1 tableta:	<ul style="list-style-type: none"> • Indique la toma de una tableta olvidada lo antes posible. • Uso de condón los próximos 7 días si la menstruación no se ha presentado. • Sugiera el uso de Anticoncepción de Emergencia si ha tenido coito en los últimos 5 días.

4.2.1.2.2 *Anticonceptivos inyectables que solo contienen progestina (AIP)*. La administración de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona inhibe la ovulación durante tres meses. La aplicación es intramuscular cada tres meses. En el puerperio se administra a las cuatro semanas del parto, y luego de un aborto al quinto día.(MORALES JENNY 2015)

Inyección Trimestral



FUENTE: Salud Sexual. Guía de métodos anticonceptivos. 2012, Sexualidad y Anticoncepción. pp 24.

Inicio del anticonceptivo inyectable solo con progestina

Enseñe a la usuaria la inyección que se va a administrar y explique la forma en que tiene que utilizarse.

- Recalque a la usuaria que debe tener muy presente la fecha, cada 3 meses, en la que debe administrarse la próxima inyección. Pues el olvido es la principal causa de falla del método.
- Si la mujer está en lactancia recalque que el patrón menstrual no depende de este tipo de anticonceptivo y está de todas maneras protegida:

- Puede mantenerse en amenorrea durante todo el tiempo de lactancia.
- Puede mantener una irregularidad menstrual durante todo el período de lactancia.
- Puede retornar a sus ciclos regulares habituales.

5. Si la mujer NO está en lactancia recalque que el patrón menstrual puede tener varios comportamientos que no afectan la seguridad del método:

- Puede presentarse amenorrea.
- Puede presentarse irregularidad menstrual
- Puede presentar goteo intermenstrual
- Puede mantener sus ciclos regulares habituales.

Forma de uso de los anticonceptivos inyectables que solo contienen progestina

Inyección de acetato de medroxiprogesterona 150 mg

- Inicie el método luego de las 6 semanas pos parto o dentro de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación.
- Inyecte en forma IM profunda. No masajee el área.
- Administre una nueva dosis de Acetato de Medroxiprogesterona cada 3 meses.
- Sin olvidos en la administración

Ventajas

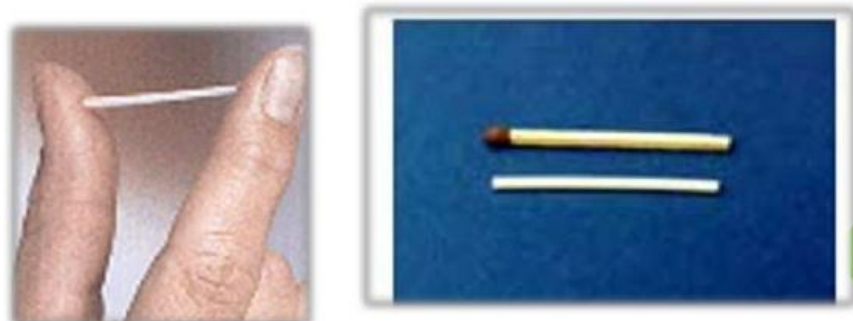
- Es conveniente, provee anticoncepción por 3 meses.
- Es discreta, nadie se da cuenta de la utilización del método.
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- No hay sangrado menstrual (ventaja para algunas mujeres).
- Puede utilizarse en las mujeres en tratamiento con drogas anticonvulsivantes.

Efectos Secundarios

- Indique a la mujer que la mayoría de mujeres no presentan efectos molestos.
- Indique que los efectos secundarios son leves y pueden o no incluir: náusea, cefalea, sensibilidad anormal de senos, sangrado intermenstrual o amenorrea.
- Indique que no son motivo para dejar de inyectarse.
- Recalque que son pasajeros y desaparecen en los primeros 3 meses de uso del método.
- Los ciclos irregulares no deben intranquilizar a la usuaria

En caso de olvido: Se puede administrar el método 2 semanas antes o 2 después de la fecha acordada.

4.2.1.2.3 Implantes Subdermicos. Consiste en la colocación subdermica de 1 o 2 cartuchos cilíndricos plásticos o biodegradable que contienen un progestágeno de depósito: etonorgestrel (ENG) o levonorgestrel (LNG) que se libera progresivamente durante 3 o 5 años respectivamente según su tiempo de uso. (GUZMAN CARLOS 2012)




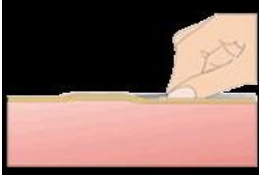
FUENTE: *Guías en Salud Sexual y Reproductiva, MSP. Departamento de Planificación Estrategia de salud. 2014, Manual de orientación anticonceptiva métodos temporales y permanentes. pp 26.*


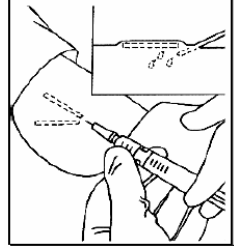
Inicio de la anticoncepción con implantes subdérmicos





<ol style="list-style-type: none"> 1. La colocación de implantes subdérmicos la realizará el personal capacitado en la técnica de inserción. 2. Su colocación se puede hacer en cualquier momento durante la menstruación y si la usuaria aun no menstrua, puede colocarse cualquier día, siempre y de ausencia de embarazo). 3. Indique el uso de preservativo por 7 días como respaldo. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Si no cumple estos criterios se debe sugerir otro método anticonceptivo apropiado para el caso. 5. Explique a la mujer (y a su pareja) lo que se va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.
--	---

Procedimiento de inserción de implantes subdérmicos

- Solicite a la mujer que se coloque en posición sentada con el brazo apoyado en la mesa de examen descubierta la zona externa del brazo.
- Realice un examen de la zona para determinar lesiones o condiciones locales que contraindiquen la colocación del implante.
- Asepsia y antisepsia de la cara supero interna del brazo no dominante de la mujer.
- Realice la inyección de anestesia local (1-2 ml de lidocaína subcutánea en el área escogida).
- Realice una pequeña incisión de 3 mm con un bisturí

Implantes de Levonorgestrel (LNG)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Introduzca el trócar entre la piel y el tejido celular subcutáneo 	
<ol style="list-style-type: none"> 2. Inserte cada implante de LNG justo debajo de la piel empujando el émbolo por el trócar. La usuaria puede sentir sensación de presión o de tironeamiento. 	

<p>3. Retire el émbolo de trócar, cargue un nuevo cilindro de implante y proceda de similar manera.</p>	
<p>4. Coloque los implantes en abanico, puede marcar previamente en la piel la dirección que deben seguir los cilindros</p>	

Implante de Etonorgestrel (ENG)	
<p>1. Estirar la piel alrededor del área de inserción para asegurar una inserción superficial justo debajo de la piel.</p>	
<p>2. Insertar sólo el extremo de la aguja ligeramente en ángulo de 20° y poner el aplicador en posición horizontal.</p>	
<p>3. Romper el sello del aplicador girando el obturador 90°.</p>	
<p>4. Fijar el obturador con una mano contra el brazo y con la otra mano retraer lentamente la cánula (aguja) fuera del brazo</p>	

Retiro de implantes



1. Verifique las razones de la usuaria para el retiro:
 - Solicitud de la usuaria por causa médica.
 - Solicitud de la usuaria por causa personal.
2. Verifique las razones médicas para el retiro:

<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo con el uso de implantes subdérmicos. • Dolor intolerable en el sitio de inserción, signos de infección (dolor, rubor, calor). • Implante dislocado o fuera de posición. • Al terminar la vida útil del implante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al año de diagnosticada la menopausia. • Cefalea intensa que no cede con analgésicos desde la inserción. • Sangrado vaginal abundante o prolongado (poco usual). • Dolor o sensibilidad en la parte baja del abdomen. • Ictericia desde inicio del método.
--	--

3. Explique a la mujer (y su pareja) lo que se va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.
4. Explique la posibilidad de sentir dolor o molestia durante algún paso del procedimiento y que usted le avisará con anticipación.
5. Brinde asesoría según el caso en anticoncepción o en cuidados preconceptionales.

Ventajas

La gran ventaja del implante es la duración y la comodidad. Es ideal para mujeres

que deseen olvidarse de la anticoncepción por un largo período. Al no contener estrógenos no tiene alguno de los efectos secundarios de éstos.

Efectividad

Se considera un 99,5 % de efectividad.

4.2.1.3 Anticonceptivos hormonales de Emergencia. Llamado también método del día después. Son las mismas pastillas usadas para la anticoncepción, pero son tomadas de forma diferente y en dosis más altas. La anticoncepción de emergencia da una fuerte y corta explosión de hormonas. Esto interrumpe el ciclo hormonal que el cuerpo requiere para poder embarazarse. La primera dosis debe ser tomada dentro de las 72 horas después de la relación sin protección y la segunda dosis 12 horas después de la primera. Importante: solo debe ser utilizado en las situaciones de emergencia y no de forma rutinaria. (SANJUAN RAQUEL 2012)

Debe utilizarse exclusivamente como método de emergencia y no como forma regular de anticoncepción.



FUENTE: *Guías en Salud Sexual y Reproductiva, MSP. Departamento de Planificación Estrategia de salud. 2014, Manual de orientación anticonceptiva métodos temporales y permanentes. pp 46.*

La eficacia del régimen es mayor mientras se utilice lo más pronto posible después de la relación sexual. Dentro de los posibles efectos secundarios, se encuentran: náuseas, vómitos, dolor de cabeza, sensibilidad mamaria, mareos.

Efectos Secundarios

- Cambios en el patrón del sangrado se puede presentar un sangrado irregular usualmente leve 1 o 2 días después de su administración.

- Náusea y vómito: si la paciente vomita en las dos horas siguientes a la administración hormonal, debe repetirse esa dosis.
- Cefalea, mastalgia, sensibilidad mamaria aumentada. Habitualmente no duran más de 24 horas.

Ventajas

- Son muy efectivas si se toman dentro de las 24 horas luego de una relación sexual sin protección
- No son abortivas

Desventajas

- No previenen infecciones de transmisión sexual

4.2.2 Métodos Temporales Hormonales. Los métodos de barrera incluyen el diafragma, el capuchón cervical, el condón masculino y el condón femenino, así como espumas, esponjas y películas espermicidas. A diferencia de otros métodos anticonceptivos, los métodos de barrera solo se utilizan cuando usted tiene relaciones sexuales.

El método de barrera impide el contacto entre el semen y de la mucosa vaginal, el único que también protege de infecciones de transmisión sexual.

