



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CENFUEGOS

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MEDICINA GENERAL INTEGRAL AÑO: 2021**

Título: “Programa de intervención educativa sobre anticoncepción en mujeres con riesgo preconcepcional. Consultorio 9. Cruces. 2019-2021”

Institución ejecutora principal del proyecto: Policlínico Universitario de Cruces
“Manuel Piti Fajardo”

Dirección: Maceo Final

Jefe del proyecto: Dra. Dunia Gil Eduarte

Especialista de primer grado en MGI y Ginecobstetricia. Profesor asistente.

Teléfono: 43572865

Correo electrónico: postgrado@dmscruces.cfg.sld.cu

Sustituto previsto del Jefe del proyecto: Dr. Victor E. Cazorla Santana.
Residente de tercer año de la Especialidad de Medicina General Integral

Teléfono:

Correo electrónico:

Fecha de Inicio: 1/ 7/ 2019 **Fecha de Terminación:** 1 / 7 / 2021

RESUMEN

Fundamentación: El uso de Métodos Anticonceptivos es vital para mantener una adecuada salud sexual y reproductiva en nuestros días esto se ve afectado a pesar del progreso que ha tenido nuestra sociedad. **Objetivo:** Implementar una intervención educativa sobre conocimientos en anticoncepción en las mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional que pertenecen al consultorio 9 del municipio Cruces. **Material y Métodos:** Se realizó una investigación de intervención educativa en el período de julio del 2019 a julio del 2021. **Universo:** está compuesto por todas las mujeres en edad fértil que presentan riesgo preconcepcional y pertenecen a este consultorio según los criterios establecidos para esta investigación. La investigación se desarrolló en tres etapas, una primera para determinar las características sociodemográficas de estas féminas y determinar los conocimientos de estas sobre anticoncepción a través de un cuestionario diseñado en investigación anterior, una segunda donde se aplicó un programa de intervención y la tercera donde se evaluó la efectividad del programa. Para el análisis y procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.0, se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes y la prueba de Mc Nemar. Los resultados se presentaron en tablas. **Conclusiones:** El nivel de significación estadística alcanzada evidencia que la intervención educativa aplicada contribuyó a elevar el nivel de conocimientos que sobre anticoncepción femenina poseen las mujeres con riesgo preconcepcional pertenecientes al consultorio #9 del municipio de Cruces, elemento que influyó de manera positiva en el uso y control de la utilización de métodos anticonceptivos.

Palabras clave: riesgo preconcepcional, anticoncepción

ÍNDICE

<u>Introducción:</u>	Error! Bookmark not defined.
<u>Justificación de la investigación</u>	3
<u>Problema Científico:</u>	4
 <u>Marco Teórico:</u>	 5
<u>Anticoncepción</u>	5
<u>Clasificación</u>	6
<u>Anticoncepción Hormonal</u>	7
<u>Anticonceptivos Orales</u>	8
<u>Anticonceptivos Inyectables</u>	Error! Bookmark not defined. 3
<u>Implantes Subdérmicos</u>	Error! Bookmark not defined. 6
Sistemas Intrauterinos	18
Riesgo Preconcepcional	29
Fundamentos del Programa Educativo	30
 <u>Objetivos</u>	 33
 <u>Diseño Metodológico:</u>	 34
<u>Enfoque de la investigación</u>	34
<u>Tipo de estudio</u>	34
<u>Métodos de la investigación</u>	35
<u>Programa Educativo</u>	36
<u>Operacionalización de variables</u>	37
<u>Consideraciones Éticas</u>	40
 <u>Análisis de los Resultados</u>	 41
 <u>Discusión de los Resultados</u>	 51

<u>Conclusiones</u>	57
<u>Recomendaciones</u>	58
<u>Referencias Bibliográficas</u>	59
<u>Anexos</u>	

Introducción

La Salud Reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear de igual forma, así como, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. ⁽¹⁾

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia, el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, para la regulación de la fecundidad, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. ⁽¹⁾

El reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información de los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; y el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. ⁽²⁾

El abordaje de la salud sexual y reproductiva sitúa al equipo de salud frente a personas que en la mayoría de los casos no acuden por una enfermedad, sino que están sanas y necesitan tomar decisiones sobre un aspecto íntimo, delicado y complejo de la propia vida: la sexualidad.

Más de la tercera parte de los embarazos en el ámbito mundial, 80 millones aproximadamente, no son deseados, lo cual sucede por: no uso, falta o falla de métodos anticonceptivos, inadecuada educación sexual, violación u otra manifestación de violencia sexual que conlleve relaciones sexuales forzadas. El embarazo no deseado es aquel que las mujeres, de cualquier edad deciden libremente y por sí mismas, que no desean tener ni proseguir para la reproducción. En muchos países las mujeres controlan poco sus relaciones sexuales y los métodos

para evitar un embarazo no deseado, lo que limita las acciones preventivas y perjudica su salud. ^(3,4)

Según la OMS, aproximadamente unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. ⁽⁵⁾

Actualmente, el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina. A escala mundial, el uso ha aumentado desde un 54% en 1990 a un 63% en 2007. A escala regional, la proporción de mujeres casadas de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente entre 1990 y 2007, de 17% a 28% en África, de 57% a 67% en Asia, y de 62% a 72% en América Latina y el Caribe; en cada región es notable la variación entre países. De acuerdo a lo reportado por la OMS, en América Latina y el Caribe, el promedio de prevalencia anticonceptiva es de 67%, porcentaje que desciende a 54% para Sudamérica en países como Argentina, Perú, Bolivia y Colombia. ⁽⁵⁾

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos masculinos se limitan a la esterilización (vasectomía), los condones y el coito interrumpido. A nivel mundial, un 11,3% de las mujeres en edad fecunda informan que dependen de alguno de estos métodos en su matrimonio o unión formal; también hay grandes variaciones entre regiones y países. ⁽¹⁾

El 48% de las mujeres latinoamericanas en edad fértil (de 15 a 49 años de edad) no utiliza ningún método anticonceptivo para planificar su familia. Sólo el 9.36% elige la píldora. A pesar de sus ventajas, los DIU tienen en Latinoamérica un uso relativamente bajo, la prevalencia de su uso varía entre un 12 % en Chile, un 10 % en Colombia, México y Ecuador, un 7 % en Costa Rica y 1 % en Brasil. ⁽⁵⁾

En Cuba desde los años 90 y hasta la actualidad, los DIU son los métodos anticonceptivos más utilizados; seguido de la esterilización quirúrgica, el condón y las tabletas anticonceptivas. Con un índice de fecundidad que desde los años 70 ha ido disminuyendo de 3.7 a 1.70 en el 2010. ⁽⁶⁾

En Cienfuegos, el método anticonceptivo de mayor uso lo constituye también el DIU seguido de las tabletas e inyecciones. En Cruces ocurre de manera similar, o sea, los más utilizados también están en el orden anteriormente descrito, destacando la esterilización quirúrgica que es una opción bastante utilizada entre las mujeres con paridad satisfecha. ^(6,7)

La planificación familiar ha sido una preocupación de un gran número de países de todo el mundo desde hace varios años; como política de salud permite la decisión libre, consciente y voluntaria de la pareja para determinar cuántos y cuándo tener hijos, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos. Su finalidad es reducir la morbilidad y la mortalidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y se logre una maternidad y paternidad responsable. Tradicionalmente ha estado y está muy relacionado con la salud sexual y reproductiva. ⁽⁸⁾

El advenimiento de la anticoncepción representa un cambio en el centro reproductivo de las costumbres sociales; en la toma de decisiones de parte de la pareja. Este incremento en la capacidad del individuo de asumir el control de su propio destino tal vez sea la característica fundamental de la anticoncepción. La atención previa a la concepción incluye proporcionar una atención sanitaria individualizada según las necesidades de la mujer o la pareja (promoción de salud), una identificación compleja y sistemática de los riesgos (evaluación de los riesgos) e iniciar acciones para abordarlos (intervención). La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo. ^(9,10)

De acuerdo a algunos estudios, la decisión de no utilizar métodos anticonceptivos no puede ser atribuida solamente a la falta de información y conocimientos de la existencia de dichos métodos, ya que en Cuba es política de estado la promoción y distribución gratuita de los mismos. Entran en juego entonces una serie de elementos mucho más complejos y difíciles de erradicar, como los factores socioculturales. Dentro de estos factores, hay unos que conforman un patrón que se extiende y repite a todo lo largo y ancho de América Latina, como son: el machismo, problemas de género, la sempiterna oposición de la iglesia y no menos importantes todos los mitos,

creencias y tabúes tan profundamente arraigados entre la población y que son parte de la idiosincrasia de la propia sociedad. ⁽¹¹⁾

Existen en el país varias investigaciones que abordan el nivel de conocimiento sobre los anticonceptivos, pero se enmarcan casi en su totalidad en las adolescentes, siendo el resto de las edades también parte importante en la fertilidad, por lo que nos motivamos a indagar el nivel de conocimiento sobre anticoncepción en las mujeres de forma general que se encuentran en edad fértil en nuestro consultorio.

Justificación de la investigación:

En Cuba está establecido el Programa del manejo y control del riesgo preconcepcional, que tiene como objetivo identificar las mujeres con riesgo preconcepcional y posteriormente incidir y modificar positivamente dicho riesgo.

El adecuado manejo de las mujeres con riesgo preconcepcional nos permite lograr indicadores favorables en la mortalidad materna y fetal, para lograr esto es necesario un elevado nivel de acceso a los anticonceptivos en el marco del Programa de Planificación Familiar.

En el municipio de Cruces en el consultorio 9, se encuentran dispensarizadas con riesgo preconcepcional un total de 59 mujeres, se manifiesta en la práctica cotidiana falta de conocimientos de las mujeres sobre la anticoncepción, imposibilitando que estas conozcan la importancia de los mismos y no sean capaces de elegir el método anticonceptivo ideal, motivo por cual se realiza esta intervención educativa con el objetivo elevar los conocimientos sobre anticoncepción en mujeres con riesgo preconcepcional que pertenecen al consultorio 9 del municipio Cruces

Pregunta problema: ¿Cómo contribuir a elevar los conocimientos sobre anticoncepción, en las féminas con riesgo preconcepcional que pertenecen al consultorio 9 del municipio Cruces?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Implementar un programa de intervención educativa sobre anticoncepción en mujeres con riesgo preconcepcional que pertenecen al consultorio 9 del municipio Cruces en el período de julio del 2019 a julio del 2021.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a las féminas en cuanto a las variables sociodemográficas.
2. Determinar las necesidades de aprendizaje en relación a la anticoncepción.
3. Evaluar la efectividad del programa aplicado.

Aporte práctico:

Desde el punto de vista práctico aportará la aplicación de una intervención educativa sobre conocimientos en anticoncepción, que permitirá a estas mujeres tomar una conducta responsable en relación con la planificación familiar y su salud.

Novedad científica:

Por primera vez en el municipio de Cruces se aplicará una intervención educativa sobre anticoncepción en mujeres con riesgo preconcepcional. Los resultados de esta investigación servirán como referente para otras investigaciones.

Marco teórico

Anticoncepción

Método anticonceptivo (MAC) o método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad, número de hijos que se desean o no tener, y la prevención de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes.⁽¹²⁾

El origen del control de la natalidad y la anticoncepción debe remontarse al descubrimiento por nuestros antepasados de la asociación entre la práctica de relaciones sexuales y la posibilidad de embarazo en el caso de mujeres fértiles. Aunque en general, la confirmación de la fertilidad era considerada de manera favorable hasta el punto de que la infertilidad se consideraba una maldición o castigo, se deseaba controlar la reproducción y en todo caso adecuarla al momento más favorable, facilitarla o impedirla dependiendo de muy variadas circunstancias socioeconómicas. En ese largo tránsito histórico se alumbraba la separación de sexualidad y reproducción que comenzó en el siglo XVIII con la práctica del matrimonio por amor en el que no contaba solamente la descendencia y la generalización de los métodos anticonceptivos.^(13,14)

No existe un método anticonceptivo único que satisfaga las necesidades de todas las personas. Algunos métodos protegen contra el embarazo mejor que otros. Además, algunos métodos también protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Cada método tiene ventajas, desventajas y efectos secundarios distintos, y ciertos métodos tal vez no sean apropiados para algunas mujeres o algunos hombres. Por consiguiente, la selección de un método debe basarse en las necesidades y las preferencias de cada paciente. También es importante que los pacientes estén completamente informados acerca de los métodos y que su decisión en cuanto a comenzar a usar o a seguir usando un método en particular sea voluntaria.^(15,16)

Factores que deben considerarse en la elección del método anticonceptivo:

- Estado de salud general
- Frecuencia de las relaciones sexuales
- Número de parejas sexuales
- Si se desea tener hijos (deben descartarse los métodos irreversibles)
- Eficacia de cada método en la prevención del embarazo
- Efectos secundarios del anticonceptivo.
- Facilidad y comodidad de uso del método elegido

Los métodos anticonceptivos disponibles, se clasifican de acuerdo con el tiempo de duración de su efecto en transitorios o temporales, reversibles, y definitivos o permanentes, irreversibles. Existen otras muchas clasificaciones, pero en la actualidad se hace difícil poder ubicar en cada grupo los diferentes anticonceptivos, porque en la práctica se combinan muchas de sus propiedades en busca de una mayor efectividad.⁽¹⁷⁾

Se prefiere dividirlos en:

- **Métodos de barrera:**

- Espermicidas: cremas, jaleas, aerosoles de espumas, supositorios o tabletas espumantes y supositorios solubles.
- Mecánicos sin medicar: preservativo, o condón masculino, diafragma, capuchón cervical, escudo vaginal o condón femenino.
- Mecánicos medicados: esponjas vaginales.

- **Dispositivos intrauterinos (DIU):**

- Inertes.
- Bioactivos o medicamentosos.

- **Hormonales:**

- Locales.
- Orales: combinados o progestágeno solo.
- Sistémicos: inyectables, implantes, parches, etc.

- **Biológicos o naturales:**

- Abstinencia periódica.
- Coito interrupto.
- Lactancia materna exclusiva.

- **Quirúrgicos:**

- Femeninos.
- Masculinos.

Anticoncepción hormonal

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.⁽¹⁸⁾

Primero examinaremos los anticonceptivos orales y el uso de las píldoras anticonceptivas para la anticoncepción de emergencia. Luego examinaremos los anticonceptivos inyectables y los implantes subdérmicos. También se presentará información acerca de los nuevos sistemas intrauterinos liberadores de hormonas.

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. Los anticonceptivos combinados orales e inyectables y los inyectables solo de progestina inhiben sistemáticamente la ovulación.⁽¹⁹⁾

El espesamiento del moco cervical, causado por la progestina, es otro mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales. El moco más espeso actúa como una barrera contra los espermatozoides, dificultándoles la entrada a la cavidad uterina. Si la mujer ovulara, esta barrera de moco reduce considerablemente las probabilidades de que el ovulo sea fecundado.^(19,20)

Todos los anticonceptivos hormonales también tienen efectos en el endometrio y lo hacen más delgado. Teóricamente, esto podría reducir las probabilidades de que un ovulo fecundado se implante. Es posible que los cambios del endometrio desempeñen una función en la prevención del embarazo con métodos como los implantes y las píldoras solo de progestina, que no impiden la ovulación en todos los ciclos, pero no se han notificado pruebas científicas acerca de este efecto.^(19,20,21)

Dado que la ovulación se inhibe al mismo tiempo que se espesa el moco cervical, hay pocas probabilidades de que haya un ovulo fertilizado en el útero. Así pues, no es probable que el adelgazamiento del endometrio desempeñe una función en la eficacia observada con los anticonceptivos hormonales. Ninguno de los métodos hormonales es eficaz una vez que se ha establecido un embarazo. No tienen un efecto abortifaciente.

