



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES QUE SE ASOCIAN AL USO DE MÉTODO
ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO EN USUARIAS
DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"
ENERO-ABRIL DEL 2014**

PRESENTADA POR

JULIA MERCEDES PINTO ESPINOZA

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2014



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES QUE SE ASOCIAN AL
USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO
ORAL COMBINADO EN USUARIAS
DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"
ENERO-ABRIL DEL 2014.**

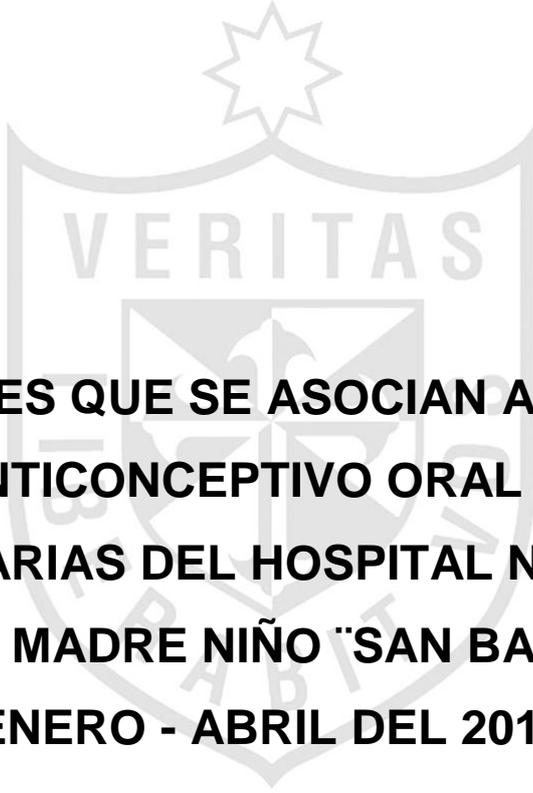
TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

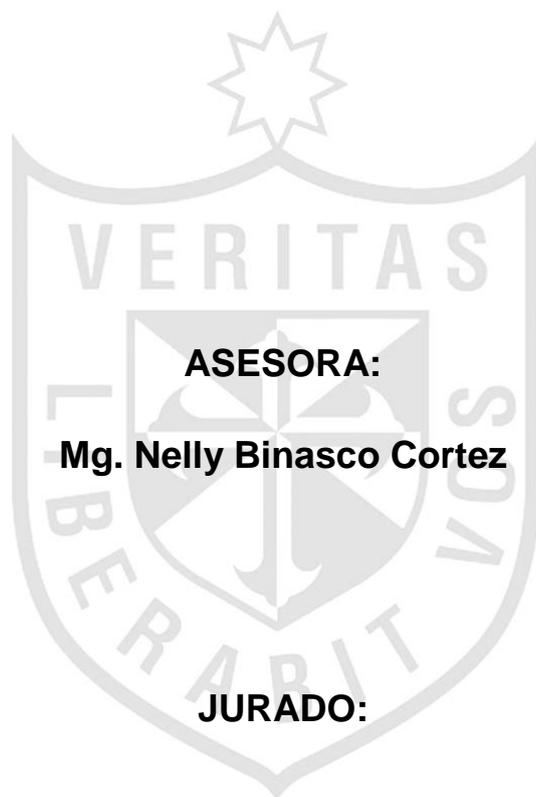
Bachiller en Obstetricia: PINTO ESPINOZA, JULIA MERCEDES

LIMA – PERÚ

2014



**FACTORES QUE SE ASOCIAN AL USO DE
MÉTODO ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO
EN USUARIAS DEL HOSPITAL NACIONAL
DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"
ENERO - ABRIL DEL 2014.**



ASESORA:

Mg. Nelly Binasco Cortez

JURADO:

Mg. Rosa Villar

Mg. Pedro Bustios

Mg. Fredesvinda Romero

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y vencer todos los obstáculos y problemas que se presentaban.

A mi familia, la cual cumple un papel importante en mi vida, que estuvieron conmigo a lo largo de este caminar, como mi mamá, papá, mis abuelitos, mi hermana quien ha sido mi motivación y felicidad.

A mi amado esposo, por su apoyo y ánimo que me brinda día a día para alcanzar nuevas metas.

A mi asesora, por la orientación, revisión, sugerencias a lo largo de esta investigación, por su ayuda y amistad brindada.

RESUMEN

Objetivos: El objetivo general de esta investigación fue: Determinar los factores que se asocian al uso de Método Anticonceptivo oral combinado, en usuarias del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Material y Método: Estudio descriptivo de corte transversal, cuantitativo prospectivo. Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula para la estimación de una proporción en una población finita, reemplazando los datos y teniendo en cuenta que la población total es de 300 mujeres en edad fértil, se obtuvo como resultado una muestra de 85 usuarias.

Resultados: Se encontró 47 usuarias que se encuentran entre las edades 30 a 34 años, que corresponden al 55.3%, 58 refirieron ser convivientes lo cual corresponde al 68.3%, 77 usuarias tienen secundaria completa lo cual corresponde al 90.6%, 84 de las usuarias profesan la religión católica, esto corresponde al 98.8%, 82 de las usuarias nos refieren que recibieron opiniones de sus amigos, lo cual representa el 96.5%, el 100% de las usuarias se encuentran en un nivel económico medio, recibieron consejería, y recibieron el método anticonceptivo oral combinado.