Indicaciones

- Relaciones sexuales esporádicas o poco frecuentes al mes.
- Dudas de la monogamia de la pareja.
- Más de una pareja sexual.
- El usuario/a o su pareja tienen una infección que puede transmitirse por relaciones sexuales (VIH y SIDA, Hepatitis B y C).
- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- Como apoyo durante las primeras 20 - 30 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía.

Contraindicaciones

- Alergia conocida al látex.
- Requiere de su uso correcto para generar todas las ventajas y disminuir los riesgos de embarazo y de ITS/VIH y SIDA.
- La posibilidad de un embarazo es baja con el uso correcto: 3 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso.

Mecanismos de acción

Forma una barrera que impide la entrada de espermatozoides y gérmenes infecciosos a la vagina cuando se lo usa correctamente, por ello puede evitar un embarazo y prevenir la transmisión de ITS/VIH y SIDA. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)

Ventajas

- Previene el embarazo eficazmente.
- Ayuda a prevenir el contagio de ITS/VIH y SIDA, EPI, cervicitis.
- El hombre toma responsabilidad en la salud sexual de la pareja
- Puede ayudar a proteger contra patologías secundarias a las ITS, cervical.
- No posee efectos secundarios de tipo hormonal
- Retorno inmediato a la fertilidad luego de la discontinuación de su uso.
- Fáciles de obtener. No necesita ser suministrado por un proveedor de salud.
- El condón femenino es más resistentes que el masculino.
- El condón femenino por su textura suave y lubricada, no afecta la sensación durante el acto sexual. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)
- Algunas mujeres reportan mayor estimulación sexual por el contacto con el anillo externo del condón femenino.

Desventajas

- Algunos usuarios se quejan de disminución de sensibilidad o pérdida de la erección.
- El usuario/a y la pareja deben estar bien asesoradas sobre el uso correcto del condón.
- Pueden causar irritación de los genitales por alergia al látex
- La alergia al látex del condón masculino puede causar discomfort.




- Pueden debilitarse, deslizarse o romperse durante su uso.
- El condón femenino puede ser ruidoso durante la relación sexual.
- Las mujeres en riesgo de embarazo deben ser claramente informadas que un uso no correcto del preservativo se relaciona a falla del método.



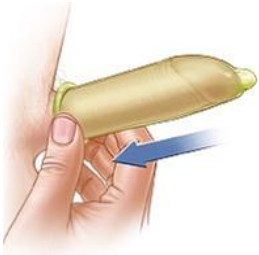



4.2.2.1 Condón Masculino. Funda cubierta de látex que se coloca sobre el pene erecto del hombre. Se fabrican modelos secos o lubricados con siliconas o bien con sustancias espermicidas como el nonoxinol o cloruro de benzalconio.



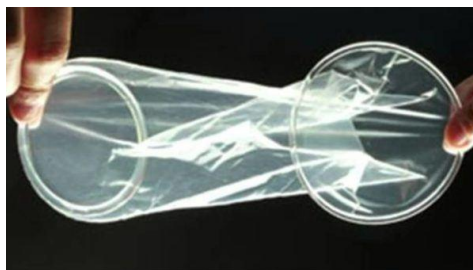
FUENTE: Salud Sexual. Guía de métodos anticonceptivos. 2012, Sexualidad y Anticoncepción. pp 12.

Forma de uso correcto del preservativo masculino

<p>Verifique que el empaque del condón esté cerrado, no tenga deterioro y la fecha de caducidad aún esté vigente.</p> <p>Use un condón NUEVO para cada relación sexual. No son reutilizables</p>	
<p>Abra el paquete que contiene el condón, rasgando uno de los bordes. No utilice los dientes u objetos cortopunzantes</p>	
<p>Sostenga el condón de tal manera que el extremo enrollado quede hacia arriba</p>	




<p>Coloque el condón en la punta del pene, cuando esté erecto, ANTES de que exista cualquier contacto sexual.</p>	
<p>Presione la punta del condón contra el pene para sacar el aire residual.</p>	
<p>Desenrolle el condón desde la punta hasta la base del pene. Deje un pequeño espacio sin aire entre el condón y la punta del pene para la recolección del semen.</p>	
<p>No usar lubricantes con base oleosa (vaselina, loción, crema, aceite de bebé, aceite mineral), pues dañan el látex del condón.</p>	
<p>Para retirar el condón inmediatamente después de la eyaculación, sostenga la base del condón y retire el pene de la vagina mientras esta erecto.</p> <p>Retirando el condón del pene con precaución de no derramar el semen</p>	
<p>Enrollar el condón usado en papel higiénico y desecharlo al recipiente de basura. No volver a utilizar el mismo preservativo.</p>	


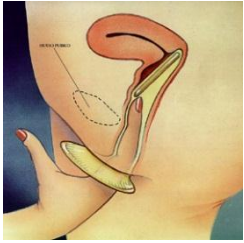

4.2.2.2 Condón Femenino. Se trata de una vaina flexible de poliuretano auto-lubricado que se ajusta a las paredes de la vagina. Posee dos anillos flexibles: uno interno, usado para su inserción y retención a modo de diafragma, que mantiene al preservativo femenino en posición adecuada, y otro anillo externo que se ubica sobre los labios y que permanece fuera de la vagina protegiendo los genitales externo durante el coito. Por tratarse de un preservativo femenino permite la posibilidad de que la misma mujer lo cuide, aunque requiere un adiestramiento para su colocación. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)



FUENTE: Salud Sexual. Guía de métodos anticonceptivos. 2012, Sexualidad y Anticoncepción. pp 13.

Forma de uso correcto del preservativo femenino

<p>Verifique que el empaque del condón esté cerrado, no tenga deterioro y la fecha de caducidad aún esté vigente. Use un condón NUEVO para cada relación sexual. No son reutilizables</p>	
<p>Abra el paquete que contiene el condón, rasgando uno de los bordes. No utilice los dientes u objetos cortopunzantes</p>	
<p>Elija una posición cómoda para la inserción, en cuclillas, sentada o recostada. Frote los dos extremos del condón femenino para distribuir el lubricante.</p>	


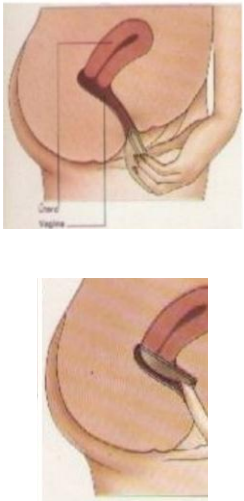

<p>Sostenga el anillo interno (extremo cerrado) y apriételo de modo que quede largo y angosto. Con la otra mano separe los labios mayores y ubique la abertura de la vaginal.</p>	
<p>Suavemente empuje el anillo interno dentro de la vaginal lo que más pueda. Introduzca un dedo en el condón para empujarlo a su posición, el anillo interno tiene que quedar 2 a 3 cm cerca del cuello uterino y el anillo externo fuera de la vagina.</p>	
<p>Para retirar el condón después de la eyaculación, el hombre tiene que retirar el pene de la vagina. Sostenga el anillo externo y gírelo sobre su eje para dejar dentro los fluidos y retirarlo suavemente de la vagina evitando el escurrimiento de semen. Enrollar el condón usado en papel higiénico y desecharlo al recipiente de basura. No volver a utilizar el mismo preservativo</p>	

4.2.2.3 Diafragma. Es un dispositivo ideado para impedir que el espermatozoides alcance el cérvix y por él llegue al tracto genital superior. Los diafragmas tienen la forma de una semiesfera, son de látex o de goma sintética, y el borde está constituido por un anillo 3 metálico elástico que es el que finalmente abraza el cuello uterino. El diafragma se coloca con la cúpula hacia arriba o hacia abajo y cruzando diagonalmente la vagina se procurará ubicar el diámetro del anillo entre la parte posterior de la sínfisis pubiana y la cara anterior del sacro, además se le agrega una sustancia química capaz de inmovilizar al espermatozoides en la vagina, obtendremos de la combinación un método contraceptivo sumamente eficaz. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)



Forma de uso correcto del Diafragma

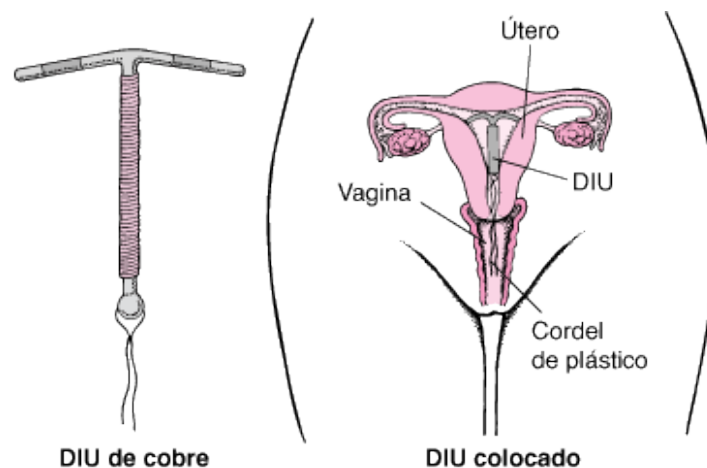
Una vez que se ha realizado por parte de médico la historia clínica y el examen ginecológico y que no existe ninguna alteración que desaconseje su empleo. Se procede entonces a tomar las medidas con aros de diferente tamaño hasta encontrar el diámetro apropiado. Se debe seleccionar el diafragma más grande que se adapta con comodidad. Se explicará a la paciente, en la forma más sencilla posible, las maniobras necesarias para su colocación y posterior retiro. Se le informa que la crema o jalea espermicida debe colocarse en ambas caras del diafragma y que es preciso constatar la buena colocación de éste.

<p>Algunas mujeres les resulta mejor colocárselo estando acostadas en decúbito dorsal, con las piernas entreabiertas; otras lo logran más fácilmente en la posición de pie, con una pierna apoyada sobre un taburete, y por fin otras lo hacen en cuclillas.</p>	
<p>Luego entreabriendo con una mano los labios vulvares, mientras que con la otra pliegan el diafragma dándole forma elíptica e introduciéndolo en la vagina, luego con el dedo medio lo ubican en su posición trabándolo en el retro pubis y controlando si el cuello está cubierto por el látex.</p>	
<p>Para retirarlo se introduce el dedo medio y se busca el borde superior del anillo en el retro pubis; se engancha el borde y descendiéndolo un poco se lo extrae.</p> <p>NOTA: el diafragma no debe permanecer en la vagina más de 24 horas continuadas y que es conveniente no retirarlo antes de las 6 horas.</p>	

4.2.3 Métodos Temporales Intrauterinos. Existen dos tipos de dispositivos intrauterinos

- Dispositivo intrauterino de cobre (DIU)
- Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU/LNG)

4.2.3.1 Dispositivo intrauterino de cobre (DIU). Es un anticonceptivo fabricado de polietileno en forma de T, con 2 brazos horizontales flexibles. Posee alrededor suyo alambre de cobre con una superficie de 380 mm². Se lo inserta por vía vaginal a través del cérvix y se lo coloca a nivel del fondo del útero. Este procedimiento lo debe realizar un proveedor calificado. Posee 2 hilos guía también de polietileno que queda a nivel de vagina para su control y su extracción. Su uso puede ser por 10 años.(SANJUÁN RAQUEL 2012)



FUENTE: Revista Femenina. Métodos anticonceptivos. 2010. pp 1.