Anticonceptivos Orales

Existen dos tipos de anticonceptivos orales (AO): las que contienen estrógeno y progestina, llamadas comúnmente anticonceptivos orales combinados (AOC) y las que contienen solo progestina. Las píldoras combinadas son los anticonceptivos orales que más se usan.

Los AOC se categorizan comúnmente como píldoras de baja dosis o de alta dosis, según el contenido de estrógeno. Las píldoras de baja dosis, que son las píldoras anticonceptivas que más se usan, contienen generalmente entre 30 y 35 microgramos (mcg) o entre 0,030 y 0,035 miligramos (mg) o menos del estrógeno etinil estradiol. Las píldoras de alta dosis contienen 50 mcg (0,05 mg) de etinil estradiol. En uso típico, de estos generalmente son considerados más eficaces que las Píldoras solo de Progestina (PSP). Es más fácil cometer errores que resultan en embarazo cuando se están tomando las PSP porque estas píldoras deben tomarse a la misma hora cada día para que den el mejor resultado. Sin embargo, estas son muy eficaces para las mujeres que están amamantando y no afectan a la producción ni la calidad de la leche como ocurre con los AOC. ⁽²²⁾

Así mismo, las PSP pueden ser especialmente adecuadas para un número reducido de mujeres que desean tomar píldoras anticonceptivas pero que no pueden usar estrógeno por razones de salud.

Los anticonceptivos orales, así como otros métodos, tienen ventajas y desventajas. Entre las ventajas de los AO figuran las siguientes:

- Su seguridad y eficacia han sido demostradas en amplios estudios; de hecho, los AO son los fármacos de venta con prescripción médica que más se han estudiado. Cuando se usan en forma sistemática y correcta, su tasa de

prevención de embarazos es superior al 99 por ciento.

- ▶ El efecto anticonceptivo de los AO es reversible y, cuando las píldoras dejan de tomarse, la fertilidad regresa rápidamente. Esto hace de ellos una buena opción para retrasar y espaciar los embarazos.
- ▶ No hay que hacer nada en el momento del acto sexual
- ▶ Las complicaciones graves son sumamente raras
- ▶ Los AO tienen muchos beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción, lo cual describiremos más adelante.
- ▶ La mujer es quien controla el uso de la píldora. Por consiguiente, las píldoras se pueden usar sin que lo sepa el compañero, si se desea.

Entre las desventajas de los AO figuran las siguientes:

- ▶ En uso típico, los AO no se usan en forma correcta y sistemática, lo cual reduce la eficacia. Los AO, para que sean más eficaces, se deben tomar diariamente.
- ▶ Con frecuencia, tienen efectos secundarios que para algunas mujeres son difíciles de tolerar.
- ▶ Pueden plantear riesgos de salud para un número reducido de mujeres
- ▶ Su suministro se debe hacer con regularidad
- ▶ Los AO no protegen contra las ITS, incluido el VIH

Los efectos secundarios que los AOC pueden tener no suelen ser perjudiciales, aunque algunos pueden ser desagradables o inaceptables. Entre los efectos secundarios más comunes están los siguientes: náuseas, mareos, sensibilidad mamaria anormal, dolores de cabeza, cambios de estado de ánimo y aumento de peso. ⁽²²⁾

Esos efectos secundarios ocurren casi siempre entre las usuarias de píldoras de alta dosis. Para muchas mujeres, estos efectos secundarios disminuyen después de los primeros tres meses de uso. ⁽²²⁾

Los AOC también pueden causar sangrado intermenstrual. Este sangrado generalmente produce manchado o sangrado muy leve. El sangrado inter- menstrual es más común entre las usuarias de AOC de baja dosis que entre las usuarias de

píldoras de alta dosis, y es más común durante los primeros meses de uso. Un número reducido de mujeres que usan los AOC llegan a padecer de amenorrea. ⁽²³⁾

Además de reducir el riesgo de cáncer ovárico y del endometrio, los AOC ofrecen muchos otros beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción. Entre esos beneficios están el menor riesgo de padecer de enfermedad mamaria benigna y de embarazo ectópico.

Los AOC también hacen que los ciclos menstruales sean más regulares y predecibles, y hacen disminuir tanto el volumen como la duración del sangrado. Puesto que hay menos sangrado cada mes, es posible que algunas usuarias de las píldoras corran un menor riesgo de anemia. Pueden reducir los síntomas de condiciones ginecológicas, por ejemplo, endometriosis y menstruación dolorosa.

La endometriosis es una condición en la que el tejido endometrial se forma fuera del útero, con lo cual produce dolor en la parte baja del abdomen. Reducen también el síndrome premenstrual, que produce síntomas desagradables en muchas mujeres antes de la menstruación, por ejemplo, cansancio, ansiedad, tensión y calambres. Los efectos combinados de los AOC (espesamiento del moco cervical y menos flujo menstrual) también reducen los riesgos generales de enfermedad pélvica inflamatoria sintomática. Esta inflamación del aparato genital superior de la mujer puede producir dolor pélvico crónico, embarazo ectópico y a veces, la muerte. Se cree que las PSP tienen algunos de los mismos beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción que tienen los AOC. ^(24,25)

Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE):

Otro uso de las píldoras anticonceptivas es la anticoncepción de emergencia. Esto se refiere al uso de píldoras anticonceptivas para prevenir el embarazo poco después de haber tenido un coito sin protección.

La anticoncepción de emergencia no se ha diseñado como una forma habitual de anticoncepción. Después del uso, se debe iniciar o continuar un método habitual si no se desea el embarazo. Las píldoras anticonceptivas de emergencia o PAE, son un régimen especial de píldoras solo de progestina o de anticonceptivos orales combinados. ⁽²²⁾

Se pueden usar en cualquier momento durante el ciclo menstrual y más de una vez durante un ciclo, si es necesario. Puesto que se recetan por un tiempo breve, estas píldoras de emergencia casi no tienen contraindicaciones (es decir, las condiciones que hacen que su uso no sea aconsejable). Esto quiere decir que casi todas las mujeres que por razones médicas no pueden usar con regularidad las píldoras anticonceptivas que contienen estrógeno, si pueden usar las PAE. Así mismo, parece que estas píldoras no tienen los beneficios para la salud o los beneficios a largo plazo relacionados con el uso habitual de las píldoras anticonceptivas. ⁽²²⁾

Las PAE se pueden proporcionar por adelantado a las mujeres que usan un método anticonceptivo habitual, para que las usen cuando falle el método o cuando los anticonceptivos no se tomen a tiempo, o cuando haya habido relaciones sexuales sin protección ni consenso. No se entiende del todo el mecanismo de acción exacto de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Sin embargo, la información existente indica que el efecto anticonceptivo ocurre antes de la implantación. Cuando ya hay implantación, las PAE ya no surten efecto. Por lo tanto, no perturbarán ni perjudicarán un embarazo ya establecido. Son mucho más eficaces si se toman poco después del coito sin protección. ⁽²⁶⁾

Anticonceptivos orales solo de progestinas

Para la anticoncepción de emergencia, el régimen especial de píldoras solo de progestina es más eficaz y produce menos efectos secundarios que el régimen especial de anticonceptivos orales combinados. La mujer que está tomando píldoras solo de progestina para la anticoncepción de emergencia debe tomar una sola píldora que contenga 0,75 mg de levonorgestrel dentro de un periodo de 72 horas después del coito sin protección (cuanto más pronto mejor), seguida de la misma dosis 12 horas después. ⁽²²⁾

Según las investigaciones, cuando se usan antes de haber transcurrido 24 horas después del coito sin protección, las píldoras que contienen levonorgestrel previenen el 95 por ciento de los embarazos previstos. Cuando se usan antes de haber transcurrido 72 horas después del coito sin protección, previenen aproximadamente el 85 por ciento de los embarazos previstos. En los países donde no se pueden conseguir las píldoras que contienen 0,75 mg de levonorgestrel, las mujeres que

desean usar la anticoncepción de emergencia pueden usar formulaciones normales de píldoras solo de progestina que contienen levonorgestrel o norgestrel. Sin embargo, en esas formulaciones, cada píldora contiene solo una pequeña cantidad de la hormona requerida para la anticoncepción de emergencia. Por consiguiente, la mujer tendrá que tomar 20 píldoras para comenzar y deberá repetir la dosis al cabo de 12 horas, es decir, debe tomarse un total de 40 píldoras.

Anticonceptivos orales combinados (AOC)

El régimen especial de anticonceptivos orales combinados, conocido como la "pauta Yuzpe", es el método de anticoncepción de emergencia que más se usa. Se ha estudiado ampliamente y se ha demostrado que es seguro y relativamente eficaz. Este régimen consiste en tomar dos dosis de píldoras. ⁽²⁷⁾

- ▶ La primera dosis antes de haber transcurrido 72 horas después del coito sin protección (cuanto más temprano mejor), y
- ▶ La segunda dosis a las 12 horas después de la primera.

Cada una de las dos dosis debe contener por lo menos 100 mcg (0,1 mg) de etinil estradiol y 500 mcg (0,5 mg) de levonorgestrel. Cada dosis se puede obtener tomando ya sea cuatro píldoras de "baja dosis" o dos píldoras de "alta dosis".

Según un estudio de la OMS, los AOC usados dentro de un periodo de 24 horas después del coito sin protección impidieron aproximadamente el 77 por ciento de embarazos previstos. En cambio, cerca del 57 por ciento de los embarazos previstos no ocurrieron cuando los AOC se usaron dentro de las 72 horas después del coito sin protección. Aproximadamente el 50 por ciento de las mujeres que usan el régimen de los AOC para la anticoncepción de emergencia experimentan náuseas como efectos secundarios y aproximadamente el 20 por ciento de ellas experimentan vómito. Estos efectos secundarios, aunque de poca duración, son más graves en las mujeres que usan los AOC como un método anticonceptivo regular. ⁽²⁶⁾

Anticonceptivos Inyectables

Los anticonceptivos inyectables contienen hormonas femeninas que se inyectan profundamente en el músculo y se liberan gradualmente en el torrente sanguíneo; de este modo, proporcionan anticoncepción por largo tiempo. El tiempo que cada tipo de

inyectable suite efecto después de la inyección depende principalmente de los tipos y las cantidades de hormonas que contiene. ⁽²⁵⁾

Los inyectables son seguros y se encuentran entre los métodos anticonceptivos más eficaces. Las tasas típicas anuales de embarazo son del 0,4 por ciento o menos. Hay dos tipos de anticonceptivos inyectables. El primer tipo son los inyectables solo de progestina, que contienen una forma sintética de la hormona femenina progesterona. Los dos inyectables solo de progestina que están disponibles en el mercado son:

- ▶ Acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), que se administra en una dosis de 150 mg cada tres meses, y comúnmente se conoce con el nombre comercial de DepoProvera.
- ▶ Enantato de noretisterona (NET-EN), que se administra en una dosis de 200 mg cada dos meses, y comúnmente se conoce con el nombre comercial de Noristerat o Norigest.

El segundo tipo se conoce como inyectables combinados (AIC), que contienen progestina y estrógeno. Se administran una vez al mes. Dos inyectables combinados, relativamente nuevos y que la OMS ha estudiado ampliamente, se conocen comúnmente con el nombre comercial de Cyclofem (que contiene 25 mg de DMPA y 5 mg de cipionato de estradiol) y Mesigyna (que contiene 50 mg de NET-EN y 5 mg de valerato de estradiol). Hay otros AIC que se han usado por muchos años. Entre ellos están el feladroxato (combinación de 150 mg de acetofenida de dihidroxiprogesterona), que se usa ampliamente en algunos países latinoamericanos, donde se vende con los nombres comerciales de Perlutal, Perlutan y Topasel. ⁽¹⁷⁾

El DMPA es el inyectable que más se usa y se estudia en todo el mundo. Entre sus ventajas figuran las siguientes:

- ▶ La mayoría de las mujeres pueden usar el DMPA sin peligro. Este anticonceptivo figura entre los anticonceptivos disponibles más eficaces. Es fácil de usar correcta y sistemáticamente porque no requiere una rutina diaria.
- ▶ El efecto del DMPA es prolongado, pero reversible. En general, una mujer puede quedar embarazada a los 9-10 meses después de recibir la última inyección de DMPA. Se puede dejar de usar sin ayuda de un proveedor. Para discontinuar el uso, la mujer simplemente deja de recibir las inyecciones, y el nivel

de DMPA en la sangre y sus efectos anticonceptivos disminuyen gradualmente.

- ▶ El uso del DMPA no requiere ninguna acción en el momento del acto sexual. Puesto que no se guardan suministros en casa, su uso puede ser privado.
- ▶ El DMPA no tiene ningún efecto en la lactancia, por lo tanto, lo pueden usar las mujeres que están amamantando.
- ▶ Las complicaciones graves son sumamente raras y el DMPA, en efecto, ofrece algunos beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción que se describirán más adelante.

Entre las desventajas del DMPA figuran las siguientes:

- ▶ Los efectos secundarios y de anticoncepción no se pueden detener inmediatamente. Pueden resistir todo el tiempo que dura el efecto de la inyección (tres meses por lo menos).
- ▶ En general, el regreso a la fertilidad después de la discontinuación suele retrasarse.
- ▶ Con frecuencia produce efectos secundarios, especialmente cambios en el sangrado.
- ▶ El DMPA no ofrece ninguna protección contra las ITS, incluido el VIH.

El efecto secundario del DMPA que se notifica con más frecuencia es el cambio de las características del sangrado menstrual, incluidos el sangrado irregular o manchado, el sangrado abundante o prolongado y la amenorrea.

Así mismo, las usuarias del DMPA suelen notificar un aumento de peso. Entre los efectos secundarios que menos se notifican están los dolores de cabeza, mareo y cambios de estado de ánimo, como por ejemplo ansiedad. En un estudio multinacional en gran escala realizado por la OMS, cerca de la tercera parte de las usuarias dejaron de usar este método el primer año debido a efectos secundarios. Los efectos secundarios que con más frecuencia dieron lugar a la discontinuación fueron los cambios menstruales. ⁽²⁵⁾

Entre los beneficios para la salud no relacionados con el efecto anticonceptivo que los anticonceptivos inyectables ofrecen figuran los siguientes:

- ▶ Reducción del riesgo de cáncer endometrial, embarazo ectópico e infecciones vaginales por hongos.

- Reducción del riesgo de fibrosis, o masas no cancerosas del musculo uterino que pueden causar menstruación dolorosa o abundante.

Entre otros beneficios para la salud no relacionados con el efecto anticonceptivo figuran los siguientes:

- Reducción de la frecuencia y la gravedad de las crisis drepanocíticas
- Reducción de la frecuencia de los ataques de epilepsia
- Reducción de los síntomas de endometriosis

Inyectables combinados (AIC)

Los inyectables combinados ofrecen muchas de las ventajas que ofrecen los inyectables solo de progestinas.

- Son seguros, considerablemente eficaces y fáciles de usar correcta y sistemáticamente.
- Son reversibles y pueden dejar de usarse sin la ayuda de un proveedor. La fertilidad regresa más rápidamente que cuando se ha usado el DMPA.
- Su uso no requiere ninguna acción en el momento del acto sexual
- No se han observado complicaciones cardiovasculares

Entre las desventajas figuran las siguientes:

- Las usuarias de los AIC pueden experimentar efectos secundarios, incluidos los que se relacionan con el estrógeno.
- Los efectos anticonceptivos y los efectos secundarios no pueden eliminarse inmediatamente. Después de que la mujer ha recibido la última inyección, las concentraciones de las hormonas en la sangre disminuyen gradualmente.
- No ofrecen ninguna protección contra las ITS, incluido el VIH.