Conclusiones: El método anticonceptivo oral combinado lo utilizan mujeres entre 30 a 34 años. Refirieron ser convivientes, haber culminado secundaria completa, tener religión católica, se encuentran en un nivel económico medio, y su ingreso familiar oscila entre 701 a 1499 soles mensual, recibieron consejería por parte de la obstetra, y haber recibido el método oportunamente.

Palabras claves: Factores, método anticonceptivo oral combinado, usuarias.

ABSTRACT

Objectives: The main aim of this research is to determine the factors that are associated with the use of Combined Oral Contraceptive Method in Hospital "Nacional Docente Madre Niño - San Bartolome" users.

Materials and Method: Descriptive Cross-Cutting Study, quantitative and prospective. For computation of the sample size, it was used a formula for estimation of the proportion in a finite population, replacing data and taking into account that population is 300 women of child bearing potential, obtaining as a result a sample of 85 users.

Results: It was found that 47 users who are between the ages of 30 and 34 years old correspond to the 55.3%, 58 users say they are cohabitants who represent the 68.3%, 77 users have completed secondary education corresponding to the 90.6%, 84 users profess the catholic faith who represent the 98.8% and 82 users say they received friend's opinions representing the 96.5%. The total number of users (100%) is in medium term economic position; they receive advice or medical assistance and combined oral contraceptive method.

Conclusions: The Combined Oral Contraceptive Method is used by women between the ages of 30 and 34 years old. They referred to be cohabitants, to have completed secondary education, to have catholic faith, to be in a medium term economic position and their family incomes ranged between 701 to 1499 soles per month. They receive advice or medical assistance for an obstetrician and therefore they receive a contraceptive method timely manner.

Key words: Factors, Combined Oral Contraceptive Method, Users

ÍNDICE

	Pág.
PÁGINAS PRELIMINARES	
Portada	
Título	
Asesor y miembros del jurado	
Dedicatoria	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODO	12
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	40

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva de la población en el Perú se ha considerado como una prioridad, dentro del Plan Nacional de Salud desde 1995, esto fue a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en 1994 en el cual se reenfocó el concepto de salud sexual y reproductiva, la misma que fue incorporada como derecho de las personas. Los 184 países que suscribieron el Programa de Acción de la CIPD, incluido Perú, se comprometieron a realizar los esfuerzos necesarios para adoptar las medidas planteadas en dicho Programa, desde el cual se crean marcos legales y normativos, se estableció la entrega de métodos anticonceptivos a la población gratuitamente como por ejemplo, inyectables, condones, píldoras, dispositivos intrauterinos incluyendo la anticoncepción quirúrgica definitiva (esterilización masculina y femenina). Actualmente se sigue brindando pero con cierta deficiencia. (10)

Hombres y mujeres presentan diferencias en salud, producto de la desigualdad, exclusión o discriminación. Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud, derivada de su función reproductiva y de sus características biológicas. Las causas de enfermedad y muerte prematura en las mujeres son evitables en su mayoría y puede hacerse abordando la injusticia y la inequidad. La mortalidad materna ha sido calificada por la OPS como el reflejo más claro de la discriminación y el bajo status social de las mujeres y es reconocida como un marcador de compromiso de los Estados con el derecho a la salud. (11)

La pobreza tiene un mayor efecto sobre la salud de las mujeres debido a que restringe el acceso a los servicios de salud, así como a otros bienes y servicios; lo que es producto de la discriminación. En función de sus bajos ingresos ellas tienen que invertir proporcionalmente más en la atención de su salud. En este sentido merece especial atención las recomendaciones y mandatos que nos comprometen en relación al cuidado de la salud sexual

reproductiva como derecho de las personas, el mismo que debe reconocer a hombres y mujeres la decisión si quiere o no tener hijos, a tener embarazos y partos saludables, a no contraer enfermedades de transmisión sexual ni ser víctima de violencia y a recibir ayuda para poder engendrar hijos. (10)

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva fue creada por Resolución Ministerial en el mes de Julio del 2004. (11)

La planificación familiar en el Perú es un derecho de todos y todas a decidir cuándo y cuántos hijos tener. El Ministerio de Salud trabaja desde hace varios años en mejorar los servicios en los establecimientos de salud y cumplir con la entrega de los métodos anticonceptivos a la población en general, para la mejora de su calidad de vida, proporcionando información sobre salud sexual y reproductiva. (10)

En la actualidad el inicio de relaciones sexuales se muestra cada vez más precoz en cada uno de nuestros adolescentes, lo que aumenta la ocurrencia de gestaciones. (2)

La salud sexual es el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva, así como sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos en la que no es obligatoria la procreación, pues la sexualidad en sí misma es una forma de comunicación, convivencia y/o amor entre las personas. (10)

La orientación/consejería en salud sexual y reproductiva es el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas. La consejería consiste en proporcionar información a las personas, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias y así tomar o confirmar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria. (10)

La consejería a cargo del personal de salud consta de cinco pasos:

1. Establecer una relación cordial.
2. Identificar las necesidades de la usuaria/o.
3. Responder a las necesidades de la usuaria/o.
4. Verificar la comprensión de la usuaria/o.
5. Mantener la relación cordial.

Los derechos sexuales y reproductivos son parte inseparable e indivisible del derecho a la salud y de los derechos humanos. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción.