Indicaciones

- Anticoncepción a largo plazo, duradera, muy efectiva, el DIU dura 10 años
- Mujeres que han tenido hijos.
- En mujeres que no han tenido hijos.
- Mujeres en puerperio postparto mayor de 4 semanas, con lactancia exclusiva o parcial.
- Mujeres post aborto inmediato sin infección.
- Mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 35 años.
- Mujeres que fuman.

- Mujeres que padezcan de cualquier enfermedad sistémica que no afecten la coagulación.
- Anticoncepción intrauterina de emergencia.

Contraindicaciones

- Embarazo (Ver capítulo de asesoría general).
- Sepsis puerperal pos evento obstétrico
- SIDA
- EPI actual
- Sangrado genital de etiología desconocida
- Cáncer cervical o Cáncer de endometrio en espera de tratamiento.
- Anomalías uterinas y tumoraciones uterinas que distorsionan cavidad uterina.
- Enfermedad trofoblástica benigna o maligna

Mecanismo de acción

- Mecánico.
- Impide el encuentro del espermatozoide con el óvulo mediante cambios en el endometrio y mediante un efecto directo sobre la motilidad espermática.

Ventajas

- Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer lo solicite siempre que no existan contraindicaciones.
- Su uso es autorizado inclusive en adolescentes, mujeres con capacidades especiales y mujeres próximas a la menopausia
- NO ES NECESARIO que esté menstruando.
- Es seguro, conveniente y eficaz.
- Cómodos, son de uso a largo plazo.
- Discreto, nadie se da cuenta que utiliza un DIU.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro.
- Retorno inmediato a la fertilidad luego de la discontinuación.
- No es abortivo.

- No interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado.
- No están relacionados con mitos falsos como cambios en el peso, infertilidad, cáncer, abortos, malestar en la pareja, migración a distintas partes del cuerpo, dolor de cabeza, etc.
- El DIU se puede retirar en cualquier momento, si la mujer decide que quiere embarazarse o no continuar el método.

Desventajas

- NO previene las ITS incluyendo VIH y SIDA (recomiende el uso correcto de condón, además del DIU, si existe riesgo de ITS/VIH y SIDA).
- No es sugerido en mujeres con múltiples parejas sexuales.
- Una ITS no tratada en usuaria de DIU puede llevar a mayor riesgo de embarazo ectópico o una EPI y potenciales cuadros de dolor pélvico crónico e infertilidad.
- Puede tener efectos secundarios como dismenorrea y menorragia.
- Depende de un proveedor capacitado para la colocación y el retiro.
- Tiene riesgos bajos de infección, expulsión y perforación uterina.
- Dependen de la inserción correcta para mantener su elevada eficacia. La inserción posparto inmediato tiene mayor posibilidad de expulsión.
- La mujer debe verificar la posición correcta de los hilos del DIU de manera periódica. Debe introducir los dedos en la vagina y eso puede ser molesto para algunas mujeres.

Indicaciones para el uso del DIU

1. La usuaria puede colocarse el dispositivo intrauterino idealmente durante los días de sangrado menstrual como signo de certeza de ausencia de embarazo.
2. Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer en cualquier momento, siempre y cuando esté:



- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de los 7 primeros días de haber iniciado su menstruación. • Después de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación, luego de aplicar la lista de verificación de ausencia de embarazo. Adicionar condón durante 7 días. • Inmediatamente del puerperio post aborto, |
|--|




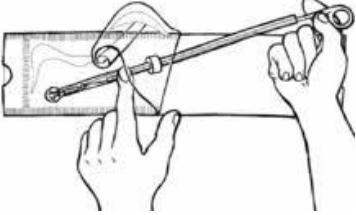
- Luego de las 4 semanas posparto o post cesárea si no está embarazada
- Inmediatamente del retiro de un DIU previo.
- Inmediatamente de la toma de AOE.


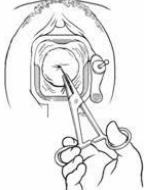
3. Si la usuaria aún no menstrúa luego de evento obstétrico o ginecológico, puede colocarse cualquier día luego de aplicar la lista de verificación de ausencia de embarazo e indicar el uso de condón por 7 días como respaldo.
4. Puede iniciar el DIU en cualquier momento si ha estado utilizando otro método anticonceptivo en forma adecuada y si existe suficiente certeza de que no existe embarazo.

Pasos para la inserción del DIU de cobre

- Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) lo que se va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.
- Asegúrese de tener todo el instrumental estéril listo antes de colocar a la paciente en posición ginecológica. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)

<p>Cargue previamente el DIU dentro de su empaque para aplicar la técnica de “no contacto”. Introduzca las ramas horizontales dentro del insertor. No permita que el DIU ni la sonda uterina tengan contacto alguno con superficies no estériles.</p>	
<p>Solicite a la mujer se coloque en posición ginecológica.</p> <p>Si considera oportuno, tome muestra para citología cérvico vaginal.</p>	

<p>Realice un examen pélvico bimanual para determinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tamaño uterino. • Tumorações uterinas o anexiales. • Movilidad del Cérvix. • Signos de EPI o embarazo actual. 	
<p>Separe con una mano los labios vaginales e introduzca suavemente el espejo vaginal.</p> <p>Limpie el orificio cervical externo con solución antiséptica si existe exceso de moco cérvico vaginal.</p>	
<p>Coloque la pinza de Posse en la hora 6 o 12 del cérvix, según sea un útero AVF o RVF respectivamente, cierre la pinza hasta la primera muesca de seguridad.</p> <p>Traccionando la pinza Posse y agarrando el histerómetro plástico con 2 dedos, realice la histerometría lenta y suavemente.</p>	
<p>Retire el histerómetro. Gradúe la medida del insertor con la medición obtenida con el histerómetro y colóquelo como émbolo en el insertor.</p> <p>Traccionando la pinza Posse introduzca el DIU lenta y suavemente hasta que el medidor del insertor tope el orificio cervical externo o sienta resistencia intrauterina en el fondo</p>	

<p>Empuje el émbolo-histerómetro para que se liberen las ramas del DIU del insertor. Retire el insertor junto con el émbolo, asegúrese de no traccionar los hilos del DIU. Corte los hilos a 2-3 cm por fuera del orificio cervical externo.</p>	
<p>Retire la pinza de Posse y el espejo vaginal tras comprobar que no se presenta sangrado activo ni dolor en la usuaria.</p>	

Efectividad

Se considera un 99 % de efectividad.

4.2.3.2 Dispositivo intrauterino liberador de Levonorgestrel (DIU-LNG). Método anticonceptivo de polietileno en forma de T, con la capacidad de liberar en forma continua un componente hormonal (levonorgestrel 20ug/día). Igual que en el DIU-Cu, dos hilos se unen al extremo que queda cerca al orificio cervical externo. Su uso puede ser por 5 años. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)



FUENTE: Revista Femenina. Métodos anticonceptivos. 2010. pp 1.

Indicaciones

Las mismas que se aplican al DIU-Cu.

- Indicaciones particulares para el DIU hormonal:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menorragia idiopática. ✓ Hiperplasia endometrial sin atipias. ✓ Miomatosis Uterina. |
|---|

- Alternativa a la histerectomía en pacientes con miomatosis uterina, hasta tener las condiciones quirúrgicas adecuadas o en mujeres jóvenes que desean preservar su fertilidad.

Contraindicaciones

<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo o sospecha del mismo. • Cáncer de mama actual o pasado • Similares al DIU-Cu. • Tumoraciones dependientes de progestágenos • Cáncer cervical y cáncer de endometrio en espera de tratamiento • Cáncer de ovario 	<ul style="list-style-type: none"> • EPI actual o recurrente • Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea • SIDA • Enfermedad hepática activa o tumor hepático. Ictericia. • Anomalías uterinas congénitas o adquiridas
---	---

Mecanismo de acción

- Evita el encuentro entre óvulo y espermatozoide.
- Fuerte supresión del crecimiento endometrial.
- Aumento de la viscosidad del moco cervical.
- No tiene efecto sobre la implantación. No es abortivo.
- Espesa el moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides.
- Inhibe la capacitación o la supervivencia de los espermatozoides.
- Algún efecto anovulatorio, especialmente los primeros años. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)

Ventajas

- Similares a los del DIU de Cobre
- Tiene efectos benéficos extraconceptivos:

- ✓ Menorragia idiopática.
- ✓ Hiperplasia endometrial sin atipias.
- ✓ Miomatosis Uterina. o Es una alternativa a la histerectomía hasta tener las condiciones quirúrgicas adecuadas o en mujeres jóvenes que desean preservar su fertilidad.

Desventajas

- Similares a las DIU-Cu, a excepción de metrorragias.

La inserción del dispositivo intrauterino hormonal: Similar a la colocación de DIU de cobre.

4.2.4 Métodos Naturales. Se consideran a los métodos sin empleo de medios:

4.2.4.1 Método Natural Mela. Es un método de planificación familiar temporal, basado en la lactancia exclusiva en el que la mujer debe cumplir obligatoriamente con 3 condiciones:

- Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna
- Amenorrea
- Recién nacido/a menor de 6 meses

(CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)



Indicaciones

- Deseo de no usar o contraindicación para métodos hormonales o de barrera.
- Contraindicación de anticoncepción de índole moral, familiar y/o religiosa.
- Condición médica grave que impida utilizar otro método anticonceptivo.

- Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna.
- Amenorrea y recién nacido menor de 6 meses.