Los efectos secundarios más comunes de los inyectables combinados son el cambio de sangrado; en particular, el manchado o el sangrado prolongado o irregular. En esta diapositiva se comparan los cambios de sangrado durante el primer año en las usuarias del inyectable combinado Cyclofem y del inyectable solo de progestina DMPA.

Con ambos tipos de inyectables, el sangrado irregular y el prolongado son más comunes en los primeros meses de uso; luego disminuyen con el tiempo. Sin embargo, los cambios de sangrado son menos frecuentes con los AIC que con los

inyectables solo de progestina. Con Cyclofem, la amenorrea también es mucho menos común que con el DMPA.

Muchas mujeres que usan los AIC tienen sangrado menstrual regular. Los episodios de sangrado en general comienzan aproximadamente a los 15 días después de cada inyección. Al cabo del primer año, casi el 75 por ciento de las usuarias experimentan sangrado regular. Entre los efectos secundarios menos comunes que se han notificado con los AIC figuran dolores de cabeza, mareo, sensibilidad anormal mamaria y aumento de peso. ⁽²⁵⁾

Implantes Subdérmicos

Los implantes subdérmicos son cápsulas que se colocan debajo de la piel del brazo de la mujer y que liberan lentamente una progestina en el torrente sanguíneo. De todos los implantes subdérmicos, el más estudiado y utilizado es el Norplant. Este método consiste en seis capsulas del mismo tamaño que se implantan y que durante cinco años liberan continuamente en el torrente sanguíneo dosis bajas de la progestina levonorgestrel. ⁽²²⁾

También se han elaborado sistemas de implantes que usan una o dos capsulas. Norplant II o Jadelle, que consiste en dos capsulas que liberan levonorgestrel, también es eficaz por lo menos durante cinco años. Implanon, que consiste en una capsula que libera la progestina 3 ketodesogestrel, se recomienda para tres años de uso. ⁽¹⁸⁾

Entre las ventajas del Norplant figuran las siguientes:

- ▶ Es seguro y su eficacia es de por lo menos 99 por ciento en la prevención del embarazo. Durante los primeros tres años de uso, el Norplant es tan eficaz como la esterilización femenina, aunque puede que sea levemente menos eficaz en las mujeres que pesan más de 70 kilogramos.
- ▶ Es fácil de usar. No se necesita hacer nada durante el acto sexual
- ▶ Su efecto es prolongado, pero reversible. La eficacia del Norplant comienza a las pocas horas después de la inserción y dura por lo menos cinco años. Después de quitar la primera serie, se puede insertar inmediatamente otra serie de implantes por el tiempo que se necesite o se requiera protección. Sin embargo, este anticonceptivo es reversible en cualquier momento; basta con extraer las

capsulas para que se restablezca rápidamente la fertilidad.

- ▶ No contiene estrógeno; por lo tanto, pueden usarlo las mujeres que están amamantando o las que tienen condiciones de salud que puedan impedirles el uso de anticonceptivos que contienen estrógeno. Además, ofrece beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción; por ejemplo, disminuye la pérdida de sangre menstrual.

Entre las desventajas del Norplant figuran las siguientes:

- ▶ Suele producir efectos secundarios, especialmente cambios en el sangrado
- ▶ No se puede comenzar a usar ni discontinuar su uso sin la ayuda del proveedor.
- ▶ Se requiere un procedimiento quirúrgico menor para insertarlo o extraerlo
- ▶ El Norplant, así como otros métodos hormonales, no ofrece protección contra las ITS, incluido el VIH.

Muchas mujeres que usan el Norplant notifican sangrado irregular. Aunque no suele ser perjudicial desde el punto de vista médico, esas irregularidades de sangrado pueden ser inaceptables para algunas mujeres. Entre las irregularidades más comunes están el manchado o el sangrado leve irregular. Entre las irregularidades menos comunes están el sangrado prolongado, que disminuye generalmente después de los primeros meses, y la amenorrea, aunque es menos común que con los inyectables solo de progestina.

Los cambios de las características de sangrado menstrual constituyen la razón más común para que las mujeres pidan que les extraigan el Norplant durante los primeros dos años después de la inserción. Los proveedores deben acceder cuando las mujeres pidan que les extraigan los implantes y asistirles en la selección de otro método. ⁽²⁵⁾

El uso del Norplant, así como el uso de las PSR está relacionado también con los folículos ováricos que no se rompen, lo cual puede causar malestar en la parte baja del abdomen. Esos folículos, sin embargo, no son perjudiciales y suelen desaparecer por si solos sin que se necesite una intervención quirúrgica

Sistemas intrauterinos (SIU) liberadores de hormonas

Los sistemas intrauterinos (o SIU) liberadores de hormonas constituyen un nuevo método de anticoncepción hormonal. Así como los DIU de uso más generalizado, tienen forma de T y se insertan en el útero. Sin embargo, a diferencia de los DIU, los SIU contienen progesterina que se libera lentamente en el útero.

En algunas partes del mundo pueden obtenerse dos tipos de SIU. El primero es el sistema liberador de levonorgestrel o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU de LNG), que se comercializa con los nombres de Mirena o Levonova y es eficaz durante cinco años. El segundo es el sistema liberador de progesterona, que se comercializa como Progestasert en los Estados Unidos y es eficaz durante un año.

Los SIU liberadores de hormonas ofrecen la ventaja de ser sumamente eficaces, de tener efecto prolongado y de ser seguros y reversibles. Los mecanismos de acción principales de estos sistemas son iguales a los de otros métodos hormonales: supresión parcial de la ovulación y prevención de la fertilización, principalmente debido al espesamiento del moco cervical, que impide que los espermatozoides entren en el útero. Estos sistemas también causan adelgazamiento del endometrio que, teóricamente, puede contribuir a su efecto anticonceptivo. ⁽²⁶⁾

El SIU de LNG reduce considerablemente el dolor y la duración y la cantidad del sangrado menstruales. Sin embargo, el dispositivo puede causar manchado y sangrado irregular. Los estudios clínicos a largo plazo han indicado que el SIU de LNG también puede proporcionar cierta protección contra la EPI.

No obstante, los SIU no protegen contra las ITS, incluido el VIH. Estos dispositivos también son costosos y su disponibilidad no se ha generalizado todavía.

Métodos de barrera

Los condones masculinos, condones femeninos, diafragmas, capuchones cervicouterinos y espermicidas son métodos de barrera para la anticoncepción. Estos métodos actúan mediante el bloqueo físico o químico de los espermatozoides y contribuyen a evitar algunas ITS.

Todos los métodos de barrera dependen del cliente. Para que sean eficaces, deben usarse en forma correcta y sistemática. El uso correcto y sistemático requiere motivación, aptitud y con frecuencia, comunicación entre compañeros.

El condón masculino

El condón masculino de látex, cuando se usa en forma correcta y sistemática, es eficaz contra el embarazo, aunque es menos eficaz en el uso típico. Es seguro para casi todo el mundo, salvo para las poquísimas personas que son alérgicas al látex. El condón masculino de látex está disponible ampliamente en casi todo el mundo, pero debe ser accesible en el momento del coito.

Se ha demostrado que el condón masculino de látex es el único método anticonceptivo que protege contra la transmisión de casi todos los tipos de ITS. Esto incluye un alto grado de protección contra la infección por el VIH.

Sin embargo, la transmisión de ITS sigue siendo posible si hay lesiones genitales fuera del área que cubre el condón. El uso del condón masculino requiere la cooperación del compañero. Es posible que muchas mujeres tengan que negociar el uso del condón con sus compañeros, y para algunas de ellas esa negociación puede ser difícil o imposible. Los condones de látex se pueden dañar si se exponen a los lubricantes a base de aceite, el calor excesivo, la humedad o la luz. ⁽²⁹⁾

El condón femenino

Se ha elaborado un condón femenino en respuesta a la necesidad de más métodos iniciados por la mujer que protejan contra el embarazo y la transmisión de las ITS. El condón femenino, hecho de poliuretano, se puede usar sin peligro y no tiene efectos secundarios.

Así como el condón masculino, cuando se usa en forma correcta y sistemática, protege contra el embarazo bloqueando físicamente el paso de los espermatozoides al aparato reproductor femenino. Además, así como el condón masculino, es menos eficaz en el uso típico. La aprobación y cooperación del compañero aumentan las probabilidades de que se use correcta y sistemáticamente.

El condón femenino es una funda de plástico holgada con un anillo flexible en cada extremo. Uno de los anillos está en el extremo cerrado de la funda y cuando se inserta, sirve de soporte en el cuello uterino. El anillo exterior forma el borde externo del dispositivo y se mantiene fuera de la vagina después de ser insertado, lo cual protege los labios y la base del pene durante el acto sexual. Este diseño puede hacer

reducir el riesgo de transmisión de organismos causantes de ITS que se encuentren en úlceras de los genitales externos.⁽²⁹⁾

Los estudios de laboratorio han observado que los condones femeninos protegen contra las ITS bacterianas y virales. Los estudios realizados con seres humanos son limitados, pero indican que el condón femenino ofrece protección que puede compararse con la que ofrece el condón masculino contra las ITS. Se necesitan más investigaciones para determinar si el condón femenino protege contra las ITS virales, como la infección por el VIH.

Actualmente el condón femenino está aprobado para usarse una sola vez. Sin embargo, dado que el dispositivo es costoso, se están llevando a cabo estudios para determinar si se puede lavar con agua y jabón y volverse a utilizar eficazmente. Además, se están elaborando otros tipos de condón femenino.

Diafragma y capuchón cervicouterino

Todos los diafragmas cervicouterinos que existen actualmente están hechos de caucho de látex suave; se insertan en la vagina y se ajustan al cuello uterino. Ambos tipos de dispositivos se usan con crema o gelatina espermicida para proteger mejor contra el embarazo. Después del acto sexual, se deben dejar colocados por lo menos durante seis horas. Ambos se pueden volver a utilizar, pero se requiere tener acceso a agua pura para lavarlos bien después del uso.

Los diafragmas y los capuchones cervicouterinos son los únicos métodos de barrera que requieren la intervención de un proveedor capacitado para que determine el tamaño adecuado para la usuaria. Este proceso requiere un examen pélvico. Las ventajas de estos métodos son que pueden ser iniciados por la mujer y pueden insertarse hasta seis horas antes del acto sexual. Sin embargo, el diafragma tiene la desventaja de que a veces causa efectos secundarios como escozor e irritación.⁽²⁹⁾

También hace aumentar el riesgo de infecciones de las vías urinarias y vaginitis. El capuchón cervicouterino es menos eficaz para las mujeres que han tenido partos vaginales. Ambos tipos de dispositivos, cuando se usan correcta y sistemáticamente con espermicida, hacen reducir el riesgo de algunas ITS bacterianas. No se sabe si hacen reducir el riesgo de ITS virales.⁽²⁹⁾

Espermicidas

La mayoría de los espermicidas surten efecto al inactivar los espermatozoides. Cuando se usan solos, los espermicidas son notablemente menos eficaces que la mayoría de otros métodos modernos en la prevención del embarazo. Esto ocurre especialmente con el uso típico. Por consiguiente, los espermicidas solos no son una buena opción, a menos que no se disponga de otros métodos o que estos sean inaceptables. No obstante, los espermicidas usados con otros métodos de barrera (como diafragmas o capuchones cervicouterinos) pueden aumentar la eficacia anticonceptiva de esos métodos. ⁽²⁹⁾

Los productos espermicidas se diferencian respecto a las dosis y a la forma en que se administran, por ejemplo, laminas, tabletas espumantes, supositorios o gel. Los agentes químicos espermicidas que con más frecuencia se usan actualmente son los siguientes: nonoxinol-9, o N-9, menfegol y cloruro de benzalkonio, o BZK. N-9 es el espermicida más común en el mundo y el que más se ha estudiado. ⁽²⁵⁾

La medida en que los espermicidas reducen el riesgo de ITS no se entiende bien. Al parecer, el N-9 protege levemente contra las ITS bacterianas, pero no se ha demostrado que protejan contra las ITS virales. Por lo tanto, no se recomienda el uso de espermicidas solos como medio de protección contra la infección por el VIH. Se están realizando más investigaciones para determinar la protección que proporcionan diversos espermicidas. ⁽²⁵⁾

Como el condón femenino, los espermicidas tienen la ventaja de que su uso puede ser iniciado por la mujer. Por otra parte, los productos espermicidas pueden ser molestos por su consistencia. Algunos pueden causar irritación o sensación de quemazón en las mujeres y los hombres. El uso prolongado de espermicidas puede hacer aumentar el número de infecciones de las vías urinarias femeninas. ⁽³⁰⁾

DIU de cobre

Los dispositivos intrauterinos (DIU) que existen actualmente son muy seguros y se encuentran entre las opciones anticonceptivas más eficaces disponibles. El DIU que se usa frecuentemente es la TCu380A de cobre, cuya eficacia dura hasta 10 años. Este dispositivo tiene una espiral de cobre en el tallo vertical de la "T" y una placa del mismo material en cada uno de los brazos horizontales. Las usuarias de la TCu380A

experimentan tasas de fracaso muy bajas; a saber, menos de uno por ciento anual, cifra comparable con la de la esterilización femenina. ⁽³⁰⁾

El mecanismo de acción principal de la TCU380A y de otros DIU es provocar una reacción inflamatoria endometrial que impide el paso de los espermatozoides. Pocos espermatozoides alcanzan a llegar al lugar de la fertilización en las trompas de Falopio, y los que llegan no tienen probabilidades de fertilizar un ovulo. ⁽³⁰⁾

En los pocos casos en los que ocurre fertilización, es posible que el DIU impida el embarazo al interferir con la implantación en la cavidad uterina, pero no hay pruebas directas de que el DIU impida realmente la implantación. La OMS ha declarado que no es probable que la eficacia anticonceptiva de los DIU resulte, principal o exclusivamente, de su capacidad de interferir con la implantación. ⁽³¹⁾

Entre las ventajas del DIU de cobre, aparte de su seguridad y alta eficacia, figuran las siguientes:

- ▶ No se necesita hacer nada durante el acto sexual ni en ningún otro momento. Sin embargo, es aconsejable que la mujer verifique regularmente la presencia de los hilos del DIU, generalmente después de la menstruación, para cerciorarse de que el dispositivo sigue en su sitio.
- ▶ Tiene efecto prolongado y es fácilmente reversible; por lo general, la fertilidad regresa muy pronto después de la extracción.
- ▶ No tiene efectos secundarios sistémicos.
- ▶ Rara vez ocurren complicaciones, como la perforación o expulsión.
- ▶ Las mujeres que están amamantando pueden usarlo sin peligro.

Entre las desventajas del DIU de cobre figuran las siguientes:

- ▶ Puede tener efectos secundarios, como dolor y calambres durante la menstruación, y sangrado menstrual más abundante.
- ▶ Se requiere la intervención de un proveedor de servicios de salud capacitado para que inserte y extraiga el dispositivo.
- ▶ No es adecuado para las mujeres que corren el riesgo de contraer ITS.
- ▶ No protege contra la transmisión de ITS, incluida la infección por el VIH.