Toda persona tiene derecho a:

- Disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y social que le permitan disfrutar de su sexualidad.
- A decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.
- Tener acceso, en condiciones de igualdad, sin discriminación por edad, opción sexual, estado civil, entre otros, a los servicios de atención que incluyan la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Tener acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos para poder realizar una elección libre y voluntaria.
- Tener acceso a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva.
- A que las instituciones de salud, velen porque se cumplan estos principios en todas las fases de atención.
- A ser atendidos en salud reproductiva sin ningún tipo de coacción.

En el Perú, se observa que el uso de métodos de anticoncepción fue muy difundido en el país, mostrándose un incremento de 2,8% puntos porcentuales (75,2% a 78,0% entre el período 2009 y 2012) en las mujeres en edad fértil que han usado alguna vez métodos anticonceptivos. De

66,3% a 70,5%, ha usado métodos modernos y de 54,1% a 56,2%, métodos tradicionales en el mismo período. (7)

Entre las casadas o unidas, aumentó en 1,2% puntos porcentuales el uso alguna vez de métodos anticonceptivos (de 96,5% a 97,7% entre el período 2009 y 2012); métodos modernos de 85,6% a 88,6%, los métodos tradicionales del 69,3% a 71,2% en el mismo período.

La proporción fue alta en todos los grupos de edad de las mujeres. La inyección, el condón masculino y la píldora fueron los métodos modernos más usados alguna vez por las mujeres actualmente unidas (63,9% y 52,9% y 48,1%, respectivamente). Entre los métodos tradicionales, la abstinencia periódica y el retiro alcanzaron el nivel más alto de uso pasado, por el 48,5% y 48,8%, respectivamente de las mujeres actualmente en unión. Entre las mujeres no unidas pero sexualmente activas, el uso alguna vez de métodos fue significativamente diferente al observado para las mujeres actualmente unidas, enfatizándose al considerar métodos específicos. Los métodos modernos que más han sido usados por este grupo de mujeres fueron: el condón masculino con un 79,5%, la anticoncepción de emergencia 41,9%, la inyección 38,3% y la píldora 32,9%; y entre los métodos tradicionales destacaron el retiro 62,9% y la abstinencia periódica 49,5%. (7)

Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo.

Algunos métodos de planificación familiar ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

La planificación familiar disminuye la necesidad de recurrir al aborto peligroso.

La planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos. (11)

Beneficios de la planificación familiar

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres. La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

Reducción de la mortalidad de los menores de un año

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad de menores de un año más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

Prevención de la infección por el VIH y el SIDA

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

Poder de decisión y una mejor educación

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar.

Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

Disminución del embarazo de adolescentes

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de tener un niño pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

Menor crecimiento de la población

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

Uso de anticonceptivos

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012.

A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En África pasó de 23% a 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; en cada región es notable la variación entre países.

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).

La necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo

Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo.

Los motivos son los siguientes:

- Poca variedad de métodos
- Acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros.
- Temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad.
- Oposición por razones culturales o religiosas
- Servicios de mala calidad
- Barreras de género

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. En África, el 53% de las mujeres en edad fecunda tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia y América Latina y el Caribe regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta, las necesidades insatisfechas representan un 21% y un 22%, respectivamente. (11)

En las dos últimas décadas, la agenda en salud a nivel mundial se desarrolla en el marco de las reformas sanitarias y el Perú no ha sido la excepción.

Las estrategias que han sustentado estas reformas han tenido que ver fundamentalmente con la privatización selectiva, la descentralización y la focalización.

En el marco de estas reformas, después de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD) en 1994 se reenfocó el concepto de salud sexual y reproductiva, la misma que fue incorporada como derecho de las personas. Los 184 países que suscribieron el Programa de Acción de la CIPD, incluido Perú, se comprometieron a realizar los esfuerzos necesarios para adoptar las medidas planteadas en dicho Programa.

Hombres y mujeres presentan diferencias en salud, producto de la desigualdad, exclusión o discriminación. Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud, derivada de su función reproductiva y de sus características biológicas. Las causas de enfermedad y muerte prematura en las mujeres son evitables en su mayoría y puede hacerse abordando la injusticia y la inequidad. La mortalidad materna ha sido calificada por la OPS como el reflejo más claro de la discriminación y el bajo status social de las mujeres y es reconocida como un marcador de compromiso de los Estados con el derecho a la salud. La pobreza tiene un

mayor efecto sobre la salud de las mujeres debido a que restringe el acceso a los servicios de salud, así como a otros bienes y servicios; lo que es producto de la discriminación. En función de sus bajos ingresos ellas tienen que invertir proporcionalmente más en la atención de su salud. En este sentido merece especial atención las recomendaciones y mandatos que nos comprometen en relación al cuidado de la salud sexual y reproductiva como derecho de las personas, el mismo que debe reconocer a hombres y mujeres la decisión si quiere o no tener hijos, a tener embarazos y partos saludables, a no contraer enfermedades de transmisión sexual ni ser víctima de violencia y a recibir ayuda para poder engendrar hijos.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva fue creada por resolución ministerial en el mes de Julio del 2004.

¿Qué hace la estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva?

La salud sexual y reproductiva está íntimamente ligada y son interdependientes. Con esta perspectiva, la salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La Salud Reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse con la libertad de decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

La sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. La sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años, sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social. La

sexualidad es una realidad con la que viven a diario todas las personas, trasciende lo físico (relaciones sexuales); se traduce en las diferentes formas (conductas) que tienen las personas para expresarse y relacionarse con su entorno social y constituye una fuente importante de bienestar y placer tanto físico como mental, pero también constituye uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyen las desigualdades e inequidades. Mientras que la sexualidad está presente y forma parte de toda la vida, la reproducción es la capacidad temporal de procrear que tienen hombres y mujeres. En la mujer, esta capacidad está limitada a los días fértiles del ciclo menstrual, en el período comprendido entre la menarquia y la menopausia, mientras que en el hombre esta capacidad es más prolongada.