Contraindicaciones

No recomiende este método si la mujer presenta las siguientes condiciones:

- Mujeres con contraindicación de lactancia
- Mujeres con VIH y SIDA
- Retorno a ciclos menstruales regulares o irregulares
- Lactancia materna no exclusiva o con el uso de sucedáneos de leche materna
- Recién nacidos con condiciones que dificulten la correcta lactancia y succión (prematuros, bajo peso, malformaciones orofaciales)
- Mujeres que durante la lactancia estén utilizando medicamentos como:

Reserpina, Ergotamina, Antimetabolitos, Ciclosporina, Bromocriptina, Corticoides, Drogas radioactivas, Litio, Anticoagulantes, Antidepresivos, Ansiolíticos.
--

Condiciones para el uso de Mela

La mujer debe cumplir obligatoriamente con 3 condiciones para que se impida la ovulación:

1. Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna.
2. Amenorrea.
3. Recién nacido menor de 6 meses.

Ventajas

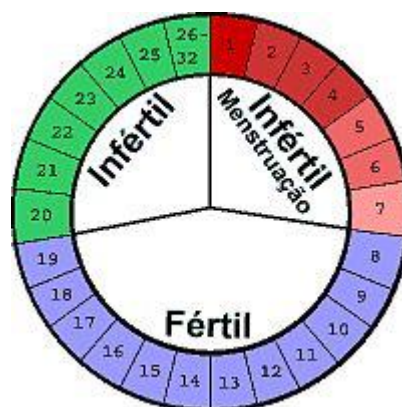
- Es un método natural, se inicia inmediatamente luego del parto o cesárea.
- No posee efectos secundarios de tipo hormonal.
- No implica gasto económico.

- Promueve el amamantamiento y garantiza la alimentación ideal de todo recién nacido.
- Fácil de usar.
- No interfiere con el coito.
- No requiere supervisión por parte del personal de salud.
- No requiere de insumos anticonceptivos.
- Reduce el sangrado posparto.

Desventajas

- Si no se cumple con las 3 condiciones mencionadas la eficacia disminuye
- NO es posible conocer si el nivel de eficacia es óptimo, incluso si se cumplen las 3 condiciones mencionadas.
- Difícil de mantener a largo plazo sin asesoría adecuada.
- Circunstancias sociales, laborales pueden limitar su uso.
- No protege de las ITS incluyendo el VIH y SIDA (recomiende el uso de condón).
- Es muy importante tener en cuenta que la pareja debe estar preparada y bien asesorada sobre otros métodos incluyendo anticoncepción de emergencia.

4.2.4.2 Método del ritmo o calendario. (Cálculos según Ogino y según Knaus). Consiste fundamentalmente en evitar el coito los días presuntamente fértiles del ciclo femenino.



FUENTE: Salud Sexual. Guía de métodos anticonceptivos. 2012, Sexualidad y Anticoncepción. pp 7.

Si partimos de la base que el espermatozoide tiene capacidad fecundante por 72 a 96 horas, excepcionalmente pocas horas más. Y que el óvulo sólo lo es durante 24 a 36

horas, se considerará como período fecundable el que va desde los cinco días previos a los dos días posteriores a la fecha de la ovulación. El problema fundamental radica en poder determinar esa fecha de ovulación. Es menester que en los 12 meses anteriores a la institución del método, entre el ciclo más corto y el más largo no exista una diferencia superior a los 7 días. En la práctica se le restan 18 días al ciclo más corto y 11 días al ciclo más largo. Si, por ejemplo, el período más corto de la mujer en estudio fue de 26 días y el más largo de 31 días, tendremos: $26 - 18 = 8$ o $31 - 11 = 20$. Por lo tanto, el matrimonio deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales entre el octavo y el vigésimo día de su ciclo. (Ogino).

Knaus llegó a la conclusión de que la ovulación, en mujeres sanas, se produce el día 15 anterior a la siguiente menstruación, y sugirió que la fase fértil era el intervalo entre los tres días antes de la ovulación hasta un día luego de la misma. Cabe consignar aquí que algunos matrimonios combinan los métodos de manera que en los días fértiles utilizan el que los protege, como por ejemplo el profiláctico. (GUZMÁN CARLOS 2012)

Modo de uso

- Con un calendario, marque la fecha de comienzo de la menstruación durante 6 meses.
- Mientras tanto, use otro método para no quedar embarazada (Menos píldoras anticonceptivas).
- Luego tome el ciclo más largo por ejemplo 35 días y reste 11. Este es el último día fértil del ciclo.
- Luego tome el ciclo más corto por ejemplo 23 días y reste 17. Este es el primer día fértil del ciclo.
- En este caso se debe evitar tener relaciones sexuales por vía vaginal los días 6 y 24 del ciclo.

4.2.4.3 Método de la temperatura (Sintotérmico). Consiste en la observación de la curva de la temperatura basal y la relación de los síntomas originados en los cambios del moco cervical.



FUENTE: Salud Sexual. Guía de métodos anticonceptivos. 2012, Sexualidad y Anticoncepción. pp 30.

Luego de la ovulación, la temperatura del cuerpo aumenta por efecto de la hormona llamada progesterona. Por lo tanto debe abstenerse a tener relaciones sexuales vaginales hasta que no aumente la temperatura. La mujer debe tomarse la temperatura rectal por la mañana, antes de levantarse, siempre a la misma hora (el método no sirve cuando tiene fiebre, estrés, ausencia de menstruaciones o realiza trabajos nocturnos). Debe cumplir abstinencia sexual desde el primer día de la menstruación hasta el tercer día de la elevación de la temperatura basal corporal (0.5 a 0.8 °C) por acción de la progesterona. (GUZMÁN CARLOS 2012)

4.2.4.4 Método de la ovulación (Billings). En la mujer normal la vagina se mantiene húmeda durante todo el ciclo. Apenas termina la menstruación la mujer debe observar todos los días las características del moco cervical (es la secreción o el flujo que se ve). Durante la ovulación el moco cervical cambia y se hace más transparente o más claro, acuoso y cristaliza en forma de hojas de helecho.



FUENTE: Guías en Salud Sexual y Reproductiva, MSP. Departamento de Planificación Estrategia de salud. 2014, Manual de orientación anticonceptiva métodos temporales y permanentes. pp 54.

- Debería abstenerse a tener relaciones sexuales durante el primer mes para conocer bien su moco cervical.
- No se debe tener relaciones sexuales vaginales durante la menstruación.
- Una vez terminada la menstruación, durante unos días no se percibe ninguna secreción; son los días secos. Aquí puede tener relaciones sexuales.
- Luego esa sequedad desaparece y comienza a humedecerse la vulva, humedad que va en aumento hasta hacerse visible al cabo de dos días aproximadamente, para volverse más fluida, abundante y elástica, semejante a la clara de huevo, en la proximidad de la ovulación, no tenga relaciones sexuales vaginales.
- Luego de la ovulación, el moco volverá a ser seco. Espere tres días de moco seco.
- Tiene algunas dificultades porque el moco puede afectarse por duchas vaginales y medicamentos.

Modo de realizar

Billings aconseja para una información correcta llevar un registro diario de observación, muy fácil de hacer, de esta manera se logra una muy pronta capacitación para conocer los días "secos" que preceden y siguen a la mucosidad vulvar. Para ello se prepara una planilla con casillas que corresponden a los días del mes y se emplean dos lápices marcadores de distinto color, por ejemplo rojo y verde.

Se marcan en rojo los días menstruales, que varían según la duración del escurrimiento sanguíneo. Al término de la menstruación aparece la sequedad en el área vulvar, que durará varios días, y entonces las casillas se marcarán con el color verde; cuando aparece la secreción mucosa, se deja en blanco la casilla correspondiente, así como la de los días siguientes, en las cuales ésta continúa. (GUZMAN CARLOS 2012)

El día en que la mucosidad es más apreciable, resbaladiza, es el momento cumbre; luego el moco se vuelve escaso y viscoso, entonces se marcará con una X el día que se considere cumbre, se dejan en blanco los tres siguientes y se marcan

con color verde los restantes.

A partir del momento en que aparece la menstruación se registrará un nuevo ciclo. Los días marcados en verde son infértiles y los dejados en blanco fértiles, o sea, los de abstinencia sexual. Cada ciclo tiene sus propias características. Conviene anotar el último coito efectuado antes de los días fértiles y el primero realizado en los días que le siguen.

4.2.4.5 Coito Interrumpido. Es un método muy difundido y practicado por la población general. Consiste en retirar el pene de la vagina antes de iniciarse la eyaculación. El peligro está en que el espermatozoide puede hallarse presente en pequeña cantidad en el líquido de pre eyaculación que se encuentra en el extremo del pene en erección. Cualquier movimiento de éste puede hacer que dicho escurrimiento se deposite en la vagina, con la consiguiente posibilidad de embarazo. Pero quizá la desventaja mayor del coito interrumpido son los trastornos emocionales que suele ocasionar cuando se lo utiliza en forma continua y prolongada. Si el coito perfecto implica abandono de sí mismo en pos de la entrega del ser querido, mal puede existir ese abandono si el hombre debe estar controlando en qué momento se acerca la eyaculación para poder retirarse a tiempo y la mujer estar pendiente de que su compañero lo haga oportunamente. Esto es lo que algunos sexólogos denominan "coito dirigido", que lleva a un estado de tensión capaz de desembocar en impotencia en el hombre y frigidez en la mujer. Se comprueba a diario que muchas parejas que lo usan lo abandonan rápidamente cuando tienen acceso a información sobre otros métodos anticonceptivos. (GUZMÁN CARLOS 2012)



4.2.5 Métodos definitivos Quirúrgicos. Intervención quirúrgica a través de la cual se realiza un procedimiento de esterilización mecánica que impide de manera definitiva el encuentro del óvulo y el espermatozoide.

- Ligadura de trompas salpingoclasia o salpingoligadura.
- Vasectomía.