Los calambres y el sangrado menstrual prolongado o más abundante, y también de vez en cuando sangrado entre un periodo y otro, constituyen efectos secundarios comunes de los DIU. El sangrado mayor o prolongado en las mujeres que tienen pocas reservas de hierro puede causar anemia por deficiencia de hierro. Los cambios en el sangrado constituyen la razón principal por la que las mujeres dejan de usar el DIU, aunque esos efectos no requieren la extracción del dispositivo. Los efectos secundarios son más comunes durante los primeros meses después de la inserción del DIU de cobre, pero generalmente estos disminuyen con el tiempo. ^(30,32)

El uso de DIU se ha asociado con un leve aumento del riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) durante el primer mes después de la inserción. Se cree que este riesgo se debe a la introducción en el útero de bacterias presentes en el aparato genital inferior, cuando se inserta el DIU. Después del primer mes, el riesgo de EPI entre las usuarias del DIU es parecido al de las no usuarias, el cual es muy bajo. ⁽³³⁾

Los estudios científicos recientes han indicado que el riesgo que corre la usuaria de un DIU de experimentar EPI puede reducirse considerablemente si los proveedores siguen directrices importantes. Las mujeres deben ser objeto de un examen minucioso para determinar la presencia de signos o síntomas de ITS actuales, y evaluar su riesgo de ITS. No se debe insertar un DIU si la mujer corre un riesgo elevado de ITS, a menos que no haya otros métodos disponibles, o cuando los que hay no son aceptables para la cliente. ⁽³⁴⁾

Así mismo, se deben aplicar estrictamente las técnicas de prevención de infecciones durante la inserción para reducir el riesgo de introducir bacterias en el útero. La mayoría de las directrices de los servicios recomiendan que la paciente regrese al cabo de un mes después de la inserción del DIU para determinar si hay infección.

Esterilización femenina y masculina

La esterilización voluntaria ofrece protección permanente contra el embarazo no deseado con un solo procedimiento que se puede realizar en cualquier centro de atención de salud con capacidad quirúrgica básica. Sin embargo, dado que la esterilización es permanente, se debe asesorar a los clientes cuidadosamente antes de que la elijan como su método anticonceptivo para reducir

al mínimo el arrepentimiento futuro. Tanto la esterilización femenina como la masculina tienen pocas complicaciones cuando la realizan en entornos apropiados proveedores de salud debidamente capacitados. ⁽³⁵⁾

La esterilización femenina voluntaria es el método de planificación familiar moderno que más se usa en el mundo. Consiste en cerrar y cortar o atar las trompas de Falopio para impedir que los óvulos se unan con los espermatozoides y sean fertilizados.

Actualmente se están estudiando métodos no quirúrgicos de esterilización femenina que emplean sustancias químicas para producir una cicatriz en las trompas de Falopio, pero su uso en programas no se ha aprobado en la mayoría de los países. ⁽³⁵⁾

La esterilización masculina voluntaria o vasectomía, es un procedimiento quirúrgico menor en el que los conductos deferentes, que son los tubos por donde pasan los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra, se atan y se cortan para impedir que los espermatozoides se mezclen con el semen. El semen eyaculado que no contiene espermatozoides no puede fecundar el ovulo. Desde el punto de vista técnico, la vasectomía es más segura y más sencilla de realizar que la esterilización femenina y se esta utilizando cada vez más en muchos países en desarrollo. ⁽³⁶⁾

Entre las ventajas de la esterilización figuran las siguientes:

- ▶ Es muy segura y sumamente eficaz. La eficacia de la esterilización femenina es del 99,5 por ciento en la prevención del embarazo en un año de uso, y el riesgo de fracaso es de 1,9 por ciento en 10 años de uso. La esterilización masculina también es sumamente eficaz, pero un poco menos que la esterilización femenina. No hay que confiar en que la vasectomía proteja contra la concepción antes de que hayan transcurrido 12 semanas o haya habido 20 eyaculaciones después del procedimiento. Entre tanto, se debe usar otro método anticonceptivo.
- ▶ Puesto que la esterilización es permanente y no requiere ninguna acción por parte del cliente durante el acto sexual, puede ser muy conveniente para quienes ya tienen el número de hijos deseado.
- ▶ Puede producir algunos efectos secundarios menores a corto plazo

relacionados con la intervención quirúrgica, pero no produce efectos secundarios a largo plazo.

Entre las desventajas de la esterilización figuran las siguientes:

- ▶ El costo inicial puede ser relativamente alto.
- ▶ Si los clientes cambian de parecer y deciden tener hijos, las oportunidades de invertir el procedimiento de esterilización son muy limitadas. Menos del 30 por ciento de las mujeres y solo un pequeño porcentaje de los hombres que piden que se invierta el procedimiento pueden ser operados. Incluso si se dispone de los medios para efectuar la inversión y el cliente es elegible, no se puede garantizar el éxito. La tasa de nacidos vivos es de 50 por ciento en las mujeres o los hombres que se han sometido al procedimiento de inversión.
- ▶ Por ser un procedimiento quirúrgico, la esterilización expone a los clientes a un leve riesgo de complicaciones quirúrgicas, por ejemplo, lesión de otros órganos, infección o sangrado.
- ▶ La esterilización femenina y la masculina no protegen contra las ITS, incluida la infección por el VIH.

Método de amenorrea de la lactancia (MELA)

El método de amenorrea de la lactancia o MELA, es una opción anticonceptiva temporal para la mujer en el postparto. Para que el MELA sea eficaz, la mujer debe usarlo durante los primeros seis meses de postparto, estar amenorreica y estar amamantando plenamente o casi plenamente. Los estudios han demostrado que el MELA ofrece más del 98 por ciento de protección contra el embarazo siempre y cuando existan esas tres condiciones. ⁽³⁷⁾

Los estudios recientes indican que si una mujer permanece amenorreica y sigue amamantando, el MELA sigue siendo altamente eficaz hasta un período de 12 meses. Se siguen realizando investigaciones en torno a la duración de la eficacia de este método ⁽³⁸⁾.

Abstinencia periódica

La abstinencia periódica es un método anticonceptivo que las parejas siempre tienen a su disposición y a diferencia de otros métodos, no cuesta nada.

La eficacia de la abstinencia periódica se basa en saber cuándo ocurre el periodo de fertilidad. La mujer se vale de diferentes signos para saber cuándo esta fértil y durante ese tiempo, no tiene relaciones sexuales. La abstinencia periódica usa las técnicas siguientes para que las mujeres identifiquen la fase fértil del ciclo menstrual:

- ▶ El método del calendario o del ritmo: las mujeres usan los ciclos menstruales anteriores para calcular el periodo en que estarán fértiles.
- ▶ El método de la temperatura corporal basal: las mujeres saben cuándo están fértiles cuando observan el ligero aumento de la temperatura corporal que ocurre justo después de la ovulación.
- ▶ El método del moco cervical: las mujeres saben cuándo están fértiles al observar cambios en el aspecto y la textura del moco cervical.
- ▶ El método sintotérmico: se combinan varias técnicas para predecir cuándo estará fértil la mujer. Generalmente, este método incluye el monitoreo de los cambios de temperatura y del moco cervical, y puede incluir otros signos de ovulación, por ejemplo, sensibilidad anormal mamaria, dolor de espalda, dolor o "pesadez" abdominal, o sangrado intermenstrual leve.

Además de la abstinencia periódica, se puede usar el condón o la anticoncepción de emergencia si la pareja no quiere abstenerse de las relaciones sexuales durante el periodo de fertilidad ⁽³⁹⁾

La abstinencia periódica tiene las ventajas de que es controlada por los usuarios, es fácil de usar, es de bajo costo y no produce efectos secundarios ni complicaciones médicas. Las mujeres de cualquier edad pueden usar este método sin ningún peligro, como también las mujeres que por problemas de salud no pueden usar ciertos métodos, por ejemplo, los que contienen estrógeno. ⁽⁴⁰⁾

Sin embargo, la abstinencia periódica requiere destreza y motivación. Los clientes necesitan considerable capacitación para que puedan reconocer los cambios fisiológicos normales que indican el periodo de fertilidad de la mujer.

Entre otras desventajas de la abstinencia periódica figuran las siguientes:

- ▶ Es posible que los signos que las mujeres usan para predecir la fertilidad no

sean fiables, ya que pueden ser modificados por factores físicos o emocionales, por ejemplo una enfermedad o estrés, con lo cual se reduce la eficacia. Las tasas de embarazo con el uso perfecto de algunos métodos de abstinencia periódica pueden estar por debajo del tres por ciento, pero la tasa de uso típico es de aproximadamente 20 por ciento durante el primer año.

- Requiere la participación y cooperación de la pareja para abstenerse, o el uso de un método de barrera, durante los periodos de fertilidad de la mujer. Por lo tanto, la abstinencia periódica no se recomienda a las mujeres que no pueden controlar cuando van a tener relaciones sexuales y con quien.
- No protege contra las ITS, incluida la infección por el VIH

Coito interrumpido

El coito interrumpido, como la abstinencia periódica, es un método anticonceptivo que las parejas siempre tienen a su disposición, no cuesta nada y no tiene ningún efecto secundario.⁽⁴¹⁾

También conocido como "coitus interruptus", requiere que el pene se extraiga de la vagina antes de la eyaculación para impedir que haya contacto entre los espermatozoides y el ovulo. La eficacia anticonceptiva es similar a la de los métodos de barrera, con tasas de embarazo de aproximadamente 4 por ciento con el uso perfecto y de por lo menos 19 por ciento con el uso típico durante el primer⁽⁴²⁾

Incluso cuando este método se usa correctamente, todavía hay posibilidades de embarazo ya que el líquido preeyaculatorio puede contener espermatozoides. El uso correcto y sistemático del coito interrumpido requiere que el hombre sea disciplinado y tenga control de sí mismo para que extraiga el pene de la vagina de su compañera antes de la eyaculación.

También debe hacer que la eyaculación no ocurra en los genitales de su compañera. Si vuelve a haber coito, el hombre debe primero lavarse los genitales con agua tibia, con jabón o sin el, y orinar para que no queden espermatozoides en la uretra.^(43,44)

Se debe informar a las parejas que practican el coito interrumpido acerca de la anticoncepción de emergencia como método de respaldo en caso de que algún eyaculado haya entrado en contacto con la vagina. El coito interrumpido no protege

contra las ITS, incluida la infección por el VIH. Las lesiones genitales pueden transmitir agentes patógenos de ITS, y el preeyaculado puede contener el VIH. ⁽³⁷⁾

Riesgo preconcepcional

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. ⁽⁴⁵⁾

El Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) se aplica a mujeres en edad reproductiva entre 15 y 49 años, no gestantes; el cual está condicionado por una serie de factores, enfermedades, circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. ⁽⁴⁶⁾

En Cuba el Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional permite establecer una negociación con la pareja o la mujer sobre su futuro reproductivo, con pleno conocimiento de su riesgo, para que espere un tiempo (acordado entre ambas partes) para su estudio y mejoramiento de las condiciones. Durante el mismo debe usar algún método anticonceptivo. Esta conducta debe guiarse con una orientación adecuada, no imponerse, ya que se rompería la relación de respeto médico-paciente. ⁽⁴⁷⁾

Su finalidad es reducir la morbilidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y lograr una paternidad y maternidad responsable. ⁽⁴⁷⁾

Al disminuir, eliminar, atenuar o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su hijo se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables. El Programa de Riesgo Reproductivo Preconcepcional como política de salud permite la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que deseen, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos. Su finalidad es reducir la morbilidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y lograr una paternidad y maternidad responsable. ⁽⁴⁾

Factores de riesgo preconcepcional

Antecedentes y condiciones generales:

1. Edad menor de 18 y mayor de 35 años.
2. Mujeres en estado de malnutrición.
3. Condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas.

Antecedentes obstétricos y reproductivos:

1. Paridad: Es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando ha habido más de 3 partos.
2. Intervalo intergenésico corto menor de un 1 año y menor de dos años para mujeres con cesárea anterior
3. Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales en embarazos anteriores
4. Embarazos anteriores con hijos nacidos de bajo peso y pretérminos.
5. Cesárea anterior. Como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar.
7. Rh negativo sensibilizado.

Antecedentes patológicos fundamentales:

-Principales enfermedades crónicas: Entre éstas se encuentran hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, siendo las más frecuentes.

Diseño metodológico

Clasificación de la investigación: la investigación se basó en el enfoque mixto que concilia técnicas cualitativas y cuantitativas.

Tipo de estudio: Se realizó una investigación de intervención educativa en mujeres en edad fértil dispensarizadas como riesgo preconcepcional.

Escenario: Consultorio médico de familia 9 del Policlínico Cruces.

Período que abarcará el estudio: Julio 2019 a Julio del 2021.

Población: 59 mujeres con riesgo preconcepcional.

Muestra: se trabajó con la totalidad de la población de mujeres dispensarizadas con riesgo preconcepcional, tomando en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Todas las féminas que accedan a participar en la investigación y manifiesten su consentimiento por escrito a través de su firma.
- No tener ningún tipo de invalidez física o mental que le impidiera participar.

Criterios de salida:

- Fémias que se ausenten en el intermedio del programa educativo.
- Fémias que deseen abandonar el estudio.

Métodos y técnicas

Del nivel teórico.

Histórico-Lógico: Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo.

Analítico-sintético: Se analizaron, compararon y confrontaron las investigaciones existentes relacionadas con el problema científico.

Inductivo- deductivo: Se realizó un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación.

Del Nivel Empírico:

Análisis documental: se revisaron las Historias de Salud Familiar e Historias Clínicas Individuales de las pacientes, para aplicar los criterios de muestrales,

conformar la muestra y obtener datos sociodemográficos de las féminas investigadas.

Encuesta sobre nivel de información en anticonceptivos en féminas en edad fértil: esta técnica se utilizó para determinar el nivel de conocimientos sobre anticoncepción, el mismo fue diseñado y validado por Herrera Hernández M, en la investigación, “Intervención educativa: alternativa para incrementar conocimientos en anticoncepción”, para optar por el título de Máster en atención integral a la mujer. ⁽⁴⁹⁾

Para calificar el nivel de conocimientos de las féminas se da una puntuación de 10 puntos a los ítems 10 al 17 de la encuesta. Estos contienen preguntas relacionadas con los tipos de métodos anticonceptivos, dónde solicitarlos, dificultades percibidas en su uso, si se planifica la familia, si una pareja puede utilizar cualquier anticonceptivo, con que método se puede quedar embarazada más fácilmente, cuál es el de mayor ventaja y el ideal. Finalmente, la puntuación quedará de la siguiente forma:

48 puntos o menos	_____	Nivel bajo
49 a 55 puntos	_____	Nivel medio
56 a 80 puntos	_____	Nivel alto

Métodos estadísticos: se utilizaron para el análisis e interpretación de los resultados obtenidos durante el desarrollo de la investigación. Se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes. Se aplicó la prueba de Mc Nemar para evaluar la efectividad del programa empleado.

El procesamiento de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.0. Los resultados se expondrán en tablas y gráficos estadísticos para su mejor comprensión.

La investigación comprendió tres etapas, las que seguidamente se presentan:

1ra Etapa: Durante esta etapa se llenó la planilla de consentimiento informado a la Dirección Municipal del Salud (Anexo 1) y a las pacientes (Anexo 2), además se

aplicó un cuestionario (Anexo 3) donde se caracterizará a las féminas en cuanto a edad, nivel de escolaridad, estado civil, y se determinó el conocimiento que tienen sobre anticonceptivos estas mujeres, para así darle salida al objetivo 1 y 2 respectivamente.

2da Etapa: en esta segunda etapa se aplicó el programa “Intervención educativa sobre anticonceptivos”, el cual fue diseñado y validado en la investigación citada de Herrera Hernández M⁽⁴⁹⁾ (Anexo 4), con el objetivo de capacitar a las féminas sobre conocimientos de los métodos anticonceptivos. (49) Dándole salida al objetivo 3.

Para impartir el programa educativo, se trabajó con tres grupos constituidos por 15 mujeres cada uno y otro de 14.

El programa de intervención educativa se desarrolló en un periodo de 4 meses, de la siguiente forma:

Se precisó el horario y lugar para realizar las actividades, las sesiones fueron impartidas por el principal responsable de la investigación, siguiendo los siguientes pasos: Introducción, objetivos y desarrollo (siempre iniciado con técnicas participativas sobre el tema en cuestión y se llevó a cabo durante 30 minutos).

Las 4 sesiones quedaron divididas como se describen a continuación:

- Sesión 1: Generalidades morfofuncionales del aparato reproductivo femenino.
- Sesión 2: Anticonceptivos. Breve reseña histórica, generalidades y su importancia.
- Sesión 3: Anticonceptivos. Tipos, clasificación, indicaciones y contraindicaciones.
- Sección 4: Reafirmación y Evaluación. (Aplicación del cuestionario y despedida.)

Las actividades se realizaron mediante técnicas participativas diferentes como: la ronda, sondeo de motivaciones, grupo focal y nominal, conferencias, debates, videos, lluvia de ideas, técnica de análisis, charlas educativas, y la carta. Todas con un objetivo común: elevar el nivel de conocimiento de las mujeres en estudio.

Tercera etapa: Se aplicó nuevamente el cuestionario inicial para evaluar la efectividad de la estrategia diseñada y de esta manera valorar los conocimientos antes y después de la intervención. Lo que permitió darle salida al objetivo # 4.

Operacionalización de las variables

Variables	Clasificación	Definición operacional	Escala	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	Según edad biológica	15-19 20-24 25- 29 30- 34 35- 39 40- 44 45- 49	Frecuencias absolutas y porcentajes.
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Según estado civil	-Soltera -Casada -Divorciada -Unión consensual	Frecuencias absolutas y porcentajes.
Escolaridad	Cuantitativa ordinal	Según grado de escolar terminado	-Primaria -Secundaria -Pre universitario -Universitario	Frecuencias absolutas y porcentajes.
Anticoncepción usada	Cuantitativa ordinal	Método anticonceptivo que refieren las mujeres usan para protegerse.	-Método del ritmo -Coito interrumpido -DIU -Tabletas -Inyecciones -Condón -Jaleas	Frecuencias absolutas y porcentajes.

			-Aerosoles -Diafragma -Otros	
Temor	Cualitativa nominal dicotómica	-Según las féminas refieran miedo o temor de usar alguno de los métodos anticonceptivos.	Si No	Frecuencias absolutas y porcentajes
Información sobre anticonceptivos	Cualitativa nominal dicotómica	Según conocimientos de la paciente.	-Si -No	Frecuencias absolutas y porcentajes.
Fuentes de información	Cualitativa nominal	Acorde con las fuentes referidas por estas mujeres a través de las cuales han obtenido información sobre anticoncepción.	-Difusión masiva -Médico consultorio -Enfermera consultorio -Otro personal de salud (técnicos, estudiantes de medicina u otras personas que trabajan en el sector) -Otras vías (Familiares, amigos)	Frecuencias absolutas y porcentajes.
Importancia del conocimiento de los anticonceptivos	Cualitativa nominal dicotómica	-Valoración que hacen las mujeres de la importancia de conocer los métodos anticonceptivos.	Si No	Frecuencias absolutas y porcentajes

Conocimiento de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal politómica	-Acorde con los métodos anticonceptivos que sean autoreferenciados por las féminas como conocidos.	-Jaleas -Coito interrumpido -Aerosoles -Condón -Método del ritmo -T de Cobre -ASA -Diafragma -Anillo -Multiload -Inyecciones -Ligadura de trompas -Vasectomía -Tabletas -Regulación menstrual -Legrado -Píldoras de emergencia	Frecuencias absolutas y porcentajes
Conocimiento sobre donde solicitar anticonceptivo	Cualitativa nominal	-Se refiere a la información de las mujeres sobre los lugares donde puede solicitar anticonceptivos para su uso.	-Farmacias -Consulta de planificación familiar -Hospitales -Consultorio	Frecuencias absolutas y porcentajes
Conocimientos sobre anticoncepción y relación sexual	Cualitativa nominal dicotómica	Opinión de las féminas sobre si los anticonceptivos dificultan las relaciones sexuales.	-Si -No	Frecuencias absolutas y porcentajes

Planificación familiar	Cualitativa nominal dicotómica	Consideración sobre si se planifica o no la familia	-Si -No	Frecuencias absolutas y porcentajes
Anticoncepción en la pareja	Cualitativa nominal dicotómica	Conocimiento sobre si una pareja puede utilizar cualquier anticonceptivo	-Si -No	Frecuencias absolutas y porcentajes
Anticonceptivo usado con riesgo de embarazo	Cualitativa Nominal politómica	Conocimiento sobre método anticonceptivo usado más propenso a dejar embarazada.	-Coito interrumpido -Condón -Método del ritmo -DIU -Tabletas -Vacunas	Frecuencias absolutas y porcentajes
Método más ventajoso	Cualitativa Nominal politómica	Conocimiento sobre métodos con más ventajas para su uso.	-Coito interrumpido -Condón -Método del ritmo -DIU -Tabletas -Vacunas	Frecuencias absolutas y porcentajes
Anticonceptivo ideal	Cualitativa nominal dicotómica	Consideración de la paciente sobre la existencia de anticonceptivo ideal.	-Si -No	Frecuencias absolutas y porcentajes

Evaluación de la intervención	Cualitativa nominal	Según grado de aceptación de las féminas	-Necesaria -Adecuada -Inadecuada	Frecuencias absolutas y porcentajes
-------------------------------	---------------------	--	--	-------------------------------------

Aspectos éticos

El consentimiento informado es un proceder de obligado cumplimiento al trabajar con seres humanos y consiste en contar siempre con la aprobación del centro y personas que van a ser tomadas como miembro de una investigación, en este caso se solicitó por medio del consentimiento informado de autorización a la Dirección del Área de salud (Anexo 1) y a las féminas que formen parte de la investigación (Anexo 2). Este proyecto inicialmente fue evaluado por el Comité de Ética de la Investigación y el Consejo Científico del municipio.

Análisis de los Resultados

Los resultados se presentan atendiendo al orden de los objetivos específicos propuestos. Para su análisis y discusión se contrastaron con datos empíricos y referentes teóricos a partir del análisis de una amplia muestra bibliográfica de estudios nacionales y foráneos obtenida en las bases de datos, los cuales fueron categorizados en función de las principales variables investigativas.

Tabla 1. Distribución por grupos etarios y estado civil de la muestra.

Grupos Etarios	ESTADO CIVIL									
	Soltera		Casada		Divorciada		Unión Consensual		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 años	5	8.4	-	-	-	-	3	5.1	8	13.56
20-24 años	2	3.4	2	3.4	1	1.7	3	5.1	7	11.87
25- 29 años	3	5.1	1	1.7	2	3.4	2	3.4	8	13.56
30- 34 años	2	3.4	2	3.4	1	1.7	5	8.4	10	16.94
35- 39 años	3	5.1	2	3.4	2	3.4	4	6.7	11	18.64
40- 44 años	1	1.7	1	1.7	2	3.4	2	3.4	6	10.17
45- 49 años	1	1.7	1	1.7	3	5.1	3	5.1	9	15.26
Total	17	28.8	9	15.3	11	18.7	22	37.2	59	100

Fuente: Anexo 3

En la muestra obtenida predomina el grupo de mujeres de 35 a 39 años de edad con 11 sobre un total de 59 que representa el 18,64% del mismo, seguido del grupo de 30 a 34 años de edad con 10 para un 16,94% esto se corresponde con el Anuario Estadístico de Salud Pública ⁽⁵⁰⁾, no así con la Intervención educativa de Herrera Hernández M ⁽⁴⁹⁾ que tuvo un predominio de mujeres entre 15 y 19 años. Según la variable de estado civil predomina la Unión Consensual con 22 para un 37,2%, seguido de las Solteras con 17 para un 28,8% esto coincide con la Intervención educativa de Herrera Hernández M en el año 2012 ⁽⁴⁹⁾.

Mencionando el estudio de Cáseres Cabrera A, et al, ⁽⁵¹⁾, en su muestra la mayoría cursaba con 25 a 34 años de edad y estado civil casado se evidencia claramente la diferencia con el estudio .

La relación existente entre los grupos etarios y el estado civil arrojan como resultados que en el grupo de edad que predomina (35-39 años) el estado civil Unión Consensual es también el que prevalece. Esto representa que este grupo de mujeres, las cuales están en una edad de riesgo para la concepción se preocupen por tener una educación sexual adecuada.

Tabla 2. Distribución muestral según el grado de escolaridad.

Nivel de Escolaridad	N	%
Primaria	-	-
Secundaria	21	35.6
Preuniversitario	26	44.07
Universitario	12	20.33
Total	59	100

Fuente: HSF y Anexo 3

En la tabla 3 podemos observar el nivel de escolaridad preuniversitario fue el más representativo en la muestra, con un 44 por ciento, correlacionándose con la muestra estudiada por Cáceres Cabrera, et al, ⁽⁵¹⁾ donde describe un 50 por ciento de mujeres con estudios preuniversitarios concluidos; seguidos del nivel secundario y universitario, con un 35.6 y un 20.33 respectivamente, sin embargo en las mujeres universitarias la muestra del presente estudio presenta más altos índices de estudios universitarios, aspecto que se considera favorable para el desarrollo de la intervención educativa aplicada. Correspondiente con las posibilidades de estudio que se ofrecen en nuestro país para la superación de la población en general, haciendo énfasis en los objetivos de lograr la igualdad de posibilidades de acceso a educación independiente al género.

El impacto de la escolaridad ha sido estudiado en nuestro continente y refleja desde hace varios años (Cruz-Peñarán, et al,) ⁽⁵²⁾ que hombres y mujeres con mayor escolaridad, mejor nivel ocupacional, mejor nivel socioeconómico y residentes de áreas urbanas muestran una mayor aceptación hacia el uso de MAC. En el Perú, los

mayores niveles de uso se concentran en las mujeres con educación secundaria o superior, las que residen en áreas urbanas y las que tienen dos o tres hijos vivos.

Según Alvarado Vidalón ⁽⁵³⁾ el grado de instrucción predominante fue el nivel secundario con 54.29% que incluye tanto a la secundaria completa como a la incompleta. El segundo grupo lo estableció el de las mujeres con primaria, con un porcentaje de 38.1%. y por último se encontró que el 7.62% de mujeres no tuvieron ningún grado de instrucción. Estos resultados discrepan con los obtenidos en nuestra investigación donde el nivel educacional preuniversitario fue el predominante y no contamos con mujeres con nivel primario.

La educación es uno de los factores que más se asocia en el avance y progreso de personas y sociedades. Además de proveer conocimientos, la educación enriquece la cultura, el espíritu, los valores juega un rol muy importante en la ruptura de ciertos prejuicios sociales, es decir que a mayor grado de instrucción de la mujer, mayor posibilidad de inserción en el campo laboral que le permita aportar económicamente a su hogar lo que a su vez le dará la oportunidad de defender sus derechos sexuales y reproductivos y decidir sobre el tamaño de la familia que desea tener y acceder a algún método anticonceptivo. Considerando finalmente que personas más educadas tendrán un mayor conocimiento sobre los beneficios de la planificación familiar y demás prácticas de la salud sexual y reproductiva. (Alvarado Vidalón) ⁽⁵³⁾

Tabla 3. Distribución muestral según Anticoncepción usada.

Anticoncepción usada	N	%
Método del ritmo	6	10.16
Coito interruptus	3	5.07
DIU	17	28.81
Tabletas	21	35.59
Inyecciones	-	-
Condón	12	20.33
Jaleas	-	-
Aerosoles	-	-

Diafragma	-	-
Otros	-	-
Total	59	100

Fuente: Anexo 3

El método más usado en la muestra analizada son las tabletas anticonceptivas, por 21 féminas, para un 35.59 por ciento de la población, seguido de los dispositivos intrauterinos por 17 de ellas para un 28.81%. Tercero se encuentra el uso del preservativo en un 20.33 por ciento.

Esta tendencia no coincide con estudios publicados en revistas nacionales, como el realizado por Arrate y colaboradores ⁽⁵⁴⁾ en el que describen el uso de tabletas anticonceptivas e inyectables en más del 87 por ciento de las mujeres estudiadas y el condón en un cinco por ciento.

En estudio realizado por Telpez-García, et al, ⁽⁵⁵⁾ encontró en una muestra de la población de Manatí en Las Tunas, que cerca de un 50 por ciento (47.05) hacia uso de dispositivos intrauterinos mientras los métodos de pastillas anticonceptivas y condón acumularon 20.05 y 14.7 por ciento respectivamente; mostrando un comportamiento diferente a la población en estudio.

Tabla 4. Distribución muestral del temor de usar anticonceptivos.

Temor	N	%
Sí	38	64.40
No	21	36.60

Se observa que 38 de las féminas participantes en la intervención tenían temor de usar alguno de los métodos anticonceptivos para el 64.40% de la muestra, y sin temor de usar alguno de los métodos anticonceptivos 21 mujeres para el 36.60%.

En el estudio de Chávez Marcelo E. ⁽⁵⁶⁾ se evidenció que el 83,3% de las mujeres tenían temor al uso de métodos anticonceptivos en correspondencia con los resultados obtenidos en este estudio.

Tabla 5. Distribución muestral sobre Información recibida sobre anticonceptivos

Información de anticonceptivo	N	%
Sí	54	91.53
No	5	8.47

Fuente: Anexo 3

De la muestra de la investigación 54 féminas poseían alguna información previa sobre los anticonceptivos para un 91.53% y 5 no poseían información para un 8.47%. (Tabla 6) En la bibliografía consultada no se encontraron estudios donde se describa la presencia o no de información sobre la anticoncepción, se enfocan más en la presencia de información que puede ser adecuada para su uso a favor de la salud familiar.

Cáceres Cabrera, et al, ⁽⁵¹⁾ en su estudio caracterizó de no satisfactorios los conocimientos presentados por el 58 por ciento de las féminas en cuestión, lo que no está en correlación directa con la variable usada en el estudio, pero refleja un dato de interés en el área del conocimiento sobre anticoncepción y enmarca la necesidad de poseer formas de educación efectivas para brindar la información a la población.

Pedraza Madrazo, et al, ⁽⁵⁷⁾, encontró como conocimientos adecuados en una población en edad fértil de riesgo a un 60,90 %, similar a Cáceres. Al igual que Hierrezuelo Rojas, et al, ⁽⁵⁸⁾, que encontró en una pequeña muestra en Santiago de Cuba que el 76 por ciento de las pacientes poseían información adecuada de métodos anticonceptivos.

Tabla 6. Distribución muestral sobre la Fuente de Información

Fuente de Información	N	%
Difusión Masiva	24	40.67
Médico de la Familia	52	88.13
Enfermera de la Familia	51	86.44
Otro personal de salud	18	30.50
Otras vías	11	18.64

Fuente: Anexo 3

En cuanto a la fuente de información la mayoría la obtiene del médico de la familia con 52 féminas para el 88.13%, seguida de la enfermera de la familia, los medios de difusión masiva y otro personal de salud con el 86.44%, 40.67% y 30.50% respectivamente.

Cabe destacar que estos datos no coinciden con artículos cubanos y foráneos como el trabajo de Isabel Serrano, et al, ⁽⁵⁹⁾ dónde el 91% de las mujeres recibieron mayor información por los medios de difusión masiva y otras vías. Destacar en el estudio de Fernández García B, et al, ⁽⁶⁰⁾ que la fuente de información primordial fue por parte de los padres.

Concluimos que la discrepancia entre resultados de este estudio y los de otros autores se deben al hecho que estas pacientes reciben mayor seguimiento por el grupo básico de trabajo debido al riesgo que presentan.

Tabla 7. Distribución muestral sobre la Importancia del conocimiento de los Anticonceptivos.

Importancia del conocimiento de los anticonceptivos	Pre-intervención	Post-intervención
Sí	15.25	93.22
No	84.74	6.77

Fuente: Anexo 3

Según la importancia del conocimiento de los anticonceptivos por las mujeres el 84.74% no le dan importancia a conocer los métodos anticonceptivos, después de aplicada la intervención educativa el 93.22% consideran que es importante poseer conocimientos sobre los mismos.

Rondón Carrasco J, et al, ⁽⁶¹⁾ también encontró deficiente la importancia que le otorgaban las mujeres con riesgo reproductivo al conocimiento del mismo en su estudio, siendo solo el 15,7% las que le ponderaban dicho valor antes de aplicar su intervención.

Tabla 8. Distribución sobre el Conocimiento de métodos anticonceptivos

Conocimiento de métodos anticonceptivos	Pre-intervención	Post-intervención
-Jaleas	3.38	94.91
-Coito interrumpido	8.47	100
-Aerosoles	1.69	91.25
-Condón	100	100
-Método del ritmo	71.18	100
-T de Cobre	98.30	100
-ASA	88.13	100
-Diafragma	61.01	100
-Anillo	69.49	100
-Multiload	79.66	100
-Inyecciones	27.11	98.30
-Ligadura de trompas	100	100
-Vasectomía	72.88	100
-Tabletas	100	100
-Regulación menstrual	100	1.69
-Legrado	100	100
-Píldoras de emergencia	16.94	100

Fuente: Anexo 3

En la tabla 9 se muestra que todas las féminas de la muestra poseen conocimientos sobre el condón, las tabletas, la ligadura, la regulación menstrual, el legrado no así de otros métodos anticonceptivos, después de aplicada la intervención educativa aumentó el nivel de conocimientos acerca de los tipos de métodos anticonceptivos.

La ganancia de conocimientos en los métodos menos conocidos es significativa posterior a la intervención educativa logrando un ascenso de hasta un 100 por ciento en el método del ritmo, los dispositivos intrauterinos, diafragmas, métodos quirúrgicos y píldoras de emergencia. En este sentido aumenta hasta un 98.30 por ciento en inyecciones donde al menos una paciente presento dudas sobre su uso, beneficios y riesgos.

En estudio realizado por Vega Sequeira, et al, ⁽⁶²⁾ refleja que en estudiantes de secundaria expuestas a intervenciones educativas hay un ascenso del 54 por ciento en el conocimiento y el reconocimiento de los métodos anticonceptivos como métodos eficaces de control natal en edades de riesgo y otros factores de riesgo preconcepcional. Logrando así hasta un 92 de la muestra con información adecuada para su uso eficaz.

En estudio publicado por Jiménez Min, et al, ⁽⁶³⁾ refleja que 51.4 por ciento de la muestra encuesta presenta conocimientos de los métodos anticonceptivos de barrera, hormonales y biológicos antes de aplicar cualquier tipo de intervención educativa.

En una intervención aplicada por Rondón Carrasco, et al, ⁽⁶¹⁾ encuentra que de la muestra de mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional en edad fértil estudiada solo el 23 por ciento conoce los diferentes métodos anticonceptivos existentes. Hay que mencionar que en este estudio realiza una diferenciación de los conocimientos en cuanto a si conocen, si es controlable el riesgo con anticonceptivos, la importancia del control y la pregunta relacionada y analizada en esta tabla.

Tabla 9. Distribución sobre el Conocimiento sobre donde solicitar anticonceptivo

Conocimiento sobre donde solicitar anticonceptivo.	Pre-intervención	Post-intervención
-Farmacias	100	100
-Consulta de planificación familiar	13.55	100
-Hospitales	10.16	100
-Consultorio	42.37	100

Fuente: Anexo 3

La tabla 10 muestra que el 100% de las mujeres identifican a la farmacia con el lugar donde pueden solicitar los anticonceptivos. Tal resultado es similar al obtenido por Szames C ⁽⁶⁴⁾ y por Carranza Hernández E, ⁽⁶⁵⁾ este último también encontró una frecuencia significativa de mujeres que solicitan anticonceptivos en los centros de planificación familiar. Después de aplicada la intervención educativa aumentó el nivel

de conocimientos sobre donde solicitar anticonceptivos en el 100% de todas las instituciones antes mencionadas.

Tabla 10. Distribución muestral sobre la valoración del impacto negativo del uso de anticonceptivo en las relaciones sexuales.

Valoración del impacto negativo del uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales	Pre-intervención	Post-intervención
Sí	38.99%	5.08%
No	61.01%	94.92%

Fuente: Anexo 3

En cuanto a los conocimientos sobre anticoncepción y relación sexual, el 38.99% de las féminas consideran que los métodos anticonceptivos afectan las relaciones sexuales, después de aplicada la intervención educativa el 94.91% refiere que los métodos anticonceptivos no afectan las relaciones sexuales.

En estudios similares de evaluación, como el de Gómez Suárez RT, et al, ⁽⁶⁶⁾, se apreció que un 72,4% del grupo de jóvenes estudiado consideraba agradable el uso de anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales, esto se corresponde con los datos obtenidos en este estudio. Al igual que Chura Cuenca SS. ⁽⁶⁷⁾, en el que solo el 0,2% consideraba que el uso de anticonceptivos dificultaba las prácticas de relaciones sexuales.

Se puede apreciar que, aunque la mayoría de las mujeres antes de la intervención creen que el uso de anticonceptivos no afecta las relaciones sexuales luego de aplicada la misma aumentó considerablemente el porcentaje de ellas que entendieron los beneficios y la ausencia impedimento.

Tabla 11. Distribución muestral sobre si se debe realizar la planificación familiar.

Planificación familiar	Pre-intervención	Post-intervención
Sí	32.20	100

No	67.79	-
----	-------	---

Fuente: Anexo 3

Las féminas en un 67.79 por ciento consideran que no se debe planificar la familia que es cuestión de tener una pareja estable, después de aplicada la intervención educativa todas, el 100% de ellas, consideran que toda pareja debe planificar la familia que desea tener. (Tabla 12)

La bibliografía consultada habla del uso específico de métodos anticonceptivos sin enfocarse en todos los aspectos de la planificación familiar. En relación a esto (Evangelista DR.)⁽⁶⁸⁾ refiere que el 78.6 por ciento de las mujeres estudiadas refirió la importancia del uso de método anticonceptivo como método de control de la natalidad, no coincidiendo con los resultados encontrados por el presente estudio, donde antes de la intervención un 67.79 por ciento consideran que no se debe planificar la familia.

Tabla 12. Distribución muestral sobre el uso de cualquier método de anticoncepción en la pareja.

Anticoncepción en la pareja	Pre-intervención	Post-intervención
Sí	57.62	-
No	42.37	100

Fuente: Anexo 3

En la tabla 12 el 42.37 por ciento de las féminas de la muestra considera que las parejas no deben usar cualquier anticonceptivo y el 57.62% considera que, si lo pueden usar, luego de aplicada la labor educativa el 100% de las mismas considera que una pareja no puede usar cualquier anticonceptivo.

Es importante facilitar el acceso de las mujeres a la anticoncepción. En la elección del método es de gran importancia tener en cuenta las preferencias de cada uno de los colectivos para aumentar su adherencia al tratamiento y disminuir las altas tasas interrupción voluntaria al embarazo.⁽⁶⁹⁾

Al inicio del estudio el 70 % de las mujeres no consideraban importante el conocimiento de los anticonceptivos, luego de la intervención el 100 % tuvo una

opinión contraria (Herrera Hernández) ⁽⁴⁹⁾ esto representa un 13 por ciento superior en las evaluaciones pre-intervención con respecto a la muestra de esta investigación. Los datos sobre la valoración del uso de "cualquier" método anticonceptivo en la relación no son concurrentes al objetivo de la encuesta aplicada a la muestra de esta investigación, resultando difícil las comparaciones, resaltando los autores que evaluaron esta problemática más enfocado en los diferentes métodos anticonceptivos y los conocimientos concurrentes sobre estos; principalmente en la adecuación de estos conocimientos.

Tabla 13. Distribución sobre Anticonceptivo usado con más riesgo de embarazo

Anticonceptivo usado con riesgo de embarazo	Pre-intervención	Post-intervención
-Coito interrupto	91.52	100
-Condón	71.18	10.16
-Método del ritmo	83.05	96.30
-DIU	20.33	6.77
-Tabletas	25.42	5.08
-Vacunas	13.55	-

Fuente: Anexo 3

En la tabla 13 se observa que las féminas consideran en un alto porcentaje que el coito interruptus, el método del ritmo y el condón ofrecen mayores posibilidades para quedar embarazadas es decir que son métodos menos seguros con un 91,52%, 83.05% y 71.18% respectivamente, después de aplicada la intervención educativa considera el coito interruptus y el método del ritmo como los de mayor riesgo para quedar embarazada aumentando al 100% y 96.30%.

Los resultados demuestran que un importante número de mujeres consideraba el uso de condón como un método anticonceptivo poco eficaz en la prevención del embarazo, los resultados luego de la intervención fueron que un número considerablemente menor creía que este anticonceptivo era de riesgo elevado.

Esto coincide con un estudio realizado por Cruz Robledo D. ⁽⁷⁰⁾, dónde el mayor porcentaje (36,3%) fue el uso del condón por el conocimiento de la seguridad que otorga. Además, el alto porcentaje que muestran los resultados en la percepción del coito interruptus y el método de calendario como de alto riesgo para quedar embarazada coincide con los corolarios de Ballesteros Paiz MC, et al, ⁽⁷¹⁾ en dónde fueron elegidos por las mujeres de su estudio en un 9,3% y 2,3% respectivamente. Esto demuestra que el conocimiento de la ineficacia de tan deficientes métodos anticonceptivos es alto, tanto antes como luego de la intervención.

Tabla 14. Distribución muestral sobre el Método más ventajoso

Método más ventajoso	Pre-intervención	Post-intervención
-Coito interrumpido	8.47	-
-Condón	25.42	10.16
-Método del ritmo	10.16	-
-DIU	27.11	38.98
-Tabletas	15.25	23.72
-Vacunas	13.55	27.11

Fuente: Anexo 3

Según las féminas de la muestra el método anticonceptivo con más ventajas para su uso es el DIU con el 27.11%, seguido del condón con el 25.42%, las tabletas con el 15.25% y las vacunas con el 13.55%, después de aplicada la intervención educativa cambió la concepción acerca de los métodos anticonceptivos y los más ventajoso para su uso son el DIU, las vacunas y las tabletas con 38.98%,27,11% y 23.72% respectivamente y ninguna mujer considero el coito interrumpido y el método del ritmo como anticonceptivos más ventajosos.

La bibliografía consultada hace referencia a anticonceptivos mejor valorados o con una mejor opinión y no de forma específica al más ventajoso. La investigación de Rodríguez-De Ávila U. ⁽⁷²⁾ concluyo que los estudiantes plantean opiniones positivas y mayor uso sobre el preservativo y las píldoras; asimismo poseen opiniones

negativas de la abstinencia, el dispositivo intrauterino y los implantes; al igual que el estudio de Hernández Céspedes D. ⁽⁷³⁾ en que el preservativo, se considera como el mejor método de planificación, seguido de los anticonceptivos inyectados; discrepando ambos estudios con los resultados obtenidos en nuestra investigación donde se consideró los DIU como el más ventajoso, esto es dado por ambos estudios son en adolescentes y la razón de su escogencia es que son los más fáciles de usar y de conseguir.

Tabla 15. Distribución muestral sobre la existencia del anticonceptivo ideal.

Anticonceptivo ideal	Pre-intervención	Post-intervención
Sí	96.62	1.70
No	3.38	98.30

Fuente: Anexo 3

En la tabla 16 el 96.61% de las féminas de la muestra considera que si existe un anticonceptivo ideal y el 3.38% plantea que no existe, después de aplicada la labor educativa el 98.30% de las mismas considera que no existe un anticonceptivo ideal que debe usarse el que sea más efectivo en cada fémina porque ningún organismo es igual a otro.

Según Gómez Mompeán ⁽⁷⁴⁾ la elección del método anticonceptivo ideal para cada mujer no debe basarse sólo en la eficacia del mismo, sino que debemos valorar también otros aspectos como el costo, la accesibilidad al mismo, la simplicidad de uso, la aceptabilidad personal y de la pareja sexual, la reversibilidad, los antecedentes médicos de la paciente. Dos mujeres en circunstancias parecidas pueden preferir métodos anticonceptivos diferentes, de la misma manera que una misma mujer a lo largo de su vida puede necesitar diferentes tipos de anticoncepción.

El uso de métodos de planificación familiar pos-evento obstétrico es un componente fundamental del programa nacional de planificación familiar, y se utiliza como estrategia para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, sobre todo en países en vías de desarrollo donde las barreras culturales, sociales, religiosas y

económicas limitan la aceptación y otorgamiento del método anticonceptivo ideal. En escritos de Silva Aguila ⁽⁷⁵⁾.

Pimiento Idiarte D, et al ⁽⁷⁶⁾; aseguran en sus estudios que los resultados de otras investigaciones informan que no existe un método anticonceptivo ideal para uso en la adolescencia, como tampoco existen razones médicas para negar el uso de algunos basándose sólo en razones de edad.

La información sobre encuestas a mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional sobre su idea de anticoncepción ideal es inconsistente y no se adecua a los criterios de evaluación. Pero queda claro que la valoración pasa por las diferentes etapas y condiciones biopsíquicas de las parejas, así como la eficiencia que muestre dicho método de control familiar.

Tabla 16. Distribución muestral sobre la Evaluación de la intervención

Evaluación de la intervención	N	%
-Necesaria	47	78.57
-Adecuada	12	21.43
-Inadecuada	-	-
Total	59	100

Fuente: Anexo 3

En la evaluación de la intervención que se puede distinguir en la Tabla 16, se observa claramente que la misma fue catalogada como algo necesaria por el 91.52 de las féminas investigadas, adecuada por el 8.48% y ninguna como inadecuado, los cuales comprendieron el propósito de la actividad. Comportándose de manera similar a los resultados de la intervención de Herrera Hernández M ⁽⁴⁹⁾ del 2012 donde las participantes en ese estudio no lo valoraron de inadecuado, calificándola de necesaria el 43.75% de ellas y adecuado el 56.25%.

Diferentes estudios coinciden con estos resultados como los realizados por Cobiellas Carballo L (2018) ⁽⁷⁷⁾, y Bolívar Mora M (2020) ⁽⁷⁸⁾ que, después de la intervención, se logra incrementar el nivel de conocimientos, y se valoran de forma positiva las intervenciones.

Tabla 17. Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

Nivel de conocimientos	Pre-intervención	Post-intervención	Mc Nemar
Nivel bajo	62.7	-	p<0,0001
Nivel medio	37.3	3.4	
Nivel alto	-	96.6	

Con la intervención educativa se logró modificar el nivel de conocimiento de las mujeres con riesgo preconcepcional acerca de los diferentes métodos anticonceptivos, antes de la intervención el 62.7% presentaba un nivel bajo de conocimientos y una vez aplicada el 96.6% tiene un alto nivel y solo el 3.4% presento bajo nivel. Los resultados en la prueba de Mc Nemar son altamente significativos.

Resultados similares obtuvo Niño Villanueva L. ⁽⁷⁹⁾ en su estudio, donde previo al programa educativo, el conocimiento era de nivel bajo 60% y de nivel medio de 40%, se aplicó el programa que constaba de tres sesiones consecutivas, posterior a ello se alcanzó un nivel de conocimiento alto 65%, nivel medio 29% y un nivel bajo con el 6%; igual efecto positivo alcanzó Lazcano Ortiz M. ⁽⁸⁰⁾ en su investigación, en la que después de la aplicación del pre-test el 14.4% de los adolescentes tuvo un nivel de conocimiento adecuado, y el 85.6% tuvo un nivel de conocimiento inadecuado, y posterior a la intervención el 96.6% tuvo un nivel de conocimiento adecuado, y el 3.4% tuvo un nivel de conocimiento inadecuado.

Los resultados que se obtuvieron en este estudio indican que al dar una información adecuada sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, permite que aumente el conocimiento así como el uso de la anticoncepción disminuyendo los embarazos no planificados, y abortos, pero lamentablemente existe pocos estudios que aplican intervenciones educativas; por lo que, se sugiere la ejecución de estrategias de intervención, que permitan evaluar el impacto en las poblaciones de mayor vulnerabilidad.

Conclusiones

- La muestra se caracterizó por un predominio de mujeres de 35 a 39 años, en unión consensual y con nivel escolar preuniversitario.
- En el momento inicial de la investigación predominó el nivel bajo de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos. Los indicadores más afectados fueron: uso y conocimiento sobre anticonceptivos hormonales inyectables, temor al uso de contraceptivos, importancia del conocimiento de los métodos anticonceptivos, y necesidad de realizar consulta de planificación familiar
- El nivel de significación estadística alcanzada evidencia que la intervención educativa aplicada contribuyó a elevar el nivel de conocimientos que sobre anticoncepción femenina poseen las mujeres con riesgo preconcepcional, elemento que influyó de manera positiva en el uso y control de la utilización de métodos anticonceptivos.

Recomendaciones

1. Desarrollar intervenciones educativas a nivel de comunidad sobre planificación familiar, enfatizado en el correcto uso de los métodos anticonceptivos disponibles en los diferentes centros de salud, para prevenir embarazos no deseados, abortos y enfermedades prevenibles.
2. Efectuar capacitación u orientación familiar a todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual a tempranas edades como los 12 años de edad, para evitar embarazos no deseados e inclusive abortos y garantizar el desarrollo adecuado de esas adolescentes.

Referencias bibliográficas

1. Peláez Mendoza, J. Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. Ciudad de La Habana: Científico-técnica; 2001.
2. Rodríguez-Rodríguez R, et al. Uso de la anticoncepción con solo gestágenos en atención primaria: estudio GESTAGAP. España. Aten Primaria. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.05.005>
3. Dowd MJ, Philip EE. Historia de la ginecología y la obstetricia. Barcelona: Ed. Edikamed; 1995
4. Obstetricia y Ginecología. Orlando Rigol Ricardo, Stalina Santisteban Alba. La Habana. Editorial: Ciencias Médicas. 2014.
5. Valero Lance P, Rausell Vázquez D, Pacheco Rodríguez C, García Cervera J. Planificación familiar: información general y seguimiento de anticonceptivos orales. Guía de actuación clínica en A.P. Médico Centro Planificación Familiar y Sexualidad de L'Horta Nord. 2017. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap029planfam.pdf>
6. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. 2018. La Habana: Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud; 2011. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>
7. Cuba. MINSAP. Dpto. Estadísticas Municipio Salud. Cruces. Métodos anticonceptivos. Estadísticas. Cienfuegos, 2018.
8. Fernández Ramos H, Crespo Estrada Y, Estrada Astral I L, Rodríguez Gutiérrez K. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional AMC [Internet]. 2008 [citado 16 Junio 2012]; 12(3):[aprox. 3p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552008000300007&script=sci_arttext
9. Aguiar GA, Almelo HLC, Lazo HLA, et al. Historia del condón y otros métodos anticonceptivos. Rev Méd Electrón. 2019;41(2):588-597.
10. Ana J Ayala Almeida. Uso de los métodos anticonceptivos en jóvenes desde la perspectiva de género: visión desde la educación para la salud. (Tesis de Licenciatura) Méjico. Editorial: Nezahualcoyotl, Méjico 2017

11. Mejia Christian R., Oporto Fernanda M., Taya-C Lucila, Oscoco Shirley S., Bustamante Fabian M., Quispe Leslie et al . Socio-educational factors associated with the non-use of contraceptive methods in university students from four Latin American countries. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 Jun [citado 2021 Nov 02] ; 85(3): 245-254. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000300245&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000300245>.
12. Banco Mundial. Effective Family Planning Programs. Washington, DC; 2000. 1 Intervención educativa: Alternativa para incrementar conocimientos en anticoncepción. Área II. Cienfuegos. 2018
13. Colectivo de autores; rev. Roberto Álvarez Sintés. Medicina General Integral volumen II. Editorial Ciencias Médicas. 2014.
14. Ministerio de Salud de Argentina. Anticoncepción hormonal de emergencia [Internet]. 26 de enero del 2017. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/AHE_guia_profesionales\[2\].pdf](http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/AHE_guia_profesionales[2].pdf)
15. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud sexual y reproductiva [Internet]. 18 de noviembre de 2014. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>.
16. Alejandro A. Paradas Caba, Edgar R. Herrarte, Mario Ernesto Soriano Lima, Preferencia de uso de método anticonceptivo hormonal combinado de autoadministración, previa y posterior a la consejería estructurada. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología Vol. 19, número 3. 2019.
17. Dr. Pio Iván Gómez Sánchez, Hernando Gaitán-Duarte, María Nelcy Rodríguez Malagón. Adherencia a anticoncepción hormonal combinada (inyectable y oral) en mujeres de 14 a 24 años en 6 ciudades de Colombia. Colombia Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología Vol. 22, número 4. 2017
18. Peláez J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia [Internet]. Rev Cubana ObstetGinecol. 2016; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011
19. Torres I A. Factores que influyen en el abandono de los métodos de planificación familiar en mujeres receptoras del Programa, en el Centro de Salud, Municipio

de Santa Lucía la Reforma, Totonicapán, Guatemala [Tesis]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.

20. Delissaint D, McKyer EL, editors. A Systematic Review of Factors Utilized in Preconception Health Behavior Research [monografía en Internet]. Washington: Health Educ Behav; 2011 [citado Apr 21]. Disponible en: <http://heb.sagepub.com/content/early/2011/04/15/1090198110389709>

21. Maxson P, Miranda ML. Pregnancy Intention, Demographic Differences and Psychosocial Health. J Womens Health 2018 Jun [citado 12 Nov 2011];20(8):1215-23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21671765>

22. European Consortium for Emergency Contraception (ECEC). Access to emergency contraception in the European Union countries. 2014. Disponible en: <http://www.ec-ec.org/customcontent/uploads/2014/11/Access-to-EC-in-EU-countries.-ECECOct2014.pdf>

23. WHO model list of essential medicines, 19th List (April 2015). (Amended August 2015). Disponible en: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

24. Lucía Caudillo-Ortega, Raquel Alicia Benavides-Torres, Tracie Harrison, Dora Julia Onofre Rodríguez, Fuensanta López-Rosales, María Aracely Márquez-Vega. Modelo de Conducta Anticonceptiva en Mujeres Jóvenes: Un estudio con Métodos Mixtos. Nure Investigación. 2016. ISSN 1352-4238

25. Moras M. Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del hospital nacional Daniel Alcides Carrión - Enero 2015. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2015.

26. Valverde-Espinoza, et al. Método anticonceptivo de elección en el postaborto. Ginecología y Obstetricia de México [Internet]. 2019 [citado 12/3/2021]; 87(12):[aprox. p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=03009041&AN=139594598&h=doq1KzWyzQtIKbbJR%2F%2FIH1CucABlwtYgim6Rbg9V5JBb34fAaAOU7APUMt6vIATP72UtlGhrvp3KmlM8XOH8Ng%3D%3D&crl=c>.

27. Mejía Ituyán Luz Dary, Trujillo Martínez Javier David, Hernández Forero Paola, Aguilar Rodríguez Linda Katherine, Cárdenas Romero Jennifer. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de gestantes adolescentes y sus parejas. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Nov 01] ; 35(4): e897. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000400005&lng=es. Epub 05-Abr-2019.
28. Villén Jimenéz, Alba. Experiencias de sexualidad y anticoncepción en mujeres sin estudios residentes en el medio rural durante el final del franquismo y la transición democrática. Tesis. 2016. Universidad de Granada, España.
29. Mallma Yactayo Katia Giuliana. Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to. -5to. De secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres. Setiembre a Noviembre – 2015. Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano. 2017. Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana, Perú.
30. Contraceptive Technology: Robert A, Hatcher, MD, MPH James Trussell, PhD- Felicia Stewart, MD- Gary K. Stewart, MD, MPH- Deborah Kowal, MA, PA- Felicia Guest, MPH, CHES Willard Cates Jr. MD, MPH Michael S. Policar, MD, MPH. Sixteenth Revised Edition. 2016.
31. Sociedad Española de Contracepción. Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción de urgencia. Madrid: Sociedad Española de Contracepción; 2016.
32. Argentina, Ministerio de Salud. Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Materno Infantil; pág. 47; 2017.
33. Karam Calderón M. A, Briones Garduño C, Ramírez Jiménez G. Percepción de los Métodos de Planificación Familiar en la Población del Municipio de Temoaya” Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Salud Pública, Facultad Medicina: México D. F; 2019.
34. Echeveste Vargas Brenda, Caudillo Ortega Lucía. Competencias emocionales, actitudes y conducta anticonceptiva en mujeres. Tesis de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Universidad de Guanajuato, México. 2017
35. Condicionantes de género y embarazo no planificado, en adolescentes y mujeres jóvenes. Teresa Yago-Simón, Concepción Tomás-Aznar. España. Editorial:

Copyright. 2018. ISSN edición impresa: 0212-9728. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia

36. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de planificación familiar. Dirección General de Salud de las Personas. Lima: MINSA; 2015.

37. Quintana González J A. Introducción Intervención educativa sobre planificación familiar en una Comuna de Haití. / internet / 2008/. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl1_08/articulos/a8_v14_supl108.htm

38. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud sexual y reproductiva [Internet]. 18 de noviembre de 2014. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>

39. Alicia González Portales, Aida Rodríguez Cabrera, Maybelis Jiménez Ricardo. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Cuba. Revista Cubana Medicina General Integral vol.32 no.2. 2016. ISSN 1561-3038.

40. Organización Mundial de la Salud [homepage en internet]. Planificación Familiar. Mayo 2015. Nota Descriptiva N°351. Disponible en la pág. web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

41. Factores que influyen en el rechazo en mujeres en edad reproductiva q asisten al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016. 2018. Tesis de especialidad de Obstetricia. Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, Perú.

42. Peña García, et al. Patrones de comunicación dominantes en el conocimiento y empleo de los métodos anticonceptivos en adolescentes. Revista de Investigación en Tecnologías de la Información: RITI [Internet]. 2018 [citado 12/02/2021]; 6(12):[aprox. p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7107396>

43. Berwar Flitcher A. Family Planning in The Manual Merck of Diagnosis and Therapy, 15th ed. Rahway: Merck Sharp & Domme Research Laboratorios 2006; p. 1733.

44. Villalobos A. Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. Salud Pública de México

[Internet]. 2020 [citado 14/02/2021]; 62(6):[aprox. p.]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11519>.

45. Quispe-Apolinario Rocio, Limo-Alvarez Manola, Runzer-Colmenares Fernando M. Association between contraceptive use and intimate partner violence against peruvian women in reproductive age. An. Fac. med. [Internet]. 2020 Mar [citado 2021 Nov 01]; 81(1): 40-46. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000100040&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i1.16667..>

46. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 652-2016. Norma Técnica de Planificación Familiar. Lima: MINSA, 31 Agosto 2016. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf

47. Maganha e Melo, et al. Uso de métodos anticonceptivos e intencionalidad de embarazo entre las mujeres usuarias del Sistema Público de Salud Brasileño. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2020 [citado 2/02/2021]; 28():[aprox. p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3451.3328>

48- Mori Sánchez MP. Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. Rev. liber. [Internet]. 2008 [citado 2/02/2021]; 14 (14). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100010

49- Herrera Hernández M. Intervención educativa: Alternativa para incrementar conocimientos en anticoncepción. Área II[Tesis]. Cienfuegos : Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Raul Dorticós Torrado"; 2012.

50- Chagimes Batista Y, Hernández Fernández A, Sánchez Álvarez de la Campa Ana I, Marín González María C, Rivera Alonso D. Comportamiento del riesgo preconcepcional genético. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2017 [citado 20 May 2020]; 17(4): 54-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942013000400007&lng=es.

50. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. 2020. La Habana: Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud; 2021. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/portfolio/anuario-estadistico/>

51. Cáceres Cabrera AC, et al. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Medisur [Internet]. 2017 [citado 15/02/2021]; 15(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2017000600009&script=sci_arttext&lng=pt
52. Cruz-Peñarán Doris de la, Langer-Glas Ana, Hernández-Prado Bernardo, González-Rengijo Gustavo F. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 2021 Oct 28]; 45(6): 461-471. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000600006&lng=es.
53. Alvarado Vidalón P F. FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A LA NO ELECCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES. HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR. 2020.[Tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2021.
54. Arrate Negret María Mercedes, Linares Despaigne Manuel de Jesús, Cuesta Navarro Ana Luisa, Isaac Rodríguez Leonor Maritza, Molina Hechavarría Vivian. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017 Feb [citado 2021 Oct 28] ; 21(2): 147-153. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000200003&lng=es.
55. Telpez-García I, Acevedo-Vega M, Falcón-Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. **Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta** [Internet]. 2018 [citado 28 Oct 2021]; 43 (1) Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1242>
56. Chávez Marcelo EJ. Factores socioculturales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil. Puyucana-Baños del Inca. Cajamarca, 2019[Tesis].

Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4096>

57. Pérez Madrazo K, Serrano Pérez M, Hernández Pérez K, Fernández Borbón H. Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. Revista Cubana de Enfermería. 2016 [citado 2021 Ago 10];32(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/903>

58. Hierrezuelo-Rojas N, Fernández-González P, León-Guilart A, Girón-Perez E. Conocimientos sobre planificación familiar en mujeres dispensarizadas por riesgo reproductivo preconcepcional. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología** [Internet]. 2021 [citado 28 Oct 2021]; 46 (3) Disponible en: <http://www.revGINECOBstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/540>

59. Serrano I, et al. Uso de métodos anticonceptivos y fuentes de información sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. Rev. iberoam. fertil. reprod. hum [Internet]. 2012 [citado 15/02/2021]; 29(1). Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwinqKrY1e3zAhXvQjABHS4gDMQQFnoECBsQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.revistafertilidad.org%2Frif%2Fvplus%2Farts%2Fuso_de_metodos_anticonceptivos.pdf&usq=AOvVaw3Tpf5VT9Gj08Pd1yAgM85G

60. Fernández García B, et al. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio "La Lisa". Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 [citado 15/02/2021]; 29(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252013000100002&script=sci_arttext&tlng=pt

61. Rondón Carrasco J, et al. **Educación para el mejor control del riesgo reproductivo preconcepcional**. EdumedHolguin2020; Holguín, Cuba, 2020. Disponible en:

<http://www.edumedholquin2020.sld.cu/index.php/edumedholquin/2020/paper/view/330/181>

62. Vega Sequeira M.C., et al. Intervención educativa según conocimientos y prácticas sobre métodos anticonceptivos en estudiantes de secundaria del Instituto Nacional de Tipitapa-Managua, II semestre 2016[Tesis]. Managua: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA; 2017.

63. Jimenez Mina B.J, et al. CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA. CALI, 2018B[Tesis]. SANTIAGO DE CALI: UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI; 2018.

64. Szames C, et al. Conocimiento, utilización y obtención de la anticoncepción hormonal y de emergencia por adolescentes en Rauch, provincia de Buenos Aires. Rev Argent Salud Publica [Internet]. 2017 [citado 15/02/2021]; 3(11): [aprox. p.]. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/378>

65. Carrazana Hernández E. Concientización acerca del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes [Tesis]. Nezahualcóyotl, Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México Centro Universitario UAEM Nezahualcóyotl Licenciatura en Educación para la Salud; 2019.

66. Gómez Suárez RT, et al. Acciones educativas para cambios de comportamientos en la práctica de relaciones sexuales entre adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2019 [citado 15/02/2021]; 35(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000400009&lng=es

67. Churra Cuenca SS. Razones para no usar métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil, ENDES 2019[Tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/16868>

68. Evangelista DR, Moura E, Rejane F, Costa C, Barbosa JS, Bezerra CG, Valente Q, Sousa C. Conhecimento e prática anticoncepcional de mulheres portadoras de Diabetes Mellitus. Esc. Anna Nery [Internet]. 2014 Sep [cited 2018 Oct 30]; 18(3): 441-447. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/169>
69. Sánchez Quintero M.J. Factores que determinan el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 45 años en edad fértil en Nicaragua.[Tesis]. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2020.
70. Cruz Robledo DM. Conocimiento y uso de los metodos anticonceptivos en alumnos de la licenciatura en desarrollo humano[Tesis]. Chiapas, México: Universida de Ciencias y Artes de Chiapas; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unicach.mx/handle/20.500.12753/2034>
71. Ballesteros Paiz MC, et al. Conocimientos Y actitudes sobre métodos de Planificación Familiar en los estudiantes de Trabajo Social de primer y cuarto año de la Facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades del turno diurno de la UNAN-LEON en el periodo de Marzo 2018[Tesis]. Nicaragua : Universidad nacional autonoma de nicaragua unan- leon; 2019. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/11173/>
72. Rodríguez-De Ávila U. Opiniones Sobre las Prácticas Anticonceptivas en Estudiantes. Revista Duazary [Internet]. 2017 [citado 15/2/2021]; 14(1):[aprox. 25 - 34 p.]. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1740>
73. Hernandez Cespedes, J. D., Velásquez López, R. N., & Pinzón Gutiérrez, C. M. (2017). Conocimiento, actitud y práctica en anticoncepción en adolescentes escolarizados en la comuna 1 de Villavicencio. Ciencia Y Salud Virtual, 9(1), 4-12. <https://doi.org/10.22519/21455333.775>

74. Gómez Mompeán L. ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA. Clases de Residentes: Aspectos prácticos de la anticoncepción hormonal. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada; 2018
75. Silva Aguila M. Cobertura de la anticoncepción posevento obstétrico en el hospital de alta especialidad de veracruz[Tesis]. Veracruz, México: Universidad Veracruzana; 2020. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/50513/SilvaAguilaMelissa.pdf?sequence=1>
76. Pimiento Idiarte D, et al. Uso de Métodos Anticonceptivos en Madres Adolescentes. Revista Salud y Bienestar Colectivo [Internet]. 2018 [citado 13/02/2018]; 2(2):[aprox. p.]. Disponible en: <https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/view/48>
77. Cobiellas Carballo L, et al. Intervención educativa sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud. 2018. Disponible en: <http://www.convencionsalud2017.sld.cu/index.php/connvencionsalud/2018/paper/viewPaper/613>
78. Bolívar Mora M. Efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E. Inmaculada, Curahuasi [Tesis]. Huancayo, Perú: Escuela Profesional de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímica; 2020.
79. Niño Villanueva Leslie. Métodos Anticonceptivos en Alumnos del Centro Preuniversitario de la UNJFSC [Tesis]. Huacho, Perú: Universidad Naciona José Faustino Sánchez Carrión; 2020.
80. Lazcano Ortiz M., et al. Intervención Educativa sobre los Métodos Anticonceptivos en Adolescentes. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud [Internet]. 2020 [citado 16/02/2021]; 8(16):[aprox. p.]. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/issue/archive>

Anexos

Anexo 1

Consentimiento informado de la Dirección Municipal de Salud

La dirección del Policlínico Universitario “Manuel Piti Fajardo” del municipio Cruces, en la provincia Cienfuegos aprueba la realización de la investigación que se desarrollará en el consultorio de familia 9 con el título: “Programa de intervención educativa sobre conocimientos en anticoncepción en el consultorio 9. Cruces. 2019-2020”, cuyo jefe de proyecto es la Dra. Dunia Gil Eduarte.

Director Municipal de Salud

Anexo 2

Consentimiento informado a las féminas participantes en la investigación

Yo: _____ estoy de acuerdo en participar de la investigación de intervención educativa sobre anticonceptivos que realizará en el consultorio 10 del municipio Cruces, que lleva como título: “Programa de intervención educativa sobre conocimientos en anticoncepción en el consultorio 9. Cruces. 2019-2020”, conjuntamente con la autora de esta investigación después de haberseme explicado la importancia de la misma, sus beneficios en cuanto a mi persona y la comunidad. Además de que todos los datos que aportados serán utilizados sólo con fines científicos y de forma anónima, además del derecho a abandonar la misma en caso de que tenga la necesidad o así lo decida.

Para que así conste firmo la presente el día _____ del mes _____ del 20__.

FIRMA: _____

Anexo 3

Cuestionario sobre nivel de información en anticonceptivos en féminas en edad fértil.

I. Edad:

II. Estado Civil:

1). Soltera ____ 2). Casada ____ 3). Divorciada ____ 4). Unión consensual ____

III. Nivel de escolaridad:

1). Primaria ____ 2). Secundaria ____ 3). Pre-universitario ____
4). Técnico Medio ____ 5). Universitario ____

IV. ¿Cuál método anticonceptivo es el que usa?

1). Método del ritmo ____ 2). Coito interrumpido ____ 3). DIU ____
4). Tabletas ____ 5). Inyecciones ____ 6). Condón ____
7). Jaleas ____ 8). Aerosoles ____ 9). Diafragma ____
10). Otros ____

V. ¿Tiene algún temor a usar anticonceptivos?:

1). SI ____ 2). NO ____

VI. ¿Ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos? 1). SI ____ 2). NO ____

VII. Si la respuesta es afirmativa la recibió por medio de:

1). Difusión masiva ____ 2). Médico del consultorio ____ 3). Enfermera del consultorio ____
4). Otro personal de salud (técnicos, estudiantes u otro trabajador del sector) ____ 5). Otras vías (Familiares, amigos) ____

VIII. Marque con una X la persona que le sugirió acudir a Consulta de Planificación Familiar

1). Médico del CMF ____ 2). Enfermera del CMF ____ 3). Otro personal ____

IX. ¿Considera usted que es importante el conocimiento de los métodos anticonceptivos?

X. ¿Marque con una X cuál de estos son métodos anticonceptivos?

- | | | |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1). Jaleas_____ | 2). Coito interrumpido_____ | 3). Aerosoles_____ |
| 4). Condón _____ | 5). Método del ritmo_____ | 6). T de cobre_____ |
| 7). ASA _____ | 8). Diafragma_____ | 9). Anillo_____ |
| 10). Multiload_____ | 11). Inyecciones_____ | 12). Ligadura de trompas_____ |
| 13). Vasectomía_____ | 14). Tabletas_____ | 15). Regulación menstrual_____ |
| 16). Legrado_____ | 17). Píldoras_____ | |

XI. ¿Sabe dónde puede solicitar un método anticonceptivo?:

- 1). Farmacias____ 2). Consulta de planificación familiar____
3). Hospitales____ 4). Consultorio _____

XII. ¿Cree usted que el uso de anticonceptivos puede crear dificultades en la relación sexual?

- 1). Si _____ 2). No_____

XIII. ¿Usted considera que se debe planificar la familia?

- 1). Si _____ 2).No _____

XIV. ¿Puede una pareja utilizar cualquier método anticonceptivo?

- 1). Si _____ 2). No_____

XV. ¿Con cuál o cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos, tiene una mujer mayor posibilidad de quedar embarazada?

- | | | |
|------------------------------|--------------------|----------------------------|
| 1). Coito interrumpido _____ | 2). Condón _____ | 3). Método del ritmo _____ |
| 4). DIU _____ | 5). Tabletas _____ | 6). Inyecciones _____ |

XVI. ¿De la lista que le damos a continuación, cuál considera usted el método anticonceptivo con más ventajas para su uso?

- | | | |
|------------------------------|--------------------|----------------------------|
| 1). _____ Coito interrumpido | 2). _____ Condón | 3). _____ Método del ritmo |
| 4). _____ DIU | 5). _____ Tabletas | 6). _____ Inyecciones |

XVII. ¿Cree usted que existe el anticonceptivo ideal?

- 1). Si _____ 2). No _____

XVIII. ¿Cómo evaluaría usted el programa educativo?

- 1). Necesario _____
2). Adecuado _____
3). Inadecuado _____

Anexo 4

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ANTICONCEPTIVOS.

Programa educativo

Título: Métodos anticonceptivos

Objetivo general:

1. Crear un espacio de reflexión grupal que permita incrementar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en mujeres con riesgo preconcepcional del Consultorio 9 del municipio Cruces.

Objetivos Específicos:

1. Dar a conocer las generalidades morfofuncionales del aparato reproductivo femenino.
2. Tipos de métodos anticonceptivos y su importancia.
3. Ventajas y desventajas de los mismos.

Sesión 1: Introducción. Presentación del Programa. Generalidades morfofuncionales del aparato reproductivo femenino.

Objetivo: Realizar la presentación del programa y sus objetivos, así como se dará un bosquejo de las generalidades morfofuncionales del aparato reproductor femenino.

Acciones:

Presentar el programa y los objetivos.

Presentación de los participantes (técnica participativa de presentación “De donde soy”).

Técnicas:

La Ronda.

Sondeo de motivaciones.

Grupo focal.

Momento Inicial: La coordinadora solicitará a cada uno de los participantes que expongan al grupo su nombre y apellidos, su ocupación, sus motivaciones para participar y que esperan conocer.

Luego se procederá al planteamiento del tema general, motivo de los encuentros.

Se presentará el programa y se distribuirá una hoja mimeografiada con preguntas tales como ¿A qué has venido?, ¿Con qué estado de ánimo me encuentro?, ¿Qué espero de estos días?, ¿Qué estoy dispuesto a aportar? Estas preguntas se responderán individualmente y luego se compartirán en pequeños grupos, con el fin de elaborar una síntesis de las respuestas para presentar al plenario. En el plenario se buscará un balance entre los objetivos previstos por los coordinadores y las expectativas expresadas por el grupo.

Mediante la inducción se irá conduciendo a los participantes a determinar las ideas más recurrentes comentadas por ellos. Se explora además la aceptación de la propuesta del programa.

La coordinadora hará una breve conclusión a partir de lo que ellos mismos habrán expresado sobre los anticonceptivos.

Evaluación: Se solicita a los participantes expresar su sentir con una palabra.

Estas se recogen, así como otros aspectos de interés útiles para la evaluación de la sesión.

Sesión 2: Anticonceptivos. Breve reseña histórica, generalidades y su importancia.

Objetivo: Dar a conocer los anticonceptivos, su evolución histórica, generalidades e importancia.

Acciones:

Concepto de anticonceptivos.

Mostrar la evolución histórica de los mismos.

Generalidades sobre anticonceptivos y su importancia.

Técnicas:

Conferencia

Lluvia de ideas

Técnica de análisis: las frases.

Momento inicial: La coordinadora luego del momento “informal” de saludos y arreglos del aula, invitará a los participantes a expresar con una palabra qué esperan de estas sesiones.

Luego realizará la introducción del tema exponiendo los objetivos del tema.

Se referirá al concepto de los anticonceptivos y su evolución histórica a nivel mundial, haciendo énfasis en su introducción gradual en Cuba.

Posteriormente realizará preguntas con el objetivo de que los participantes expresen lo que conozcan sobre los métodos anticonceptivos. Después se indagará acerca de la importancia que creen que tienen.

Evaluación: Finalmente se realizará una síntesis del tema evaluando lo debatido e incitará a los participantes a expresar mediante una palabra lo placentero.

Se establece la convocatoria para la próxima sesión.

Sesión 3:

Título: Anticonceptivos. Tipos, clasificación, indicaciones y contraindicaciones.

Objetivo: Dar a conocer los diferentes tipos de anticonceptivos, así como su clasificación.

Indicaciones y contraindicaciones de los mismos.

Acciones:

Exponer los tipos de anticonceptivos y su clasificación.

Explicar las indicaciones y contraindicaciones de cada uno de ellos.

Técnicas:

Charla educativa.

Debate.

Momento inicial: Se solicitará una palabra que exprese lo que ha significado para ellos estas sesiones.

La coordinadora señalará cómo en las respuestas de las encuestas se manifiesta la falta de conocimiento acerca de los diferentes métodos

La coordinadora traerá para el encuentro diferentes métodos anticonceptivos los que irá clasificando y exponiendo sus indicaciones, contraindicaciones y establecerá la convocatoria para la próxima sesión.

Sesión 4

Título: Reafirmación y Evaluación.

Objetivo: Evaluar el impacto de la intervención en las mujeres estudiadas.

Técnica:

La Carta

La coordinadora expresará que es esta nuestra última sesión, por lo que se valorará el aporte que han dejado las sesiones desarrolladas a través de las expectativas cumplidas. Se colocan en el aula propagandas que expresen relación con el tema confeccionadas por las participantes.

Evaluación de la intervención.

Se les orienta elaborar una carta. Se entrega a cada participante una hoja de papel y un lápiz y se da la consigna de escribir una carta dirigida a una amiga o amigo donde le cuenta:

- Lo que más le gustó de la actividad que ha realizado.
- Lo que menos le gustó.
- Lo que cambiaría si volviera a iniciarse el trabajo en grupo.
- Las cosas nuevas que aprendió.
- Las cosas sobre las que le hubiese gustado conocer más.
- Y qué planes nuevos tiene una vez concluido el trabajo en grupo.

Aplicar una encuesta que permita medir los conocimientos adquiridos.

La coordinadora incorporará aspectos sobre los que le gustaría profundizar en la evaluación. Todas las cartas se recogen, al final pues resultan una fuente para evaluar no sólo el funcionamiento individual y de grupo sino conocer la calidad de la intervención y el cumplimiento de los objetivos que se trazó.

Posteriormente expresa su opinión en relación al resultado de las sesiones, los estimula a transmitir lo aprendido y solicita a los participantes que de forma voluntaria den lectura a las cartas confeccionadas como tarea de la sesión anterior.