La atención a la salud sexual y reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales, preventivos, recuperativos y rehabilitadores, que contribuyen a la salud y al bienestar sexual y reproductivo de las personas de acuerdo con sus necesidades cambiantes en cada etapa de la vida.

La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva, por lo tanto la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas.

La estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva en el marco del modelo de atención integral.

La salud sexual y reproductiva abarca todo el ciclo de vida de las personas: desde la vida intrauterina, infancia, adolescencia hasta la edad del adulto y adulto mayor. La salud sexual y reproductiva de las personas, está en estrecha relación con su entorno familiar, social y su medio ambiente, para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de atención integral específicas y diferenciadas tanto de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada una de estas etapas, debido a que las necesidades

en el área sexual y reproductiva son cambiantes según las etapas del ciclo de vida.

Encontramos que en los distintos hospitales no hay asistencia regular y considerable de mujeres en el programa de Planificación Familiar a diferencia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", en donde encontramos una asistencia regular y considerable de mujeres y por ello el propósito de la investigación ha sido conocer los factores asociados al uso de Método Anticonceptivo oral combinado, en usuarias del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" de Enero a Abril del 2014. Cuyos resultados podrían servir para tomar medidas correctivas en otros hospitales del Minsa.

El **Objetivo General** de esta investigación fue:

Determinar los factores que se asocian al uso de Método Anticonceptivo oral combinado, en usuarias del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" de Enero a Abril del 2014.

Entre nuestros **Objetivos Específicos** consideramos:

Identificar los factores personales asociados al uso de Método Anticonceptivo oral combinado.

Identificar los factores socioeconómicos asociados al uso de Método Anticonceptivo oral combinado.

Identificar los factores institucionales asociados al uso de Método Anticonceptivo oral combinado.



MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal, cuantitativo prospectivo. La población estuvo constituida por el total de usuarias que asistieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" de Enero a Abril del 2014, fue un total de 300 usuarias. La muestra estuvo constituida por 85 mujeres que se atendieron en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" de Enero a Abril del 2014, que cumplieron con criterios de selección.

Para el cálculo del tamaño muestral utilizamos la fórmula para la estimación de una proporción en una población finita.

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N - 1) E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Dónde:

- N= Total de la población
- $Z_{\alpha/2}^2 = 1.96^2$ (ya que la seguridad es del 95%)
- $p = 0.08$ (es la proporción esperada es decir proporción de uso del método anticonceptivo oral combinado que de acuerdo a datos de estudios nacionales es de 8%)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.08 = 0.92$)
- E = error absoluto (en este caso deseamos un 5%)

Reemplazando los datos en la formula y teniendo en cuenta que la población de pacientes que acuden con regularidad al consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San

Bartolomé” es de 300 mujeres en edad fértil, obtuvimos como resultado una muestra de 85 usuarias.

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N - 1) E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.08 * 0.92 * 300}{(299) (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.08 * 0.92}$$

$$n = \frac{84.82}{1.03}$$

$$n = 82.34$$

Redondeando: n=85

En este estudio el tipo de muestreo fue probabilístico.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Usuarias atendidas en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”.
- Usuarias que utilizan métodos anticonceptivos orales combinados proporcionados por el MINSA.
- Usuarias comprendidas entre las edades de 20 a 39 años.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de medida	Instrumento
<p>Variable 1</p> <p>Factores asociados</p>	<p>Factores personales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años • Estado civil Soltera Casada Conviviente • Grado de instrucción Primaria Secundaria Técnica Superior • Religión Católica Evangelista Adventista Mormona 	<p>Intervalo</p> <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p>	<p>Encuesta</p>

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Selección de las unidades muestrales:

Para realizar las encuestas a las usuarias se asistió diariamente al Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", de lunes a viernes, en los turnos de 8:00-12:00 horas.

Se les explicó el desarrollo del presente estudio y se les invitó a participar del mismo. Se les indicó que la investigación es totalmente anónima y que los resultados van a ser utilizados solo para efectos de esta investigación.

TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Tabulación de datos:

Cada una de las encuestas se enumeró de manera sucesiva a la aplicación de las mismas, se utilizó la técnica de recuento de fichas en las cuales se asignó un código a cada pregunta, los cuales fueron transcritos a una ficha resumen y su recuento fue manual.

Los datos de esta investigación fueron procesados y tabulados por medio de SPSS versión 21, para realizar análisis porcentual.

El Instrumento:

La encuesta fue validada por juicio de expertos, se aplicó una prueba piloto a 10 usuarias, las cuales no participaron en la investigación,

El instrumento se llevó a cabo durante los controles de dichas usuarias para recoger datos de manera específica, se explicó a cada una de las usuarias el objetivo de la investigación, así como el anonimato y la privacidad de los

resultados, contando con su autorización para proseguir con la aplicación de la encuesta.

ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del presente trabajo de investigación se contó con la autorización del Director Médico del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", se informó al médico jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, y a la jefa de obstetricia; se aplicó el instrumento, previo consentimiento informado a las usuarias; la información que se obtuvo fue empleada sólo con fines científicos, y no fueron divulgados bajo ninguna modalidad con otros fines; además hubo el compromiso de que todos los datos recabados mediante el instrumento elaborado fueron manejados con absoluta discreción y reserva.