Ventajas de la vasectomía y ligadura

<ul style="list-style-type: none"> • Son métodos seguros, eficaces y permanentes. • La posibilidad de falla tanto de la ligadura como de la vasectomía es mínima (con adecuada técnica quirúrgica). • La posibilidad de falla de la ligadura de trompas es mínima. • No interfiere con las relaciones sexuales. • No afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro. • Las complicaciones posquirúrgicas son raras • La ligadura de trompas es efectiva inmediatamente. No requiere otro método de refuerzo. • En la vasectomía su paciente se involucra responsablemente en la salud sexual y salud reproductiva de la pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> • La vasectomía es efectiva luego de 20 a 30 eyaculaciones, por lo que se recomienda el uso de preservativo por tres meses aproximadamente luego de la cirugía. • La vasectomía es una cirugía menor, ambulatoria, poco dolorosa se realiza con anestesia local y por ello no requiere de ayuno. • Los dos métodos requieren aproximadamente de una a dos horas de observación posquirúrgica en la unidad. • La vasectomía es técnicamente más sencilla, con menos efectos secundarios y menor costo que la ligadura de trompas.
--	---

Desventajas de la vasectomía y ligadura

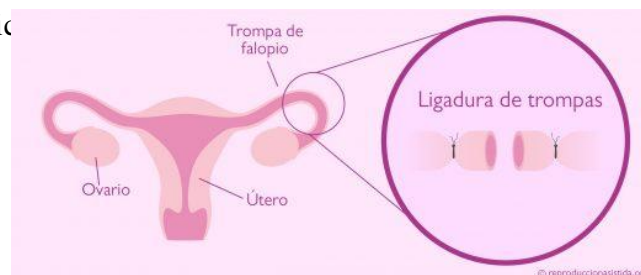
- Son métodos permanentes, definitivos.
- Cambio de decisión o arrepentimiento pos vasectomía.
- Los riesgos quirúrgicos son raros, incluyen: infección, sangrado y fracaso en mínima proporción.
- La vasectomía es totalmente efectiva 12 semanas después del procedimiento (o 20-30 eyaculaciones con preservativo después de la vasectomía).

- NO previenen las ITS incluyendo VIH y SIDA (recomiende el uso correcto de condón, si existe riesgo de ITS)

Inicio del procedimiento

- Puede realizarse en cualquier momento que su paciente lo solicite siempre que no existan contraindicaciones temporales o definitivas.
- La cirugía es ambulatoria o de corta estancia.
- Es definitiva, existe gran dificultad para garantizar un retorno a la fertilidad luego de una recanalización de conductos tubáricos o deferentes.(CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)

4.2.5.1 Esterilización femenina (ligadura). De acuerdo con la modalidad operativa, la antic



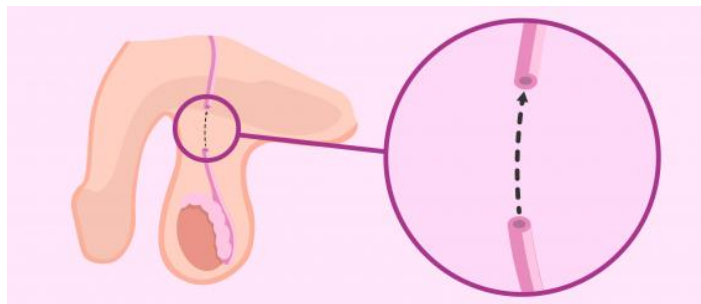
FUENTE: Salud Sexual. Guía de métodos anticonceptivos. 2012, Sexualidad y Anticoncepción. pp 26.

- a) A cielo abierto (microlaparotomía).
- b) Por laparoscopia. Estas últimas son las más utilizadas.

Los anillos de Silastic se colocan en el tercio proximal (unión istmoampular). Se asocia o no a la sección de un fragmento de trompas, según que la finalidad sea lograr una esterilidad permanente o reversible. La colocación de clips de poli acetilo, que ocluyen la trompa, constituye una práctica menos segura pero más fácilmente reversible. Deberá explicarse la morbilidad intra y posoperatoria que el método conlleva como toda cirugía y contemplarse los aspectos médico-legales. En nuestro país, el Código Penal lo contempla como un delito.

La transposición, que consiste en trasladar el ovario o la trompa a una zona vecina (con lo cual se impide la fecundación pero conservando la acción biológica) y la oclusión tubaria por microcirugía, no han tenido gran difusión.

4.2.5.2 Esterilización masculina (vasectomía). En los últimos años, la esterilización masculina (vasectomía) ha sido realizada en escala creciente en algunos lugares; en la India se calcula que son más de 8 millones los hombres sometidos a este procedimiento, y en áreas urbanas de los EE.UU, más de 1 de cada 6 hombres casados n sido sometidos a esterilización. (CHIRIBOGA DAVID. MSP.2010)



FUENTE: Guías en Salud Sexual y Reproductiva, MSP. Departamento de Planificación Estrategia de salud. 2014, Manual de orientación anticonceptiva métodos temporales y permanentes. pp 111.

En nuestro país no es un método tan difundido. La vasectomía es una operación simple y rápida que puede realizarse sin internación y luego de la cual el paciente puede reintegrarse rápidamente a sus tareas.

Lista intervención puede asociarse a las siguientes eventualidades:

- Complicaciones a mediano o largo plazo, como infección secundaria, orquitis y epididimitis, preferentemente en hombres con antecedentes de infección previa.
- Quemazón de la piel del escroto, a veces propagada a la región abdominal, que desaparece en algunas semanas pero sobre la cual debe informarse previamente al paciente.
- La re anastomosis espontánea puede ocurrir en algunos casos, dependiendo de la técnica y del operador.
- Por otra parte, y aunque no es una operación reversible, los avances en la técnica quirúrgica han permitido tener éxitos en la re anastomosis.

- Si bien un alto porcentaje de pacientes se muestran satisfechos por la intervención, pueden desarrollarse efectos secundarios de tipo psicológico o emocional en hombres vasectomizados o esterilizados quirúrgicamente. Tales conflictos pueden relacionarse con la intervención o bien con trastornos psicológicos previos.

Eficacia: 99,9 %

Es un método quirúrgico de esterilización para hombres que están seguros de no querer tener hijos.

5 Materiales y Métodos

a) El estudio tiene un enfoque mixto cuanti- cualitativo

b) Tipo de estudio

El presente estudio que se llevó a cabo, corresponde a una investigación de tipo descriptivo.

c) Área de estudio

Se llevó a cabo en las comunidades de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin pertenecientes al cantón Saraguro de la provincia de Loja durante el periodo Febrero-Julio del 2016.

d) Universo

El universo está conformado por todas las mujeres indígenas en edad fértil pertenecientes a las comunidades de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro de la provincia de Loja. Con un total de 910 mujeres indígenas en edad fértil. (Distrito de Salud N^o 11D08 del cantón Saraguro).

e) Muestra

La muestra está constituida por 166 mujeres indígenas en edad fértil de 12 a 49 años, pertenecientes a las comunidades de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro de la provincia de Loja.

Debido a que es una población extensa, fue necesario la aplicación de una fórmula estadística para poblaciones finitas.

$$\text{Formula: } n = N * Z_{\alpha}^2 * p * q / d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q$$

n= Tamaño de la muestra

N= Total de la Población

Z α = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p= proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q= 1-p (en este caso 1- 0.05= 0.95)

d= precisión (se recomienda usar el 5%) en este caso se utiliza en 3% (0.03)

$$n = 910 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95 / 0.03^2 * (910 - 1) + 196^2 * 0.05 * 0.95$$

$$n = 910 * 3.84 * 0.0475 / 0.0009 * (909) + 0.1824$$

$$n = 165.98 / 0.8181 + 0.1824$$

$$n = 165.98 / 1.0005$$

n = 165.8 total de la muestra

f) Criterios de Inclusión

Todas las mujeres indígenas en edad fértil de 12 a 49 años que estén dispuestas a ser partícipes de este trabajo investigativo.

g) Criterios de Exclusión

Todas las mujeres indígenas menores de 12 años y mayores de 49 años.

Todas las mujeres indígenas que no estén dispuestas a participar en el proyecto investigativo.

Mujeres mestizas que viven o visitan las comunidades de estudio

h) Técnica e instrumento

Se realizó una encuesta como instrumento que permitió la recolección de la información, que consta de 13 preguntas (abiertas, cerradas y de opción múltiple), formato de autoría del investigador: Guzmán Ojeda Carlos Alberto, perteneciente a la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja durante el año 2011, mismo que fue modificada de acuerdo a las necesidades para poder cumplir los objetivos propuestos en este estudio. (ANEXO 1).

Para medir el nivel de conocimiento de la planificación familiar de las mujeres indígenas en edad fértil pertenecientes a las comunidades de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro de la provincia de Loja que se planteó como primer objetivo, se utilizó la pregunta número dos de la encuesta que mide el conocimiento a través de una escala: bastante, poco, nada. En la determinación del segundo objetivo sobre el método anticonceptivo más utilizado se utilizó la pregunta número nueve la misma que es de tipo abierta que determina cuántos y cuáles métodos son los más utilizados. Finalmente para

establecer el tercer objetivo sobre la causa de abandono de la planificación familiar se utilizó la pregunta número 11 de opción múltiple en donde se menciona: la poca disponibilidad de tiempo, su pareja está en desacuerdo, el agendamiento brinda citas muy distantes, la unidad de servicio no siempre cuenta con un método anticonceptivo de su preferencia, prefiere acudir a centros de salud privados, no es de su interés, su religión y su cultura no se lo permite, causa muchas molestias, otros.

i) Procedimiento

Durante el desarrollo del proyecto investigativo, se aseguró que no habrá ninguno tipo de riesgo para los participantes y la información que se obtendrá en base a las encuestas se utilizara únicamente para cumplir los objetivos planteados, no se utilizaron con otra finalidad que no pertenecieran al estudio garantizando respetar aspectos éticos de cada mujer.

Se procede a la selección de una muestra representativa para el estudio, la misma que se fundamenta en base a una fórmula para poblaciones finitas debido a que el número de población es muy extensa, Se realizó una comprobación del problema confirmándose de manera verbal con los Médicos rurales de las comunidades. Luego se informa a la Coordinadora de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, con la finalidad de que autorice la ejecución de oficios para la realización del estudio de campo (ANEXO 3), los mismos que fueron entregados a cada representante del cabildo de las comunidades, adjuntando el consentimiento informado para la ejecución del proyecto de tesis siendo este aceptado (ANEXO 2).

Se validó la encuesta en 10 mujeres indígenas en edad fértil comerciantes de artesanías a nivel del parque central del Cantón Saraguro.

Se solicitó una reunión con las mujeres destinadas al estudio dirigidas por el representante del cabildo de las comunidades, con previa información y consentimiento informado, aplicando la encuesta el 2 y 3 de Julio en Ñamarin a las 2 de la tarde, el 16 del mismo mes en las lagunas a las 8 am, los días 25 y 26 en Quisquinchir a las 12 pm. (ANEXO 4).

Finalmente luego de la recolección y tabulación de toda la información que se obtuvo, al terminar la investigación se procedió a entregar un informe a los directores de los

Subcentros de salud de las comunidades estudiadas para proporcionar nueva información que les permitirá tomar nuevas medidas con la finalidad de mejorar el Sistema de Salud.

j) Análisis de Datos

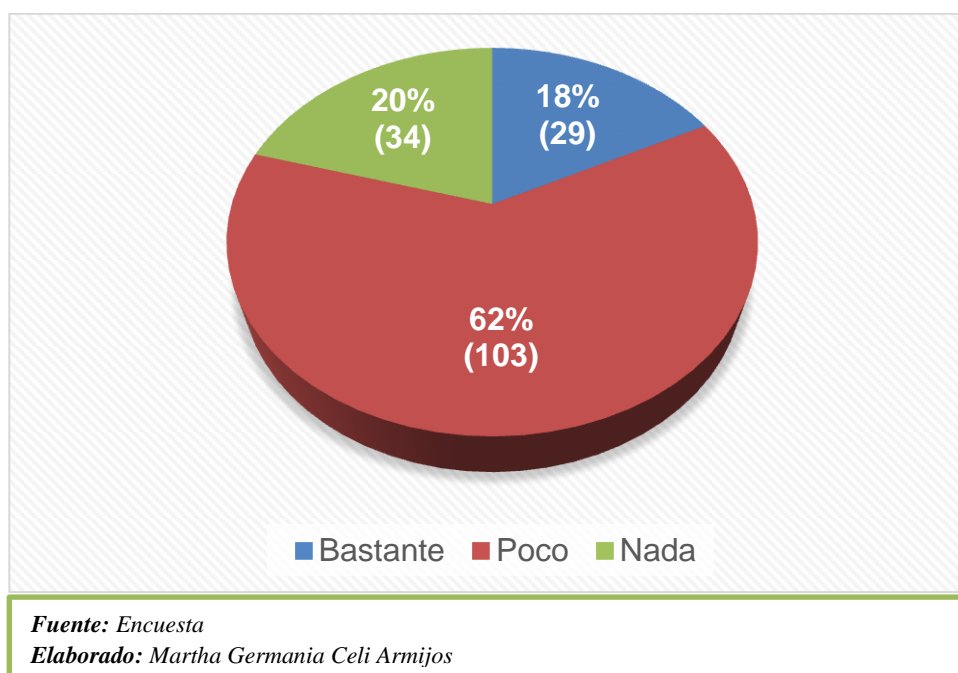
Se utilizó el programa de Excel para la tabulación de los datos y la elaboración de barras y pasteles de acuerdo al orden de los objetivos para una mejor visualización y entendimiento de los resultados.

6 Resultados

Figura Nro.1.

Nivel de conocimiento sobre la planificación familiar en las mujeres indígenas en edad fértil de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja durante el periodo Febrero- Julio del 2016.

Figura 1. Nivel de conocimiento sobre planificación familiar

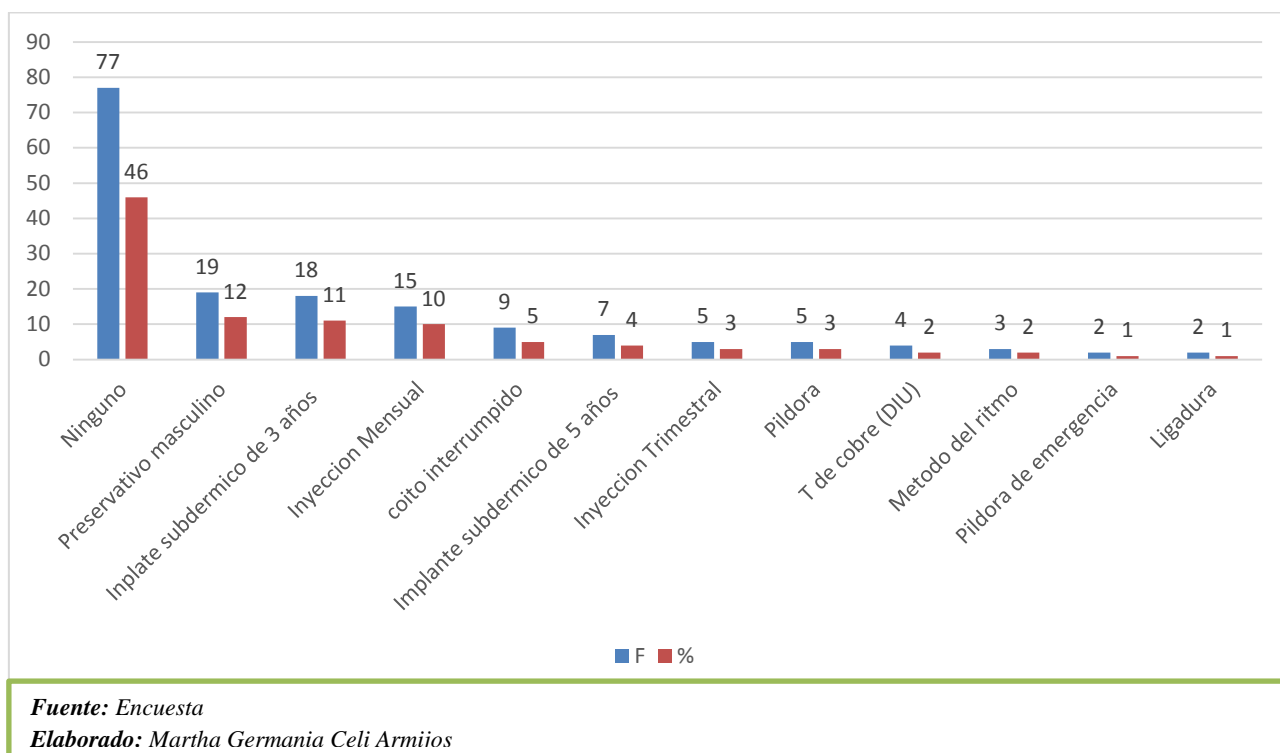


De 166 mujeres indígenas en edad fértil, 103 (62%) tiene poco conocimiento sobre la planificación familiar, 34 (20%) no conoce nada y 29 (18%) conoce bastante del tema.

Figura Nro.2.

Método anticonceptivo más utilizado por las mujeres indígenas en edad fértil de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja.

Figura 2. Método anticonceptivo más utilizado

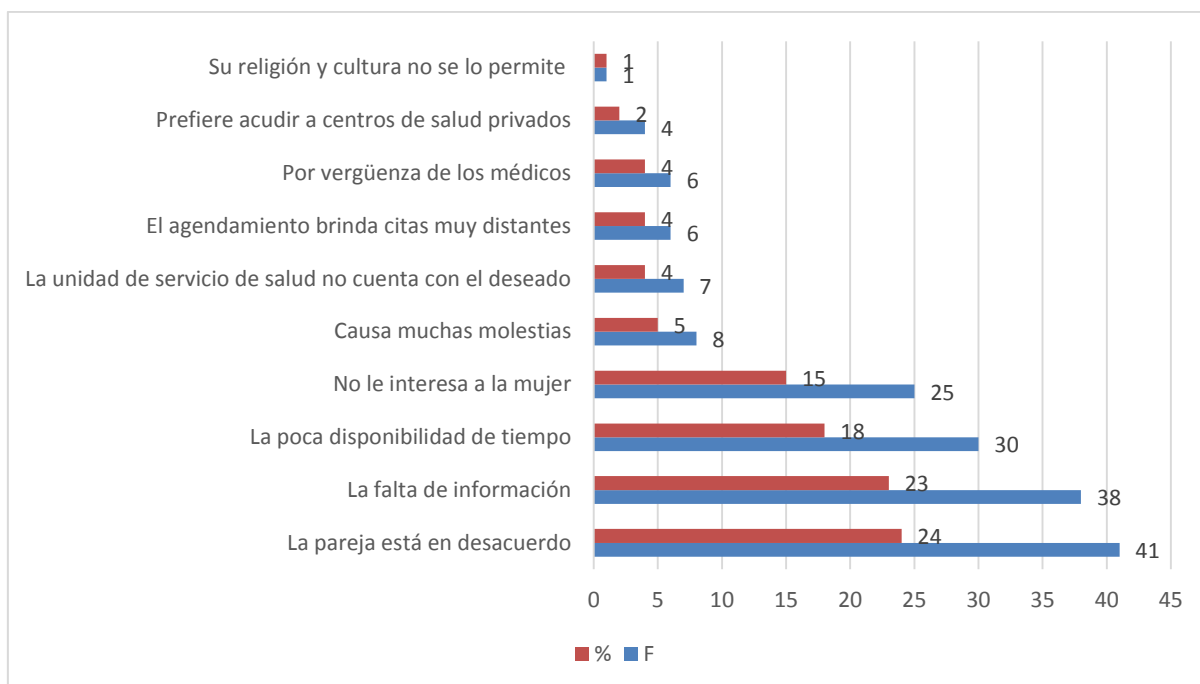


Los métodos anticonceptivos más utilizados por las mujeres pertenecientes a este estudio son: Preservativo masculino con un 12%, seguido del implante subdérmico para 3 años con el 11%, Inyección mensual 10%, coito interrumpido 5%, implante subdérmico para 5 años 4%, mientras que la inyección trimestral, las píldoras en un 3%, el DIU, método de ritmo en un 2% y la PAE, la ligadura con el 1%. El 46% restante no utiliza ninguno.

Figura Nro.3.

Causas por las cuales las mujeres indígenas en edad fértil de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja no llevan una planificación familiar.

Figura 3. Causas de abandono de la planificación familiar



Fuente: Encuesta

Elaborado: Martha Germania Celi Armijos

Se establece en este estudio que las principales causas de abandono de planificación familiar son: La pareja está en desacuerdo 24%, seguido de la falta de información 23%, la poca disponibilidad de tiempo 18%, no le interesa a la mujer 15%, causa muchas molestias 5%, el 4% que representa a causas como la unidad de servicio de salud no cuenta con el deseado, el agendamiento brinda citas muy distantes, por vergüenza de los médicos, mientras que el 2% prefiere acudir a centros privados y el 1% su religión y cultura no se lo permite.

7 Discusión

Según la OMS (2015) el acceso a la información y a los servicios de anticoncepción permitirá efectuar una planificación familiar más adecuada y mejorar la salud. En Ecuador el plan de Naciones Unidas (UNFP-2015) trabaja en el fortalecimiento de capacidades institucionales para la salud sexual y salud reproductiva mejorando el acceso a la planificación familiar en el país. El uso de métodos anticonceptivos, es uno de los factores fundamentales para evitar la fecundación, constituye la práctica más eficaz para prevenir embarazos no deseados, de alto riesgo y a su vez para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

En la determinación del primer objetivo de este estudio referente al nivel de conocimiento sobre la planificación familiar que tiene las mujeres indígenas en edad fértil de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja durante el periodo Febrero- Julio del 2016., representado en la figura N°1 se logra apreciar que el 62% conoce poco sobre el tema, mientras que el 20% no conoce nada y el 18% conoce bastante, con estos resultados se determina que en nuestra localidad aún existe un alto porcentaje de conocimiento insuficiente que se podría atribuir a lo citado por la Estrategia Nacional intersectorial de planificación familiar y prevención del embarazo (ENIPLA) (2013) en un artículo de prensa que la población indígena de nuestro país es donde existe un mayor nivel de desconocimiento sobre las planificación familiar y sus prácticas. Lo que armoniza con el estudio citado por la autora Morales Jenny en el año 2014 en la mujeres indígenas del área de influencia del subcentro de Peguche de la ciudad de Otavalo de las cuales el 67% tiene un conocimiento bajo y el 33% réstate esta entre medio y alto.