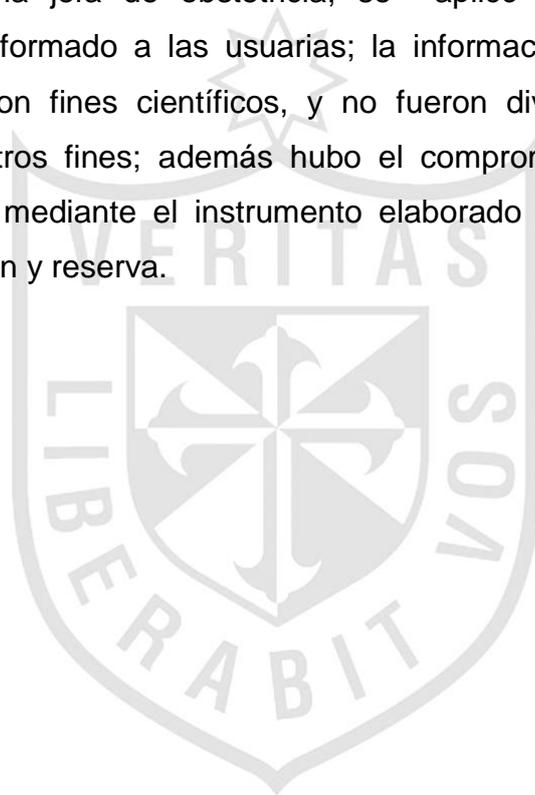
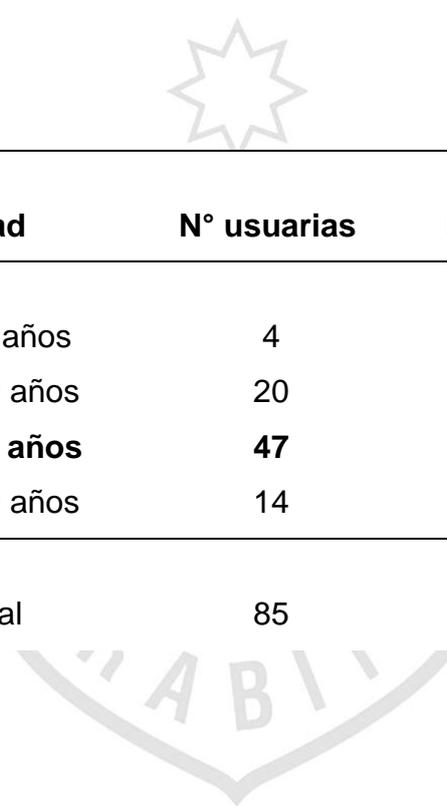




Tabla 1a

Usuarías de método anticonceptivo oral combinado según edad.

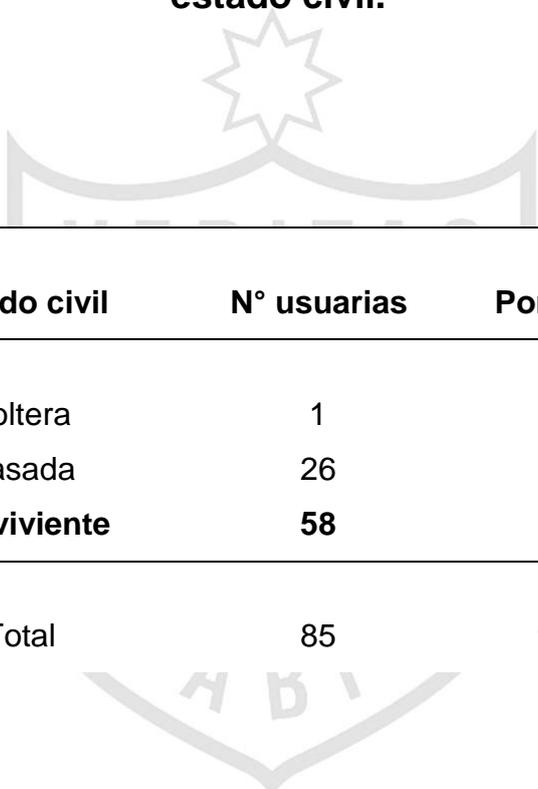


Edad	N° usuarias	Porcentaje
20 -24 años	4	4.7
25 – 29 años	20	23.5
30 – 34 años	47	55.3
35 – 39 años	14	16.5
Total	85	100%

De las 85 usuarias que participaron en este estudio, 47 usuarias se encuentran entre las edades 30 a 34 años, que corresponden al 55.3%, 20 se encuentran entre las edades de 25 a 29 años, que corresponden al 23.5%, y 14 usuarias se encuentran entre las edades de 35 a 39 años, que corresponden al 16.5% y 4 se encuentran entre las edades de 20 a 24 años, que corresponden al 4.7%.

Tabla 1b

Usuarías de método anticonceptivo oral combinado según estado civil.



Estado civil	N° usuarias	Porcentaje
Soltera	1	1.2
Casada	26	30.5
Conviviente	58	68.3
Total	85	100%

De las 85 usuarias que participaron en este estudio, 58 refirieron ser convivientes lo cual corresponde al 68.3%, 26 usuarias manifestaron estar casadas lo que corresponde al 30.5%, mientras que 1 de nuestras usuarias manifestó ser madre soltera lo cual correspondería al 1.2%.

Tabla 1c

Usuarias de método anticonceptivo oral combinado según grado de instrucción.



Grado de instrucción	N° usuarias	Porcentaje
Primaria	5	5.9
Secundaria	77	90.6
Técnica	2	2.3
Universitaria	1	1.2
Total	85	100%



En lo que respecta al grado de instrucción encontramos del total 85 usuarias que representan el 100%, tenemos que la mayor parte de las usuarias tienen secundaria completa lo cual corresponde al 90.6% (77), en lo que respecta al nivel universitario solo el 1.2% (1), cuenta con estudios superiores.

Tabla 1d

Usuarías de método anticonceptivo oral combinado según religión.



Religión	N° usuarias	Porcentaje
Católica	84	98.8
Evangelista	1	1.2
Adventista	0	0
Mormona	0	0
Total	85	100%



En la población de estudio en la cual contamos con 85 usuarias que representan el 100%, 84 de las usuarias profesan la religión católica, que corresponde a la mayoría con 98.8%, a pesar que este credo prohíbe el uso de métodos anticonceptivos.

Tabla 2a

Usuaris de método anticonceptivo oral combinado según influencia familiar.

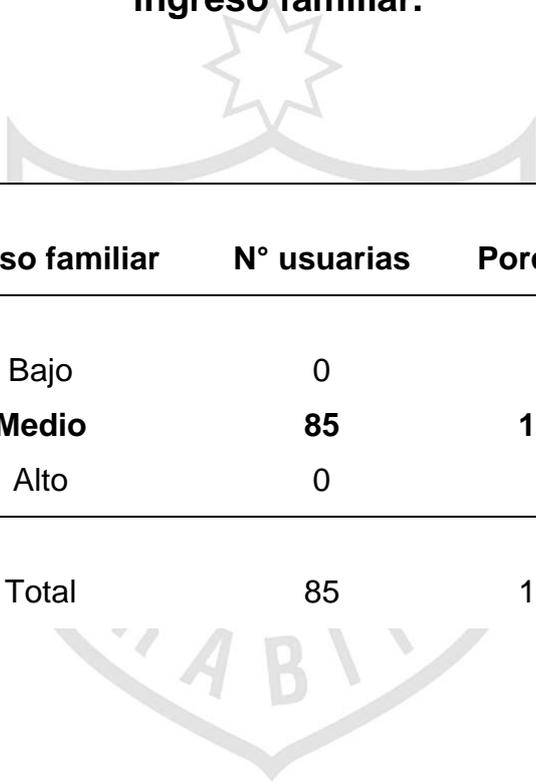


Influencia familiar	N° usuarias	Porcentaje
Padres	0	0
Pareja	3	3.5
Amigos	82	96.5
Total	85	100%

Según la población de estudio contamos con 85 usuarias que representan el 100%, 82 de las usuarias nos refieren que para iniciar el método anticonceptivo oral combinado, recibieron opiniones de sus amigos, lo cual representa el 96.5%.

Tabla 2b

Usuaris de método anticonceptivo oral combinado según ingreso familiar.



Ingreso familiar	N° usuarias	Porcentaje
Bajo	0	0
Medio	85	100%
Alto	0	0
Total	85	100%

Del total de 85 usuarias que representan el 100%, las 85 usuarias se encuentran en un nivel económico medio, entonces podemos decir que su ingreso familiar oscila entre 701 a 1499 soles mensual.

Tabla 3

Usuaris de método anticonceptivo oral combinado según consejería.



Consejería	N° usuarias	Porcentaje
SI	85	100
NO	0	0
Total	85	100%



El 100% que corresponde a las 85 usuarias, nos refieren que recibieron consejería por parte de la obstetra en su consulta de planificación familiar, y así poder elegir el método que les brinde mayor seguridad, en este caso eligieron método anticonceptivo oral combinado.

Tabla 4

Usuaris de método anticonceptivo oral combinado según distribución del método anticonceptivo



Distribución	N° usuarias	Porcentaje
SI	85	100
NO	0	0
Total	85	100%



De las 85 usuarias que participaron en este estudio, las 85 (100%) usuarias recibieron el método anticonceptivo oral combinado, en el momento de su atención en el consultorio de planificación familiar.



DISCUSIÓN

Tabla 1a.- Factores personales según edad.

De las 85 usuarias que participaron en este estudio, 47 usuarias se encuentran entre las edades 30 a 34 años, que corresponden al 55.3%, 20 se encuentran entre las edades de 25 a 29 años, que corresponden al 23.5%, y 14 usuarias se encuentran entre las edades de 35 a 39 años, que corresponden al 16.5% y 4 se encuentran entre las edades de 20 a 24 años, que corresponden al 4.7%.

Hemos encontrado entre los resultados de la investigación de Pachuca de Soto, H., que la edad promedio de sus usuarias es de 34.6 años, y la edad predominante es de 25 a 26 años.

Comparando los resultados encontramos que difieren ya que la edad de las usuarias en nuestra investigación oscila entre los 35 – 39 años; a diferencia de la investigación de Pachuca donde predominan las edades entre los 25 a 26 años.

Tabla 1b.- Factores personales según estado civil.

De las 85 usuarias que participaron en este estudio, 58 refirieron ser convivientes lo cual corresponde al 68.3%, 26 usuarias manifestaron estar casadas lo que corresponde al 30.5%, mientras que 1 de nuestras usuarias manifestó ser madre soltera lo cual correspondería al 1.2%.

Asimismo encontramos en la investigación de Pachuca de Soto, H., que el 47,2% de su muestra se encuentra en unión libre.

Comparando los resultados encontramos similitud en lo que respecta al estado civil donde nuestras usuarias son convivientes y Pachuca refiere que sus usuarias se encuentran en unión libre.

Tabla 1c.- Factores personales según grado de instrucción.

En lo que respecta al grado de instrucción encontramos del total 85 usuarias que representan el 100%, tenemos que la mayor parte de las usuarias tienen secundaria completa lo cual corresponde al 90.6% (77), en lo que respecta al nivel universitario solo el 1.2% (1), cuenta con estudios superiores.

Entre los resultados de la investigación de Pachuca de Soto, H., reportaron el 26,8% de sus usuarias tienen secundaria, lo que representa estudios básicos.

Comparando hallamos similitud ya que nuestras usuarias cuentan en lo que respecta al grado de instrucción con secundaria completa, y Pachuca refirió que sus usuarias cuentan con secundaria completa.

Tabla 1d.- Factores personales según religión.

En la población de estudio en la cual contamos con 85 usuarias que representan el 100%, 84 de las usuarias profesan la religión católica, que corresponde a la mayoría con 98.8%, a pesar que este credo prohíbe el uso de métodos anticonceptivos.

Entre los resultados de Pachuca de Soto, H., reportó el 72,6% de sus usuarias profesan la religión católica.

Comparando encontramos similitud con los resultados de la investigación de Pachuca, ya que en las dos investigaciones la mayoría de las usuarias profesan la religión católica.

Tabla 2a.- Factores socioeconómicos según influencia familiar.

Según la población de estudio contamos con 85 usuarias que representan el 100%, 82 de las usuarias nos refieren que para iniciar el método anticonceptivo oral combinado, recibieron opiniones de sus amigos, lo cual representa el 96.5%.

En la investigación de González, E; Molina, T; Montero, A; Martínez, V; Molina, R., nos reporta que el 67,8% de la muestra recibió comentarios de un amigo.

Comparando con la investigación de González, E; Molina, T; Montero, A; Martínez, V; Molina, R., en lo que respecta a la influencia familiar para utilizar el método anticonceptivo, las usuarias de ambas investigaciones recibieron comentarios y opiniones de sus amigos.

Tabla 2b.- Factores socioeconómicos según ingreso familiar.

Del total de 85 usuarias que representan el 100%, las 85 usuarias se encuentran en un nivel económico medio, entonces podemos decir que su ingreso familiar oscila entre 701 a 1499 soles mensual.

Entre los resultados de la investigación de González, E; Molina, T; Montero, A; Martínez, V; Molina, R., nos reporta que el nivel económico de sus usuarias fue medio - bajo.

Comparando con los resultados de la investigación de González, E; Molina, T; Montero, A; Martínez, V; Molina, R., encontramos que los resultados difieren, ya que nuestras usuarias se encuentran en un nivel económico medio, mientras que sus usuarias se encuentran en un nivel económico medio - bajo.

Tabla 3.- Factores institucionales según consejería.

El 100% que corresponde a las 85 usuarias, nos refieren que recibieron consejería por parte de la obstetra en su consulta de planificación familiar, y así poder elegir el método que les brinde mayor seguridad, en este caso eligieron método anticonceptivo oral combinado.

Entre los resultados de la investigación de Dapuez, M., el 98% de las mujeres de esta investigación reportaron que luego de su primer parto recibieron consejería sobre métodos anticonceptivos.

Comparando los resultados con los de la investigación de Dapuez, M, coincidimos ya que sus usuarias recibieron consejería sobre métodos anticonceptivos luego de su primer parto, y nuestras usuarias recibieron consejería sobre métodos anticonceptivos.

Tabla 4.- Uso del método anticonceptivo oral combinado según distribución.

De las 85 usuarias que participaron en este estudio, las 85 (100%) usuarias recibieron el método anticonceptivo oral combinado, en el momento de su atención en el consultorio de planificación familiar.

Entre los resultados de la investigación de Soriano Fernández, H; Rodenas García, L; Moreno Escribano, D., el 68% de las mujeres de este estudio tuvieron acceso al método anticonceptivo.

Comparando nuestros resultados con los de la investigación de Soriano Fernández, H; Rodenas García, L; Moreno Escribano, D., las investigaciones tienen concordancia ya que las usuarias de ambas investigaciones recibieron el método anticonceptivo.



CONCLUSIONES

En la presente investigación encontramos:

- El 55.3% de usuarias del método anticonceptivo oral combinado están comprendidas entre las edades de 30 a 34 años.
- El 90.6% de las usuarias del método anticonceptivo oral combinado son convivientes.
- El 98.8% de las usuarias refirieron haber culminado secundaria completa.
- El 96.5% de las usuarias refieren profesar la religión católica a pesar que este credo prohíbe el uso de métodos anticonceptivos.
- El 100% de las usuarias se encuentran en un nivel económico medio, podemos decir que su ingreso familiar oscila entre 701 a 1499 soles mensual.
- El 100% de las usuarias recibieron consejería por parte de la obstetra.
- El 100% de las usuarias refieren haber recibido el método oportunamente.



RECOMENDACIONES

Se recomienda a los profesionales obstetras:

- Continuar realizando la consejería en planificación familiar a todas las usuarias del método anticonceptivo oral combinado, lo que nos garantizará la continuidad del uso.
- Contar con una dotación de métodos anticonceptivos suficientes en el establecimiento de salud a fin de garantizar la disponibilidad del mismo.
- Desarrollar programas educativos en planificación familiar para las mujeres comprendidas en edades tempranas a fin de que logremos concientizarlas en el uso correcto del método anticonceptivo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Bejarano L, Mormontoy W, Tipactic C. Muestreo e Inferencia estadística en ciencias de la salud. 1º ed. Lima: Editorial Unión; 2006.
- 2.- Dapuez, M. " Condicionantes en la elección de un método anticonceptivo de las mujeres en edad fértil de Villa los 40 Guasos- Cordoba, Argentina: Visibilizando la inequidad de género"; 2009.
- 3.- De la Cuesta Benjumea, R; Franco Tejeda, C; Iglesias Goy, E, et al. Actualización en anticoncepción hormonal. España; 2011.
- 4.-Diccionario de la lengua española. España: Espasa-Calpe; 2005.
- 5.- Dorland Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 27a ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 2006.
- 6.- González, E; Molina, T; Montero, A; Martínez, V; Molina, R, et al. Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas. Santiago de Chile; 2009.
- 7.- Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Perú; 2012.
- 8.- Pachuca de Soto, H. "Características sociodemográficas de las usuarias activas de métodos anticonceptivos de los centros de salud del Municipio de Jacala Hidalgo". Mexico; 2005.

9.- Soriano Fernández, H; Rodenas García, L; Moreno Escribano, D, et al. Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones. España; 2010.

10.- Ministerio de Salud. Planificación Familiar. [homepage en Internet]. Lima. Minsa; 2012. [Consultado 10 febrero 2014]. URL disponible <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/planfam/metodos.asp>

11.- Ministerio de Salud. Salud Sexual y Reproductiva. [homepage en Internet]. Lima. Minsa; 2004. [Consultado 14 febrero 2014]. URL disponible http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/saludsexual.htm

12.- Organización Mundial de la Salud. [homepage en Internet]. Planificación familiar Nota descriptiva N°351 Mayo de 2013.OMS; 2014. [Consultado 16 febrero 2014]. URL disponible <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

13.-Vol. Diccionario Manual de la Lengua Española. España: Larousse Editorial; 2007.

14.- Wikipedia enciclopedia libre. Método anticonceptivo. [homepage en Internet]. USA; 2014. [Actualizada 31 marzo 2014; Consultado 16 febrero 2014]. URL disponible http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_anticonceptivo

15.- Wikipedia enciclopedia libre. Método anticonceptivo. [homepage en Internet]. USA; 2014. [Actualizada 16 marzo 2014; Consultado 16 febrero 2014]. http://es.wikipedia.org/wiki/Relaci%C3%B3n_sexual



ENCUESTA

Reciba usted mi cordial saludo. Me dirijo a usted por motivo, de realizar esta encuesta la cual es anónima, va a contribuir para obtener datos reales sobre el uso de métodos anticonceptivos orales combinados. Gracias por participar en esta investigación.

V 1.- FACTORES ASOCIADOS

FACTORES PERSONALES:

1.- Edad:

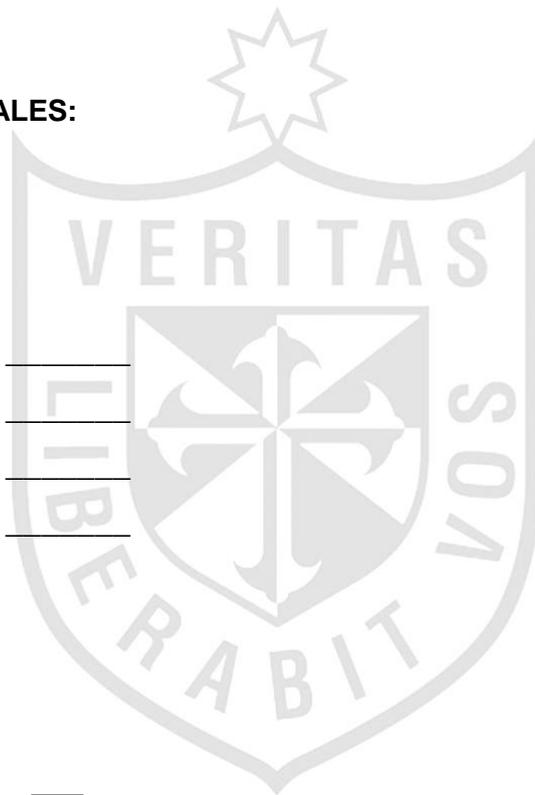
- 20-24 años
- 25-29 años
- 30-34 años
- 35-39 años

2.- Estado civil

- Soltera
- Casada
- Conviviente

3.- Grado de instrucción:

- Primaria
- Secundaria
- Técnica
- Universitaria



4.- Religión

- Católica
- Evangelista
- Adventista
- Mormona

FACTORES SOCIOECONÓMICOS:

5.- ¿Quién te orientó a usar el método anticonceptivo oral combinado?

- Padres
- Pareja
- Amigos

6.- El ingreso familiar en casa se encuentra

- 450 a 700 soles
- 701 a 1499 soles
- 1500 soles a más

FACTORES INSTITUCIONALES:

7.- ¿Recibiste consejería antes de decidirte por el método anticonceptivo oral combinado?

- Si
- No

V 2.- Uso de método anticonceptivo oral combinado

8.- ¿Cuándo elegiste el método anticonceptivo oral combinado, se te proporcionó en el Servicio de Planificación Familiar, en el momento de tu consulta?

- Si
- No

Si tu respuesta es no ¿Por qué?