En el estudio citado por la autora Salazar Elisa en Palopo perteneciente al Cantón Latacunga en la población indígena, en el año 2014, indica que de las 105 encuestadas el 90% no conoce sobre la planificación familiar puesto a que nunca ha recibido información sobre el tema, el 10% refiere si conocer, por lo tanto se relaciona del 100% de encuestados el 78% no utiliza algún método anticonceptivo, solo el 22% hace uso de alguno. Lo cual armoniza con nuestro estudio local indicándonos que la situación actual no ha mejorado como esperaba el sistema de salud, demostrándose también que en los sectores rurales indígenas aún existe un grado de desconocimiento elevado.

En lo que refiere a los métodos anticonceptivos más utilizado en este estudio, representada en la figura N°2 se demuestra que el 12% más utilizado y 19% más conocido es el preservativo masculino, seguido de métodos inyectables con el 13%, implantes el 12 %, frente a un estudio realizado en la parroquia de San Roque perteneciente al cantón Antonio Ante de la provincia de Imbabura en la población kichwa en el año 2016 por las autoras: Mayta Rosa y Valverde Patricia las cuales manifiestan que los método más empleados actualmente por las mujeres son los implantes por su comodidad y no interferencia con sus labores cotidianas, los inyectables y el método de calendario, y el preservativo masculino. Con estos resultados se podría atribuir que a pesar de un cierto porcentaje de mujeres que prefiere métodos hormonales la mayoría aun practica los ancestrales.

Para determinar el objetivo final de este estudio se ha intentado establecer cuál es la causa del abandono de la planificación familiar y sus prácticas por las mujeres indígenas en edad fértil pertenecientes a las comunidades de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja representándose en la figura N° 3, los que más resaltan en este estudio son: la pareja está en desacuerdo el 24% seguido de la falta de información el 23% y la poca disponibilidad de tiempo con el 18%.

Mientras que las causas más comunes que se citaron por la autora Morales Jenny en su estudio en el año 2014 en la mujeres indígenas del área de influencia del Subcentro de Peguche de la ciudad de Otavalo se mencionan con el 35 % la poca disponibilidad de tiempo, el 30 % la unidad de servicio no siempre cuenta con el anticonceptivo de preferencia y el 24 % su pareja está en desacuerdo. En el estudio citado por la autora Salazar Elisa en Palopo perteneciente al cantón Latacunga en la población indígena, en el año 2014 menciona que las principales causas se relacionan a la falta de información, la pareja está en desacuerdo y el 64% de los encuestados respondieron que el Subcentro de Salud no cuenta con los insumos necesarios. Con estos resultados podemos evidenciar de una manera comparativa que las causas son similares en la mayoría de las poblaciones indígenas, en donde aún se relaciona con los aspectos culturales, éticos y religiosos que poseen dichos pueblos.

8 Conclusiones

- Se logró identificar con este estudio que el nivel de conocimiento de la planificación familiar en las mujeres indígenas en edad fértil de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja durante el periodo Febrero- Julio del 2016 se encuentra dentro de un grado de poco conocimiento con las cifras más elevadas, seguido de un desconocimiento absoluto.
- Se determinó que el método anticonceptivo más utilizadas por las mujeres estudiadas es el preservativo, seguido de los implantes subdérmicos para 3 años y los métodos inyectables.
- Se logró establecer que las principales causas de abandono de la planificación familiar en este grupo de mujeres pertenecientes a las comunidades de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja son principalmente por el desacuerdo de la pareja, seguido de la falta de información y la poca disponibilidad de tiempo.

9 Recomendaciones

- Capacitaciones por parte de los profesionales de la Salud de los Subcentros pertenecientes a las comunidades en estudio, a las familias en especial a los adolescentes, padres y madres, mediante conferencias, trípticos, folletos, revistas y medios de comunicación, sobre planificación familiar y la utilización de los métodos anticonceptivos, sus beneficios y efectos adversos con la finalidad de difundir la información para mejorar su nivel de conocimiento y eliminar posibles criterios erróneos y problemas relacionados con la misma.
- Se recomienda a los Médicos que laboran en los Subcentros de Salud que en sus consultas en primer lugar brinden la confianza necesaria a sus pacientes para que se pueda promover los beneficios que brinda el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en cuanto a planificación familiar y sus prácticas, a su vez si es necesario incluyan un nuevo modelo de atención para poder llegar a los pobladores con mayor facilidad, garantizando así una mayor información y una mejor calidad de vida a los usuarios sin riesgos.
- Que se difunda por parte del personal de Salud encargado de los Subcentros a través de medios de comunicación locales o campañas para que las mujeres acudan a controles más seguidos a su médico de confianza para que puedan recibir atención y educación adecuada sobre planificación familiar y puedan emplearlo sin ninguna duda y puedan informar a sus parejas, hijos y familiares de una manera bien informada.

10 Bibliografía

- MINSA. 2014. Planificación familiar. Ministerio de Salud del Perú. Pag: 1. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2014/planfam/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2015. Planificación Familiar. Centro de prensa # 351. Pag: 1,2. Recuperado: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- Ministerio de Salud de Perú. (lunes de ocotubre de 2014). Planificación familiar y métodos anticonceptivos. Obtenido de planifica tu futuro: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/planfam/index.html>.
- Morales Jenny. (2015). Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres indígenas del área de influencia del Sub Centro de Salud Peguche. Universidad Técnica del Norte facultad de ciencias médicas. Recuperado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/4553>
- Mafla Pantoja Dayana Nataly, Y. C. A. V. (2014). Pag: 44. Factores sociales, culturales y religiosos que impiden la utilización de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en el servicio de ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza de la provincia de Carchi.pdf. universidad politecnica de carchi. retrieved from <http://181.198.77.140:8080/bitstream/123456789/288/1/>
- Guzmán Ojeda Carlos Alberto (2012). Titulada, “Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar en las mujeres de edad fértil y su repercusión en sus embarazos, en el barrio “san Vicente alto” de la ciudad de Loja. Universidad Nacional de Loja, Facultad de medicina. Recuperado de:<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/4553/1/06%20ENF%20649%20TESIS.pdf>
- Morales Jenny. (2015). Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres indígenas del área de influencia del Sub Centro de Salud Peguche. Universidad Técnica del Norte facultad de ciencias médicas. Recuperado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/4553>

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2017. Planificación Familiar. Centro de prensa # 351. Pag: 1,2. Recuperado: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Datosmacro.com (2016). Obtenido de Ecuador/Población. recuperado de: <https://www.datosmacro.com/demografia/poblacion/ecuador>

Kaneda, D.C. (Junio 2014).Cuadro de Datos Mundial sobre la Planificación Familiar. Recuperado de: <http://www.prb.org/SpanishContent/2014/family-planning-worldwide-2013-sp.aspx>

Jaramillo, K. (24 de Octubre del 2013). ENIPLA. Estrategia Nacional intersectorial de planificación familiar y prevención del embarazo. Recuperado de: <https://es.scribd.com/presentation/338377578/PRESENTACION-ENIPLA-24-10-2013-1-pptx>

INEC. (13 de Febrero del 2015). EL UNIVERSO. Sexualidad y Estadísticas en el Ecuador. Recuperado de: <http://www.eluniverso.com/noticias/2015/02/13/nota/4553201/mezcla-sexo-estadisticas-presento-inec>

Chiriboga David. (Agosto 2010) Norma y Protocolo de Planificación Familiar. MSP. Proceso de Normatización del SNS. CONASA, 2010, pp 94-102. Recuperado de: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma_planif_famil.pdf

ESPINOSA, VERONICA. (FEBRERO de 2017). *PLAN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA* . Recuperado de: <http://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

Sanjuán Raquel. (6 de de ENERO de 2012). *ELSEVIER*. Obtenido de METODOS ANTICONCEPTIVOS: Recuperado de: <http://www.elsevier.es/esrevista-semergen-medicina-familia-40articulometodos-anticonceptivos-utilizados-por-poblacion-S1138359311004485>

Snchez Monica, Sarabia Darwin. (2007-2014). Prevalencia de Embarazo y Salud Sexual en adolescentes del Canton Latacunga Provincia de Cotopaxi. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13741/TESIS%20MONICA%20SANCHEZ%20Y%20DARWIN%20SARABIA?sequence=1&isAllowed=y>.

Publica, D. G. (2012). *Salud Sexual*. Obtenido de Guia de Métodos Anticonceptivos: Recuperado de; http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf

Susana muniz. (2014). *Guia en salud Sesual y Reproductiva*. Obtenido de Manual de orientacion anticonceptiva: Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Gu%C3%ADa%20Orientacion%20anticonceptiva%20MSP%202014_1.pdf

11 Anexos

Anexo 1.

Universidad Nacional de Loja

Área de la Salud Humana

Carrera de Medicina



CUESTIONARIO

Tema: "NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, QUISQUINCHIR Y ÑAMARIN DEL CANTÓN SARAGURO PROVINCIA DE LOJA".

INSTRUCCIONES: Responda todas las preguntas que conozca, por favor de la manera más sincera posible esto es muy importante. Si tiene alguna duda puede preguntar al encuestador. Agradecemos por el tiempo empleado en la participación de esta investigación.

a) DATOS GENERALES:

Fecha.....
 Comunidad.....
 Edad en años.....
 Etnia.....

¿Cual es su estado civil?

- | | | |
|------------|---------------|----------------|
| a. Soltera | c. Viuda | e. Unión libre |
| b. Casada | d. Divorciada | |

Otro:.....

¿Cuál es su nivel de instrucción?

- | | |
|---------------|-------------|
| a. Primaria | c. Superior |
| b. Secundaria | d. Ninguna |
- Otra.....

5). Cuál es el intervalo entre hijo e hijo?

a) 1 año b) 2 años c) 3 años d) ≥ 4 años e) otros.....

6). Sus hijos fueron concebidos bajo una planificación familiar.

SI NO

7). Conoce sobre los métodos anticonceptivos de planificación familiar?

SI NO

8). Cuantos métodos de planificación familiar usted conoce y cuáles?

1-2-3-4 o más ()

Método de calendario	
Preservativo- condón	
Píldora	
Píldora del día después	
Implante subdermico de 3 y 5 años	
Dispositivo intrauterino DIU	
Inyección anticonceptiva Mensual y trimestral	
Ligadura de trompas	
Parche anticonceptivo	
Anillo vaginal	
Coito interrumpido- natural	
Otros	

Anexo 2.

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Medicina

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo **Martha Germania Celi Armijos** estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro realizando el presente trabajo de investigación previo a la obtención del título de médico general, estoy desarrollando un estudio investigativo cuyo tema es: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, QUISQUINCHIR Y ÑAMARIN DEL CANTÓN SARAGURO PROVINCIA DE LOJA”** para ello quiero pedirle su colaboración en el presente estudio.

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados.

En la utilización de fotos, ninguna imagen revelará el rostro de los participantes, usted decidirá si participa o no y si usted desea retirarse del estudio en cualquier momento lo puede hacer.

Antes de decidir si usted participa o no, debe comprender cada uno de los puntos detallados a continuación:

Descripción del estudio:

1. Se planteara una encuesta previamente realizada a la cual usted debe de contestar.
2. Se explicara detenidamente cual es nuestro objetivo de nuestro estudio.
3. Se aplicará a cada mujer que participa en el estudio cuales son los beneficios que ellas obtendrán con los resultados de nuestra investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, con número de cédula he leído y comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado, por lo tanto he decidido voluntariamente formar parte del desarrollo del presente estudio de investigación.

Lugar:

Fecha.....

.....

Firma

Anexo 3.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM NRO. 0158CM-ASH-UNL

PARA: Srta. Martha Germania Celi Armijos
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 19 de enero de 2016

ASUNTO: APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema "**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES INDIGENAS DE LAS LAGUNAS, QUISQUINCHIR Y ÑAMARIN DEL CANTON SARAGURO PROVINCIA DE LOJA**", por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,


Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Archivo
Sip

Anexo 4.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM NRO. 0917CCM-ASH-UNL

PARA: Srta. Martha Germania Celi Armijos
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 05 de abril de 2016

ASUNTO: **Dar Pertinencia al Proyecto de Investigación.**

Por medio del presente me permito comunicar a usted, sobre el Proyecto de Tesis: adjunto "NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, QUISQUINCHIR Y ÑAMARIN DEL CANTÓN SARAGURO PROVINCIA DE LOJA", de su autoría, **que es pertinente**, de acuerdo al informe del **Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre**, Docente de la Carrera de Medicina, por lo que deberá continuar con el trámite respectivo.

Con aprecio y consideración

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg. Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Estudiante y Archivo
Sip

Anexo 5.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

1859

MEMORÁNDUM Nro. 0967CCM-ASH-UNL

PARA: Dra. Karina Calva Jirón
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 25 de abril de 2016

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Directora del trabajo de Investigación adjunto, titulado "**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, QUISQUINCHIR Y ÑAMARIN DEL CANTÓN SARAGURO PROVINCIA DE LOJA**", de autoría de la Srta. Martha Germania Celi Armijos, estudiante de la Carrera de Medicina.

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Secretaria Abogada, Estudiante y Archivo
 Sip.

Anexo 6. Autorización para desarrollo de trabajo de investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.01054CCM-ASH-UNL

PARA: Sr. Juan Ortega
 REPRESENTANTE DEL CABILDO DE QUISQUINCHIR

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
 COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de mayo 2016

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Martha Germania Celi Armijos**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la realización de encuestas, misma que consta de 13 preguntas que serán aplicadas a las mujeres indígenas en edad fértil de 12 a 49 años; información que le servirá para la realización de la tesis: **"NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, QUISQUINCHIR Y ÑAMARIN DEL CANTÓN SARAGURO PROVINCIA DE LOJA"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Karina Calva Jirón**, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

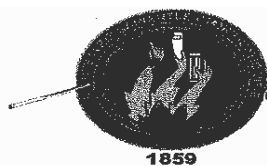
Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA – UNL

C.c.- Archivo

Sip

DIRECCION: AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS
TELEFONO: 2571379 EXT. 17 TELEFAX: 2573480



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.01052CCM-ASH-UNL

PARA: Sr. Miguel Vacacela.
REPRESENTANTE DEL CABILDO LAS LAGUNAS

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de mayo de 2016


ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Martha Germanía Cell Armijos**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la realización de encuestas, misma que consta de 13 preguntas que serán aplicadas a las mujeres indígenas en edad fértil de 12 a 49 años; información que le servirá para la realización de la tesis: "**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, QUISQUINCHIR Y ÑAMARIN DEL CANTÓN SARAGURO PROVINCIA DE LOJA**", trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Karina Calva Jirón**, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,


 Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Archivo

Sip

DIRECCION: AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS
TELEFONO: 2571379 EXT. 17 TELEFAX: 2573480



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.01053CCM-ASH-UNL

PARA: Sr. Víctor Guamán
REPRESENTANTE DEL CABILDO DE ÑAMARIN

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg. Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de mayo de 2016

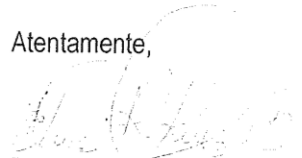
ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Martha Germania Celi Armijos**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la realización de encuestas, misma que consta de 13 preguntas que serán aplicadas a las mujeres indígenas en edad fértil de 12 a 49 años; información que le servirá para la realización de la tesis: **"NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, QUISQUINCHIR Y ÑAMARIN DEL CANTÓN SARAGURO PROVINCIA DE LOJA"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Karina Calva Jirón**, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,


 Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg. Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA – UNL

C.c.- Archivo

Sip

DIRECCION: AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS
TELEFONO: 2571379 EXT. 17 TELEFAX: 2573480

Anexo 7.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0439 CCM-FSH-UNL

PARA: Martha Germania Celi Armijos
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 11 de Octubre de 2017

ASUNTO: Autorizar modificaciones en los objetivos del proyecto de tesis

La presente tiene como fin de comunicarle que se autoriza la **modificación del objetivos del proyecto de de tesis**, denominada **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, QUISQUINCHIR Y ÑAMARIN DEL CANTÓN SARAGURO PROVINCIA DE LOJA”**, quedando de la siguiente manera:

Objetivo Anterior	Objetivo Actual
<p>Identificar el número de mujere indígenas en edad fértil, que tiene un nivle de conocimiento adecuado sobre la planificación familiar y prácticas.</p> <p>Determinar el número de mujeres indígenas en edad fértil, que usan prácticas de planificación familiar.</p> <p>Conocer cual es el método anticonceptivo que mayormente utilizan las mujeres indígenas en edad fértil.</p> <p>Establecer una relación entre el nivel de conocimeinto sobre planificación familiar y prácticas con edad, estado civil, ocupación, nivel de educación estado económico, de las mujeres indígenas en edad fértil.</p> <p>Elaborar un informativo sobre la importancia de la planificación familiar y prácticas, para evitar embarazos no deseados.</p>	<p>Identificar el nivel de conocimientos sobre laplanficacion familiar en las mujeres indígenas en edad fértil.</p> <p>Determinas cual es el método anticonceptivo mas utilizado por las mujeres indígenas en edad fértil.</p> <p>Establecer la causa del abandono de la planificación familiar en las mujeres indígenas pertenecientes a las comunidades de las Lagunas, Quisquinchir Y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja.</p>

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,



Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**
C.c.- Archivo
NOT

Anexo 8.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0446 CCM-FSH-UNL

PARA: Martha Germania Celi Armijos
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 12 de Octubre de 2017

ASUNTO: AUTORIZAR AMPLIACIÓN DE CRONOGRAMA

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que se autoriza la ampliación del cronograma, hasta el 31 de enero de 2018, de su tesis denominada **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, QUISQUINCHIR Y ÑAMARIN DEL CANTÓN SARAGURO PROVINCIA DE LOJA”**, dirigida por el Dra. Karina Calva.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento.

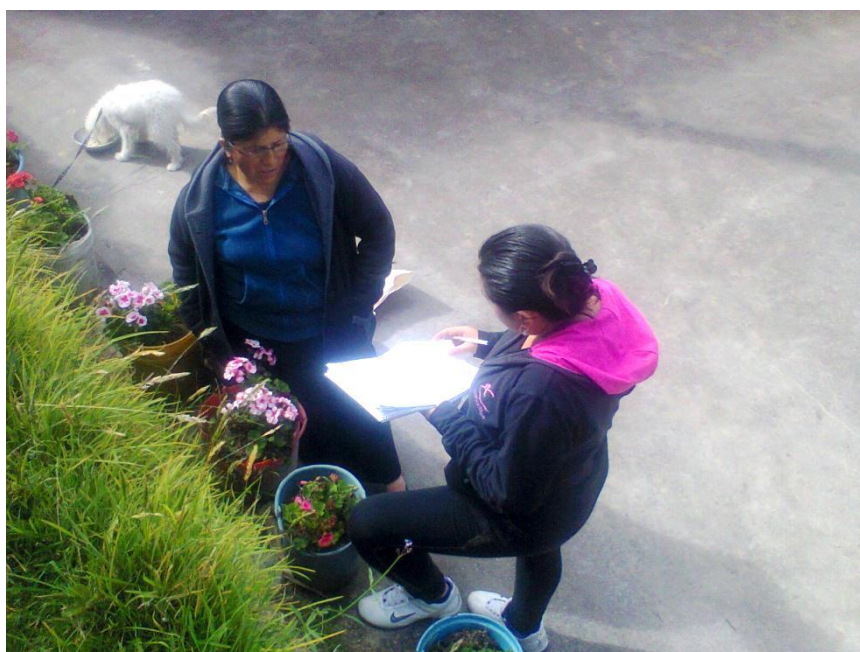
Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.-**

NOT



Anexo 9.**Realización de encuestas en la Comunidad de las Lagunas****Realización de encuestas en la Comunidad de Ñamarin**



Realización de encuestas en la Comunidad de Quisquinchir





Líderes en la Enseñanza del Inglés

Anexo 10. Certificado de traducción del Resumen

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, QUISQUINCHIR Y ÑAMARIN DEL CANTÓN SARAGURO, PROVINCIA DE LOJA" autoría de la Srta. Martha Germania Celi Armijos con número de cédula 1104850035, egresada de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 29 de Noviembre de 2017

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés