

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar el grado académico de
Licenciatura en Enfermería*

**CONOCIMIENTOS Y TOMA DE DECISIONES
DE LAS PERSONAS HACIA LA PRÁCTICA DE
LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADULTOS
EN EDAD REPRODUCTIVA, SAN RAFAEL,
HEREDIA, FEBRERO 2018.**

Sustentante

THAIS MAYELI BERMÚDEZ CASTRO

2018

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS.....	5
ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
DEDICATORIA	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT	10
CAPÍTULO I.....	12
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1.1 Antecedentes del problema.....	13
1.1.2 Delimitaciones del problema	18
1.1.3 Justificación	18
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.3.1 Objetivo general	20
1.3.2 Objetivos específicos.....	20
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	21
1.4.1 Alcances de la investigación.....	21
No hubo alcances en la investigación.....	21
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	21
CAPÍTULO II.....	22
MARCO TEÓRICO	22

2.1 EL CONTENIDO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	23
Planificación familiar	24
La anticoncepción	26
Anticoncepción en adolescencia	26
La anticoncepción masculina	27
La anticoncepción en mujeres mayores de 40 años	27
Métodos anticonceptivos.....	27
Métodos naturales	29
Métodos de barrera.....	38
Métodos hormonales	48
Métodos quirúrgicos.....	63
Concepto de conocimiento	67
Importancia del conocimiento en la toma de decisiones	71
Concepto de toma de decisiones	71
2.1.1 Modelos y teorías	76
MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	76
CAPÍTULO III.....	82
MARCO METODOLÓGICO.....	82
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	83
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	83
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	83
3.3.1 Población.....	83

3.3.2 Muestra.....	83
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	84
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	84
3.4.1 Validez y confiabilidad del cuestionario	84
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	85
3.7 PLAN PILOTO (VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS)	91
CAPÍTULO IV	92
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	92
4.1 GENERALIDADES.....	93
CAPÍTULO V.....	111
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADO	111
5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	112
CAPÍTULO VI.....	124
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	124
6.1 CONCLUSIONES	125
6.2 RECOMENDACIONES	128
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
ANEXOS	141

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Edad de las personas entrevistadas, según sexo, San Rafael, Heredia, 2018.	94
Tabla N° 2 Nivel de escolaridad de las personas entrevistadas, según sexo, San Rafael, Heredia, 2018.	96
Tabla N° 3 Profesión u oficio de las personas entrevistadas, San Rafael, Heredia, 2018.	98
Tabla N° 4 Cantidad de personas entrevistadas que buscan ayuda para la orientación sobre la planificación familiar, San Rafael, Heredia, 2018.	108
Tabla N° 5 Cantidad de personas entrevistadas que buscan ayuda para orientación sobre la planificación familiar, según la característica del consejero, San Rafael, Heredia, 2018.	109
Tabla N° 6 Cantidad de personas, según la opinión de ser necesaria la orientación de un profesional de la salud para la planificación familiar, San Rafael, Heredia, 2018.	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Cantidad de personas entrevistadas, según sexo, San Rafael, Heredia, 2018.	93
Figura N° 2 Cantidad de hijos por personas entrevistadas, San Rafael, Heredia, 2018.	95
Figura N° 3 Cantidad de personas, según religión, San Rafael, Heredia, 2018.	97
Figura N° 4 Cantidad de personas, según en estado civil, San Rafael, Heredia, 2018.	99
Figura N° 5 Cantidad de personas entrevistadas, según conocimiento sobre el término planificación familiar, San Rafael, Heredia, 2018.	100
Figura N° 6 Cantidad de personas entrevistadas que aciertan en los cuatro tipos de método anticonceptivo natural, San Rafael, Heredia, 2018.	101
Figura N° 7 Cantidad de personas entrevistadas que aciertan en los dos métodos anticonceptivos de barrera, San Rafael, Heredia, 2018.	102
Figura N° 8 Cantidad de personas entrevistadas que aciertan la respuesta sobre los tres tipos de métodos anticonceptivos quirúrgicos, San Rafael, Heredia, 2018.	103
Figura N° 9 Cantidad de personas entrevistadas que aciertan en los seis tipos de métodos anticonceptivos hormonales, San Rafael, Heredia, 2018.	104
Figura N° 10 Cantidad de personas entrevistadas que utilizan algún método anticonceptivo según el sexo, San Rafael, Heredia, 2018.	105
Figura N° 11 Cantidad de personas según el método anticonceptivo que utiliza, San Rafael, Heredia, 2018.	106
Figura N° 12 Cantidad de personas entrevistadas, según el motivo de la planificación familiar, San Rafael, Heredia, 2018.	107

DEDICATORIA

Mis últimos tres años de escuela lo realice en la Escuela de excelencia San Bosco de Santa Bárbara de Heredia, esto debido a que mi mamá trabajaba en el EBAIS de ahí. Después de que terminaba mi horario de clases me iba adonde mi mamá a esperar a que ella terminaba su jornada laboral; en el tiempo que yo esperaba mi mamá era muy común que yo fuera a donde la enfermera a ver cómo realizaba sus labores y qué actividades hacia y, de vez en cuando ayudarle a escribir valores que ella me dictaba como, por ejemplo, el peso, talla, entre otros.

Cuando me preguntan o hago una autoevaluación del porqué quise estudiar enfermería lo primero que se me vienen a la memoria son esos momentos que pasaba con la enfermera en mis tiempos de escuela; lo grato que era para mí ayudarle en esos pequeños detalles y sobre todo observar la laborar tan humana que ella tenía hacia los usuarios.

Es por esto que quiero dedicar mi tesis a la enfermera MSc. Kattia Arias Vázquez por ser tan dedicada y esforzada que me hizo amar esta profesión desde que era una niña y que admiro muchísimo como profesional y como persona.

RESUMEN

Introducción. La anticoncepción es la toma de decisiones acerca del control de la natalidad y fertilidad, pero que para muchos implica creencias religiosas o filosóficas. **Objetivo general.** Determinar los conocimientos que tienen las personas en edad reproductiva sobre la planificación familiar y como esto influye en la toma de decisiones hacia la práctica de ésta; San Rafael, Heredia, febrero 2018. **Metodología.** Estudio cuantitativo de tipo descriptivo, se realiza en una población de 100 individuos en edad fértil que viven en el cantón de San Rafael de Heredia. **Resultados.** 85% de los entrevistados son mujeres y 15% fueron hombres, la edad que más prevalece es de 25 a 35 años, el 32% tiene entre 0 a 1 hijo, 63%, de 2 a 3 hijos y el 5%, de 4 a 6 hijos, un 31%, tiene un grado académico universitario, el 64% son católicos, el 32% son cristianos evangélicos, el 1% son mormones, el 2% testigos de jehová y un 2% no profesa ninguna religión, en las profesiones más relevantes el 43% son amas de casa , el 5% administradores y docentes y un 4% asistente de redes y personas que se dedican a las ventas, un 61% son casados y un 39% están en unión libre, 69% conoce el término adecuado de planificación familiar, el método anticonceptivo natural más conocido es el ritmo con un 93% de la población, el método anticonceptivo de barrera más conocido es el condón con un 96% de la población, el método anticonceptivo quirúrgico más conocido es la vasectomía con un 92% y la Salpingectomía con un 85%, en los método anticonceptivos hormonales más conocido fueron las inyecciones con un 83%, un 69% indica que las mujeres son las que más utilizan los métodos anticonceptivos, con un 71% la economía es el factor más predominante por el cual las personas deciden practicar la planificación familiar, un 69% de las personas buscó ayuda para la orientación en el tema, un 57% revela que los médicos son las personas más buscadas para brindar orientación en el tema, un 80% de la población indica que sí es necesaria la ayuda de

una profesional para la orientación en el tema. **Discusión.** La personas, actualmente deciden practicar la planificación familiar ya que desean dar interés a otras cosas como economía, intereses personales, desarrollo profesional antes de tener hijos; el utilizar métodos anticonceptivos se ha vuelto en mayor uso solo por la mujer esto por diversos factores, el conocimiento de estos es relativamente bueno, pero sin embargo, la utilización no siempre es la adecuada, el buscar ayuda profesional para que se brinde orientación en el tema es necesaria e importante. **Conclusiones.** Se determina que las personas tienen un adecuado concepto de la planificación familiar, al igual que de los métodos anticonceptivos solo que tienen deficiencia en distinguirlos, según el tipo, las mujeres son las que más usan los métodos anticonceptivos, la religión no es un factor que influya en la toma de decisiones mientras que otros temas como economía, intereses personales sí influyen, buscaron ayuda profesional para que instruya en el tema es de suma importancia y necesario.

Palabras claves: Planificación familiar, métodos anticonceptivos, ayuda profesional.

ABSTRACT

Introduction. Contraception is making decisions about birth control and fertility but for many it implies religious or philosophical beliefs. **General Objective.** Determine the knowledge that people of reproductive age have about family planning and how this influences decision-making towards the practice of it; San Rafael, Heredia, February 2018. **Methodology.** Quantitative study of descriptive type, is carried out in a population of 100 people of fertile age who live in the canton of San Rafael de Heredia. **Results.** 85% of the interviewees are women and 15% were men, the age that prevails is 25 to 35 years, 32% have between 0 to 1 child, 63% have 2 to 3 children and 5% of 4 to 6 children, 31% have a university degree, 64% are Catholics, 32% are evangelical Christians, 1% are Mormons, 2% are witnesses of Jehovah and 2% do not profess any religion, in the professions more 43% are homemakers, 5% administrators and teachers and 4% are network assistants and sales people, 61% are married and 39% are in free union, 69% know the term adequate family planning, the best known natural contraceptive method is the rhythm with 93% of the population, the best known barrier contraceptive method is the condom with 96% of the population, the best known surgical contraceptive method is vasectomy with 92% and Salpingectomy with 85%, in the hormonal contraceptive method s injections were known with 83%, 69% indicates that women are the most used contraceptive methods, with 71% the economy is the most prevalent factor by which couples decide to practice family planning, a 69 % of people sought help for guidance on the subject, 57% reveals that doctors are the most wanted people to provide guidance on the subject, 80% of the population indicates that if the help of a professional is necessary for the orientation on the subject. **Discussion.** Couples today decide to practice family planning because they want to give interest

to other things such as economics, personal interests, professional development before having children; the use of contraceptives has become more widely used only by women, due to various factors, the knowledge of these is relatively good but nevertheless the use is not always adequate, seeking professional help to provide guidance on the subject is necessary and important. **Conclusions.** It is determined that people have an adequate concept of family planning, as well as contraceptive methods, only that they are deficient in distinguishing them according to type, women are the ones that use contraceptives the most, religion is not a factor that influences in making decisions while other topics such as economics, personal interests do influence, they sought professional help to instruct on the subject is of utmost importance and necessary.

Key words: family planning, contraceptive methods, professional help.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

1.1.1.1 Internacionales

Según menciona Moreno¹, al realizar su estudio donde se evalúa a 361 mujeres dio como resultado que “un 94,46% manifiesta conocer al menos un método de planificación. El 70,09% de los embarazos no son planeados. Cerca de un cuarto de las pacientes están usando algún método de planificación familiar en el momento del embarazo. Se encuentra en un nivel de conocimiento mínimo del 90% en el 26,23% de las pacientes, siendo el más bajo para anticonceptivos (11,85%)”

De igual forma menciona que dentro de aquellos elementos que influyen en las personas para tomar una decisión con respecto de la planificación familiar incluye la religión, las compañías farmacéuticas, las instituciones gubernamentales de salud siendo estos los más destacados¹.

Por otro lado, aquellos elementos que afectan las decisiones de planificación familiar, actualmente, incluyen: inequidad de género, la influencia de la Iglesia Católica a nivel estatal y de las creencias individuales, tanto como la influencia de otras iglesias, y la exclusión social son algunos de los que menciona Richardson et al² en su artículo.

De igual forma indica que “el tema de reproducción en general se habla poco, inclusive entre madres, hijas y hermanas, con líneas de comunicación atrasadas respecto de tener hijos y la planificación familiar hasta después de que el primer embarazo ha comenzado”².

Según MSc. Vilma Rodríguez et al³, demuestra que “los conocimientos y actitudes de los hombres estudiados en su investigación presentan brechas desfavorables para la planificación familiar efectiva en la pareja; su escasa utilización y participación de los hombres en las consultas de planificación familiar está influenciada por estos, vinculado a los condicionamientos de género subyacentes”

La autora anteriormente mencionada revela que aquellos hombres que poseen un nivel de educación ya sea universitario, preuniversitario o tecnológico tienen más conocimiento sobre la planificación familiar que aquellos que no poseen un estudio.

En México, se demuestra que los hombres han sido excluidos ya sea de forma intencional o quizás de otra manera, en temas como salud reproductiva, anticoncepción y en general en la planificación familiar, así lo indica Gutmann⁴.

Gutiérrez M⁵, dice que en los países en vías de desarrollo una de cada cuatro mujeres se encuentra en edad reproductiva; que un aproximado de 867 millones de mujeres en el mundo no desean quedar embarazadas o prefieren que entre cada embarazo haya grandes lapsos de tiempo. Menciona que unos 645 millones de mujeres están utilizando métodos modernos de anticoncepción y por el contrario dice que unas 222 millones no usan ningún método moderno de anticoncepción, o utilizan métodos tradicionales y se encuentran con una necesidad insatisfecha de planificación familiar.

En el anterior artículo mencionado una de sus conclusiones indica que “si bien, la población mundial envejece, no podemos dejar de reconocer que hacer uso de la planificación familiar es una estrategia que las personas tienen a su alcance para gozar no solo de una adecuada salud

sexual y reproductiva, sino también, de una herramienta fundamental para su propio desarrollo y el de la sociedad. Derecho que debe ser respetado”⁵.

“Se calcula que en el mundo hay unos 222 millones de parejas sin acceso a servicios de planificación familiar. En muchos países, más del 30% de las mujeres que quiere utilizar métodos anticonceptivos no pueden conseguirlos; así lo indica la OMS⁶.

Alvaré et al⁷ menciona que para el adolescente varón hacerse cargo de su emergente sexualidad es un reto. Si este acontecimiento se acompaña de la falta de información, de patrones masculinos transmitidos y de la escasa experiencia que tienen los varones a esa edad, es muy difícil que puedan tener una participación importante para evitar los factores de riesgo, como los relacionados con el embarazo.

Botero et al⁸ menciona que “Los jóvenes tienen relaciones sexuales a edad cada vez más temprana. Para la gran mayoría de las personas, las relaciones sexuales empiezan durante su época de la adolescencia, y con frecuencia son no planeadas, esporádicas y, algunas veces como resultado de presión o fuerza”.

Según Gómez et al⁹, “El conocimiento sobre los métodos se vuelve más extenso(...) Las adolescentes refieren conocer muchos métodos, cómo funciona cada uno, el tiempo de vigencia, así como las ventajas y desventajas de unos y otros, con el fin de no embarazarse ni presentar alguna infección de transmisión sexual (ITS). Se preocupan por la seguridad de los métodos porque no quieren tener hijos”.

También, señala que los adolescentes a pesar de recibir información de diferentes fuentes y enseñarles todo acerca de estos, ellos prefieren realizar las consultas con sus familiares para verificar la información brindada.⁹

Según Camargo et al¹⁰ la relación que debe existir entre la enfermera (o) y la mujer que asiste a la consulta de planificación familiar deben de ser de confianza, en donde el profesional centre su cuidado en el paciente, dándole prioridad a sus necesidades, inquietudes y utilizando un lenguaje que permite fortalecer la atención y crear un ambiente propicio.

“La anticoncepción quirúrgica voluntaria tuvo un gran impulso en la década de los setenta, por ser el método de mayor uso por varios programas nacionales de planificación familiar, sobre todo en países asiáticos”¹¹. Pero en Perú se incorpora como método de planificación familiar hasta 1996 ya que estaba proscrito a la par del aborto. Este método tuvo un gran impulso ya que “existe una demanda insatisfecha en mujeres de alta paridad y que necesitan un método definitivo”¹¹

1.1.1.2 Nacionales

Según Cartín M & Rojas M, “En Costa Rica a mediados del siglo XX, se dieron transformaciones sociales y económicas importantes, cambios que propiciaron el deseo de tener pocos hijos y además se redujeron los “costos del control”, considerando entre estos los obstáculos de tipo cultural, religioso y familiar, que tienen que resolver las mujeres para modificar sus prácticas reproductivas”¹²

El anterior autor le achaca al proceso de modernización que sufría y que, actualmente, aún sufre el país parte de los causales por los cuales las personas realizaron cambios drásticos en sus comportamientos reproductivos; destacando puntos como la economía de las familias, el hecho que la mujer, actualmente, trabaja más fuera de sus hogares, el nivel educativo, entre otros.

El mismo autor indica “En décadas pasadas no era tan importante planificar, a las personas no les preocupaba la cantidad de hijos que tuvieran, es más era como la moda que las familias

fueran de nueve miembros o más. Otra razón por la cual las familias eran extensas era porque en las familias de los peones era necesario tener muchos hijos, para que cuando la edad fuera suficiente para trabajar, les ayudaran en los quehaceres del hogar o en el trabajo de campo”¹²

El factor religioso juega un papel muy importante en la decisión de las personas sobre la planificación familiar, así lo demuestran Gutiérrez y Rausch¹³ en su estudio; los resultados que se obtuvieron en la investigación demostraron que un 18.14% deja esa decisión a Dios, mientras que un 5.59% acepta que es una decisión que la debe tomar exclusivamente la pareja.

Según Posada & Mora¹⁴, los adolescentes aún mantienen una deficiencia de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, tanto generalidades como el modo de uso. Pero también, indican que “la falta de conocimientos en los temas mencionados se traduce en 8 a 30 millones de embarazos en el mundo por año, debido al fracaso en el uso de métodos anticonceptivos y su inexperiencia”¹⁴

Fetis et al, citado por Posada y Mora¹⁴, indica que “los adolescentes tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos, pero que la prevalencia del uso es muy baja (37%), debido al desconocimiento y al poco apoyo de los profesionales de la salud en cuanto a la información, puesto que solo el 5.8% la recibe de parte de estos”.

“Las personas que pertenecen a la zona urbana presentan menor probabilidad de uso de anticonceptivos en relación con los de zona rural (4.8 puntos porcentuales menos) y ser mujer aumenta el uso de anticonceptivos en 12.3 puntos porcentuales en relación con el sexo masculino” así lo señala Sánchez & Leiva¹⁵.

Los autores anteriores concluyen que “conforme aumenta la edad de la persona o la de su pareja, disminuye la probabilidad de protección en las relaciones sexuales. Además, la probabilidad

decrece conforme las relaciones se tornan más “serias” o “estables” y si la persona joven pertenece a la zona urbana”.

Según Carballo et al¹⁶, determina que aquellas personas que no viven en unión son las que más utilizan el condón a la hora de sus prácticas sexuales y que los hombres son el género que más lo utiliza con un 9%, mientras que las mujeres un 8,5%. También, establece que las personas menores de 40 años con un nivel mayor de educación y residentes del Área Metropolitana realizan un adecuado uso del condón.¹⁶

1.1.2 Delimitaciones del problema

La investigación se lleva a cabo en el cantón de San Rafael de Heredia, con un total de 100 adultos en edad reproductiva, tanto hombres como mujeres, incluyendo aquellos que se encuentran casados y en unión libre; con hijos o sin ellos; en febrero del 2018.

1.1.3 Justificación

De acuerdo con el Dr. Hernández Sampieri la siguiente investigación se justifica desde el punto de vista de relevancia social¹⁷; ya que beneficia de manera especial a personas en edad reproductiva, brindando información necesaria e importante sobre la planificación familiar.

Uno de los aportes de esta investigación es dar a conocer el conocimiento que tienen los individuos que se encuentran en una relación de pareja ya sea unión libre o casados sobre la planificación familiar, así como los beneficios de practicarla, conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Al igual da a conocer si la planificación es una práctica que es tomada en cuenta en la relación de las personas para planear su futuro.

Con los resultados de esta investigación se beneficiará a futuras parejas que quieran obtener información sobre esta práctica, también al personal de enfermería encargado del tema para conocer cuál es el nivel de conocimiento que tienen las personas acerca de éste y así poder brindar una mejor atención y educación.

El tema puede que no sea desconocido, las personas saben que existe algo que se llama planificación familiar, métodos anticonceptivos, entre otros; pero desconocen la manera adecuada de realizarla, de utilizar los distintos métodos anticonceptivos, de saber que no todos los métodos están hechos para todas las mujeres, que hay profesionales que orientan su trabajo a la educación de la población, sobre dicho tema, que no solo las mujeres lo practican, sino que también, los hombres son tomados en cuenta y que hay métodos anticonceptivos para ellos también. Debido al tipo de investigación se cuenta con acceso al recurso humano para poder hacer recolección de información para obtener datos estadísticos que ayuden a fundamentar los objetivos establecidos.

El propósito de esta investigación es recopilar información que sea útil para que profesionales en enfermería y otras personas que el tema le sea de interés puedan obtener información del proceso o del avance que se ha tenido con la práctica de la planificación familiar, el beneficio que se ha alcanzado, tanto para la pareja misma como para la población costarricense en este caso; al igual que las debilidades que puedan tener sobre el tema; siendo así de punto de partida para que el profesional de brindar esta educación sea de calidad.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los conocimientos que tienen las personas en edad reproductiva sobre la planificación familiar y cómo esto influye en la toma de decisiones hacia la práctica de ésta; San Rafael, Heredia, febrero 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar los conocimientos que tienen las personas en edad reproductiva sobre la planificación familiar y cómo esto influye en la toma de decisiones hacia la práctica de ésta; San Rafael, Heredia, febrero 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar los factores sociodemográficos de las personas en edad reproductiva; San Rafael, Heredia, febrero 2018.

Indicar el conocimiento científico y empírico de las personas en edad reproductiva sobre los métodos que se utilizan en la planificación familiar; San Rafael, Heredia, febrero 2018.

Identificar el proceso de toma de decisiones de las personas en edad reproductiva sobre la planificación familiar; San Rafael, Heredia, febrero 2018.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

No hay alcances en la investigación

1.4.2 Limitaciones de la investigación

No existen limitaciones para la presente investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 EL CONTENIDO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Según Díaz G¹⁸, “en el primer texto médico del que se tiene noticia, El Papiro de Petri, de 1850 antes de Cristo, figuraban ya las recetas anticonceptivas. Una aconseja el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que sirve como vehículo, usado seguramente como pesario insertado en la vagina; otra receta consistía en una irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio nativo natural”.

Díaz G¹⁸, también menciona “la referencia bíblica citada con más frecuencia es un pasaje del Génesis, capítulo 38: "Pero Onán, sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano se derramaba en la tierra para no dar prole a su hermano (...)"¹⁸

“El uso de la anticoncepción desde la antigüedad, demuestra que la sociedad, independientemente de su punto de vista, comprende la necesidad de utilizar estas técnicas” así lo menciona dicho autor¹⁸.

Según Sotelo & Umaña¹⁹ El camino hacia la conceptualización de la salud sexual y reproductiva inició en 1948, con la Declaración de los Derechos Humanos, la cual, además de reconocer el derecho de todo ser humano a la salud, hace alusión directa a la salud.

Posteriormente, en la Conferencia de Alma Ata, en 1978, se incluye planificación familiar como un punto más, aparte de la salud materna e infantil¹⁹.

Posteriormente; en 1979, en la convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas, se declara el derecho al acceso a material informativo que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia y el asesoramiento sobre planificación familiar¹⁹.

El concepto de salud sexual y reproductiva surgió en 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas, realizada en el Cairo, Egipto.

Según la OMS²⁰ “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 y sus funciones y procesos”

Por otra parte, se tiene que la **atención preconcepcional** es el “conjunto de actividades que promueven el cuidado de la salud de todas las mujeres en edad reproductiva que tienen la posibilidad de iniciar su embarazo con la adopción de decisiones acerca del estado de salud, sus hábitos de vida de una forma activa, voluntaria y oportuna, y así, mejorar las condiciones para lograr un mejor resultado perinatal” así lo indica Botero et al.⁸

Planificación familiar

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos, así lo describe la OMS²⁰

Según la OMS²⁰ dentro de los beneficios que brinda la planificación familiar se encuentran:

Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite, además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se

ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna²⁰. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

Reducción de la mortalidad infantil

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar²⁰.

Prevención de la infección por el VIH y el SIDA

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH²⁰.

Poder de decisión y una mejor educación

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas en relación con su salud sexual y reproductiva. Brinda, además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos²⁰.

Disminución del embarazo de adolescentes

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad²⁰.

Menor crecimiento de la población

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que éste acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo²⁰.

La anticoncepción

Según DeCherney et al²¹, la anticoncepción es la toma de decisiones acerca del control de la natalidad y fertilidad, pero que para muchos implica creencias religiosas o filosóficas.

“La anticoncepción es la prevención del embarazo mediante la utilización de una variedad de recursos físicos, bioquímicos, quirúrgicos o fisiológicos, que interfieren con el proceso de fecundación y concepción,” según Botero et al⁸.

Anticoncepción en adolescencia

“La adolescencia es un periodo crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que pueden llevar a un embarazo no planeado o a adquirir una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH, por las prácticas de riesgo que manejan en sus relaciones”⁸.

Además “las adolescentes a pesar de conocer sobre anticoncepción, no la utilizan por temor a ser criticadas por sus compañeros, a no ser que sean ellos quienes sugieran la utilización de algún método de anticoncepción”⁸.

La anticoncepción masculina

Según DeCherney et al²¹, “las encuestas recientes han demostrado que los varones quieren tener una mayor participación en las decisiones relativas a la anticoncepción y que las mujeres confíen en que sus parejas masculinas participen activamente en esta área”

La anticoncepción en mujeres mayores de 40 años

“La mayoría de las mujeres entre 40 a 49 años necesitan un método eficaz de anticoncepción debido a que la disminución en fertilidad con la edad es una protección insuficiente contra los embarazos no deseados. Aunque el embarazo es menos probable, las consecuencias médicas y sociales son potencialmente dañinas” así lo indica DeCherney et al.²¹

Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos se pueden clasificar en tres grandes grupos²²:

Métodos Naturales:

- Amenorrea de la lactancia
- Método del ritmo o calendario
- Método de la temperatura
- Método de Billings

Métodos de Barrera:

- Condón Femenino
- Condón Masculino
- Dispositivo Intrauterino (DIU)

Métodos Hormonales:

- Espermicidas
- Combinados Orales
- Parches transdérmicos
- Inyectables mensuales
- Inyectables trimestrales
- Implantes
- Anillos vaginales

Métodos quirúrgicos:

- Esterilización femenina
 - Tubectomía
 - Salpingectomía
 - Histerectomía
- Esterilización masculina
 - Vasectomía

Métodos naturales

“La OMS ha definido la planificación familiar natural como aquellos métodos para planear o evitar los embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las épocas fértil e infértil del ciclo menstrual”⁸.

Estos métodos no son los idóneos para ser utilizados por los adolescentes ya que estos son más propensos por sufrir de trastornos en el ciclo menstrual produciendo así la ineficacia de estos.

Entre estos están:

Amenorrea de la lactancia

Según Botero et al⁸, “Es el método que utiliza la infecundidad temporal que ocurre durante la lactancia; suprime la ovulación por el aumento en la producción de prolactina ocasionada por el estímulo de la succión”.

“El método de la amenorrea por lactancia, conocido como método MELA, se basa en la circunstancia por la cual los niveles altos de prolactina, una hormona que estimula la producción de leche en las glándulas mamarias, impiden un nuevo embarazo al ser la prolactina una hormona antagonista de las hormonas que hacen ovular a la mujer.”²³

Indicaciones²³

- Mujeres que están con amenorreas.
- Que la mujer esté practicando un régimen de lactancia exclusiva (sin dar suplementos al niño).
- Que el niño tenga menos de seis meses de edad.

Contraindicaciones²³

- Infección por VIH: las mujeres VIH positivas deben ser informadas del riesgo de transmisión al lactante y de las alternativas para alimentarlo, de modo que puedan hacer una elección informada.
- Uso de medicamentos: No se recomienda amamantar a las mujeres que están usando drogas como: anti-metabolitos, bromocriptina, ciertos anticoagulantes, altas dosis de corticosteroides, ciclosporina, ergotamina, litio, drogas radioactivas, reserpina y drogas que modifiquen el ánimo.
- Condiciones del recién nacido: como deformaciones de la boca, mandíbula o paladar, prematuridad o requerimiento de cuidados neonatales intensivos, y ciertos trastornos metabólicos que pueden hacer difícil la lactancia.

Ventajas²⁴:

- Una vez que se comienza a dar el pecho, se empieza a evitar el embarazo de inmediato.
- Es gratuito.
- Es seguro.
- No necesita receta médica.
- No interrumpe la relación sexual.
- Reduce el sangrado después de dar a luz a tu bebé.
- Es posible que la lactancia reduzca tus probabilidades de contraer cáncer de seno.

Desventajas²⁵

- El bebé solo debe ser amamantado con leche materna con ninguna otra.

- Requiere de más tiempo de disponibilidad y más energía.
- Este método solo protege contra embarazos durante los seis meses de vida del bebé.

Método del ritmo o calendario

El método del ritmo, conocido como el ritmo o método Ogino-Knaus (llamado debido a Hermann Knaus y Kyusaku Ogino) es un proceso de la anticoncepción, que consiste en estimar el momento de la ovulación con el fin de evitar el contacto sexual durante el período fértil.

Este método, así como lo indica Botero et al⁸, “se basa en la predicción de los ciclos futuros, con el conocimiento del registro de los ciclos pasados. Se requiere conocer la duración de, por lo menos, seis ciclos consecutivos para poder predecir razonablemente la duración de los próximos tres ciclos”

Tener en cuenta que el ciclo menstrual es el período comprendido entre el primer día de la menstruación y el día cuando antecede el primer día de la siguiente menstruación.

Cómo se realiza²⁶

Se registra la longitud de 6 a 12 de los ciclos menstruales usando un calendario, se debe tomar en cuenta el número de días en cada ciclo menstrual desde el primer día de la menstruación hasta el primer día de la siguiente menstruación. Para esto se debe determinar la longitud del ciclo menstrual más corto y la duración del ciclo menstrual más largo.

Determinación de la longitud del ciclo menstrual más corto:

Se debe restar el número total de 18 días del ciclo menstrual más corto. Esto va representar el primer día fértil del ciclo. Por ejemplo, si el ciclo más corto es de 26 días de duración, se resta 26 menos 18 lo que da como resultado 8.

En este ejemplo, se entiende que el primer día del ciclo va corresponder al primer día del sangrado menstrual, y el octavo día del ciclo va ser el primer día fértil.

Determinar la duración de su ciclo menstrual más largo:

Se resta 11 al número total de días del ciclo menstrual más largo. Esto representa el último día fértil del ciclo menstrual. Por ejemplo, si el ciclo más largo es de 32 días de duración, se resta 32 menos 11 que da como resultado 21.

En este ejemplo, se entiende que el primer día del ciclo va corresponder al primer día del sangrado menstrual, y el día 21 del ciclo es el último día fértil.

Contraindicaciones:

- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación y/o sangrado inter menstrual.
- Adolescentes que aún no han regularizado su ciclo menstrual y mujeres en la peri menopausia.
- Personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual.
- En el posparto o post aborto reciente.
- Durante la Lactancia materna.

Ventajas²⁷

- No existen ningún tipo de efectos secundarios.
- No se requiere ningún tipo de consumo de medicamentos hormonales.

- Es un método de costos reducidos o nulos.
- Este es el método número uno en aceptación en cuanto a restricciones éticas y religiosas.
- Su práctica convierte a las mujeres en conecedoras absolutas de su ovulación.
- Fomenta la confianza y comunicación entre pareja debido a que ambos comparte la responsabilidad de la anticoncepción.

Desventajas ²⁷

- El grado de efectividad depende del conocimiento acertado de cómo realizar los cálculos.
- No protege en ningún sentido de las ITS y VIH/SIDA.
- En periodos de crecimiento, la mayoría de mujeres se encuentra inestable, por tanto sus periodos serán muy irregulares.
- Se restringen las relaciones sexuales, ambos deberán tener suficiente autocontrol para no recurrir al acto sexual o en últimas instancias, pero en estos caso, existe altos riesgos de producirse un embarazo.
- Existen riesgos en la predicción del inicio de la ovulación.
- El ciclo menstrual puede alterarse debido a emociones fuertes, por tanto, el cálculo realizado con anterioridad queda anulado.

Método de la temperatura

“Este método se basa en cambios ligeros de la temperatura corporal basal matutina que suele ocurrir poco antes de la ovulación”, según Botero et al⁸. Este método se logra mediante la toma de la temperatura basal a nivel vaginal o rectal durante las mañanas sin haber realizado ninguna actividad física.

Forma de registro

Es importante tener una técnica apropiada para realizar el registro. Se debe tomar en cuenta los siguientes puntos⁸:

- La temperatura debe tomarse todas las mañanas antes de haber ingerido cualquier alimento o bebida.
- Es importante utilizar un termómetro con graduación de dos grados y diez divisiones por grado.
- Tomar la temperatura en el mismo lugar: oral, rectal o vaginal, dejando el termómetro por lo menos 3 minutos.
- Si el termómetro se detiene entre dos líneas, debe registrarse la menor.
- La temperatura debe marcarse poniendo un punto en el centro de un cuadro previamente diseñado, con cuadros de 5 mm como mínimo.
- Se debe iniciar un gráfico nuevo el primer día del ciclo menstrual.
- La abstinencia sexual debe mantenerse 72 horas después de iniciado el pico termógeno ovulatorio, al cabo del cual puede reanudarse y mantenerse las relaciones sexuales hasta el comienzo de la menstruación siguiente.

Ventajas

Algunas de las ventajas de usar la temperatura basal como método anticonceptivo natural, pueden ser²⁸:

- Aprendes a conocer mejor tu cuerpo.
- Evitas la carga del cuerpo con hormonas.

- No tiene efectos secundarios sobre nuestro cuerpo

Desventajas²⁸

Algunas de las desventajas de usar la temperatura basal como método anticonceptivo natural, pueden ser:

- Para que funcione el método es importante la regularidad.
- Se tiene que hacer a la misma hora.
- Al inicio del método tienes que usar otro método anticonceptivo.
- Si tienes los ciclos menstruales irregulares este método es poco efectivo.
- Enfermedades, problemas con del sueño, el alcohol y el estrés pueden alterar la temperatura basal.
- No protege frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Método del moco cervical o de Billings

Según Schorge²⁹, este método “se basa en la “sequedad” y “humedad” vaginal”. “Utilizando las secreciones de moco cervical derivados de las alteraciones hormonales y del ciclo menstrual para pronosticar la ovulación” indica DeCherney et al²¹.

Según Botero et al⁸, “Durante los días inmediatos a la menstruación, el moco forma un tapón grueso y viscoso que ocluye el cuello uterino; al tacto, la vagina se encuentra seca, “días secos”. Bajo la influencia de los estrógenos el moco cambia gradualmente, primero seco y viscoso, luego fluye abundantemente, líquido, lubricante y elástico, “días húmedos”.

Indicaciones

“No hay ninguna condición médica que restrinja su uso, salvo aquellas en que un nuevo embarazo ponga en riesgo la vida de la mujer”²⁶

Contraindicaciones

“La única restricción importante es la situación en que la mujer corre un riesgo inaceptable si se embaraza. En este caso es preciso advertirle que estos métodos no son recomendables por la elevada tasa de fracaso que se observa en el uso habitual”²⁶.

Se debe tener cuidado en las siguientes condiciones:

Edad: Después de la menarquia y en la peri-menopausia, el uso de este método puede presentar más dificultades por la irregularidad de los ciclos menstruales.

Postaborto: Las mujeres pueden aprender a reconocer las características del moco cervical para usarlo después de recuperar los ciclos menstruales. Se deben recomendar otros métodos en el intervalo.

Enfermedades crónicas: Pueden afectar la regularidad de los ciclos menstruales. Esto hace inapropiado el uso de este método para identificar el período fértil.

Ventajas

- No tiene coste económico.
- Es fácil de usar.
- Fácil de aprender.
- No requiere medicamentos y dispositivos.

- Sin efectos secundarios.
- Se puede utilizar en cualquier etapa de la vida fértil de la mujer (lactancia materna, el estrés, la pre-menopausia).
- Es moralmente aceptable en todas las culturas.
- La pareja comparte la responsabilidad en la planificación familiar.

Desventajas

- No es 100% seguro.
- Si no quieres embarazos no deseados solo puedes mantener relaciones sexuales en los días infértiles (días secos).
- Puede ser difícil identificar el moco cervical.
- No protege frente a enfermedades de transmisión sexual.

Método sintotérmico

“Este método combina los cambios del moco cervicouterino al comienzo del periodo fértil, cambios en la temperatura corporal basal durante el periodo fértil, y el cálculo del día del ciclo para definir el momento de la ovulación”²⁶.

Ventajas:

- Fácil de aprender.
- Es un método eficaz para lograr o evitar el embarazo.
- No utiliza dispositivos ni medicamentos que dañan el cuerpo o afectan la fertilidad de la pareja.
- Es seguro y saludable.

- Bajo costo.

Desventajas:

- No protege contra enfermedades de transmisión sexual.

Métodos de barrera

Según Botero⁸, "se agrupan en esta clasificación los métodos que constituyen un obstáculo mecánico que impide que el semen se ponga en contacto con la vagina o el cérvix".

El anterior autor menciona que "son métodos temporales de una eficacia estable si siguen y se cumplen todas las condiciones para su uso correcto..."

Entre ellos tenemos:

Condón femenino

"Son dispositivos de barrera diseñados para proteger el cuello uterino, la vagina, parte de la vulva y el periné. Presentan un excelente potencial para prevenir las ITS" según el anterior autor citado.³⁰

Indicaciones

- En todas las mujeres con una vida sexual activa.
- Para relaciones sexuales esporádicas.
- Cuando hay intolerancia a otros métodos.

Contraindicaciones

- Personas con hipersensibilidad o alergia al látex o alguno de los componentes del condón.
- No usar con lubricantes que sean a base de petrolato, tales como la Vaselina®.

Ventajas ³¹

- Prevenir un embarazo.
- Protegerse de las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH.
- Tener un apoyo extra que refuerce el uso de algún otro método anticonceptivo para brindar mayor protección.
- El condón es fácil de adquirir, están disponibles sin receta y no es costoso.
- Bloquean el contacto del semen que causan el embarazo.
- No necesita control médico porque no existen complicaciones con su uso.
- En relación con el SIDA se observa una reducción del riesgo de contaminación, no sólo porque obstruyen el paso del virus, sino también porque previenen otras ITS que causan úlceras y estas lesiones favorecen la penetración del virus.
- A pesar de que estudios con microscopio electrónico han demostrado que no son completamente impermeables por la presencia de poros, los usuarios de condones tienen menos riesgo que los no usuarios de contraer gonorrea, tricomoniasis o infecciones por Mycoplasma o Chlamydia y por el virus de la hepatitis C.
- Como el condón ayuda en la prevención de las ITS, también ayuda a prevenir dos afecciones resultantes de estas enfermedades: la enfermedad inflamatoria pélvica y el cáncer cervical, relacionado con el virus de papiloma humano.

Desventajas³¹

- Al igual que con otros métodos de barrera, el preservativo requiere una alta motivación porque su uso implica una interferencia en el ciclo de respuesta sexual.
- A veces los condones pueden romper o gotear.
- El que enfrenta la posibilidad de un embarazo no deseado, carece de un motivo bastante poderoso para colocarse un condón en medio de una relación sexual.
- Se pueden presentar reacciones alérgicas y se estima que el 1% de la población es alérgica al látex.
- Disminuye la sensación sexual relacionada con la incapacidad del látex de transmitir el calor y de actuar como una barrera entre la superficie irregular de la vagina y la piel del pene.

Condón masculino

“Llamado también membrana profiláctica, preservativo o goma. Es una funda de látex que se adapta al pene erecto y actúa como barrera para impedir el derrame de los espermatozoides en la vagina” así lo indica Botero et al⁸.

Según DeCherney²¹, “la ventajas del condón es que proporciona un método eficaz y económico de anticoncepción, al igual que una protección contra las infecciones de transmisión sexual...”

Indicaciones³²

- En hombres que tienen parejas ocasionales.
- Dudan de la fidelidad de su pareja.
- Tienen más de una pareja.

- Tienen una pareja con una infección crónica que puede transmitirse por relaciones sexuales, por ejemplo: VIH/SIDA, Hepatitis B y C.
- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- En personas con actividad sexual esporádica.
- Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía.

Contraindicaciones

- Personas con hipersensibilidad (alergia) al látex o alguno de los componentes del condón.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

Ventajas³²

- Previene embarazos.
- Protege de las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH.
- Tener un apoyo extra que refuerce el uso de algún otro método anticonceptivo para brindar mayor protección.
- El condón es fácil de adquirir, están disponibles sin receta y no es costoso.
- No necesita control médico porque no existen complicaciones con su uso.

Desventajas

- Al igual que con otros métodos de barrera, el preservativo requiere una alta motivación porque su uso implica una interferencia en el ciclo de respuesta sexual.

- Muchos hombres no lo utilizan porque pierden la erección, cuando interrumpen el ciclo de respuesta sexual para buscar un preservativo y colocárselo.
- A veces los condones pueden romper o gotear.
- El que enfrenta la posibilidad de un embarazo no deseado, carece de un motivo bastante poderoso para colocarse un condón en medio de una relación sexual.
- Se pueden presentar reacciones alérgicas y se estima que el 1% de la población es alérgica al látex.
- Disminuye la sensación sexual relacionada con la incapacidad del látex de transmitir el calor y de actuar como una barrera entre la superficie irregular de la vagina y la piel del pene.
- Si la vagina de la pareja no produce una buena cantidad de lubricación natural, se debe usar lubricante para reducir la abrasión del preservativo.

Dispositivo intrauterino (DIU)

Existen dos tipos de DIU “los que son inertes desde el punto de vista químico se elaboran de un material no absorbible, por lo general polietileno, y se impregnan de sulfato de bario para que sean radiopacos. Los dispositivos químicamente activos liberan cobre o progestágenos en forma continua. En la actualidad solo existen DIU activos en el comercio” así lo menciona Schorge²⁹.

Según indica Botero et al⁸ “la presencia del dispositivo induce la liberación de lisozimas que inhiben la actividad del espermatozoide. Los iones de cobre liberados por el DIU bloquean el ADN celular del endometrio y trompas e impiden el metabolismo del glucógeno. El DIU

(sistema liberador de Levonorgestrel) produce cambios en el moco cervical haciéndolo impenetrable por los espermatozoides”.

Por otro lado “los DIU no ofrecen ninguna protección contra las ITS, incluida la infección por el VIH, como lo menciona Botero et al⁸; más bien describe una estrecha relación entre este tipo de infección y muy particularmente la enfermedad inflamatoria pélvica...”

Indicaciones

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado cuatro categorías de criterios médicos de elegibilidad²².

Categoría 1: no restricción para su uso.

- Edad: > 20 años.
- Obesidad.
- Fumadora.
- Cefaleas (incluyendo jaquecas).
- Condiciones ginecobstétricas.
 - Lactancia.
 - Antecedentes de pre-eclampsia.
 - Postaborto primer trimestre.
- Postparto > 4 semanas.
- Irregularidad menstrual sin sangrado abundante.
- Enfermedad mamaria.
- Ectropión cervical.

- Lesiones pre malignas cervicales.
- Condiciones cardiovasculares.
 - Alteraciones tromboembólicas.
 - Valvulopatía cardiaca no complicada.
 - Hipertensión.
 - Isquemia cardiaca e infarto.
 - Enfermedades crónicas y otras condiciones.
- Enfermedad tiroidea.
 - Epilepsia.
- Ictericia.
- Tumores hepáticos o cirrosis.
- Hepatitis (activa o portadora).
- Enfermedad biliar.
- Esquistosomiasis (excepto urinaria con anemia).
- Paludismo.
- Anemia ferropénica.
- Tuberculosis no pélvica.
- Uso de antibióticos o anticonvulsivantes.

Categoría 2: ventaja supera el riesgo.

Esta son condiciones en las cuales las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o aprobados.

- Edad: > 20 años.

- Condiciones ginecobstétricas
 - Nuliparidad.
 - Patrones menstruales con sangrado abundante o prolongado.
 - Dismenorrea severa.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica sin embarazo posterior.
 - Anormalidades cervicouterinas (incluyendo miomas, estenosis o laceraciones cervicales) que no deformen el útero ni interfieran con la inserción.
 - Postparto < 48 horas.
 - Postaborto en el segundo trimestre.
- Condiciones cardiovasculares.
 - Valvulopatía cardíaca complicada (uso de antibióticos profilácticos).
- Enfermedades crónicas y otras condiciones.
 - Talasemia.
 - Anemia de células falciformes.
 - Anemia ferropénica.
 - Vaginitis sin flujo/sin pus cervical.
- Condiciones ginecobstétricas
 - Historia de enfermedad pélvica inflamatoria (tener en cuenta severidad, tratamiento y recuperación).
 - Postparto > de 48 horas < 4 semanas postparto (posibilidad aumentada de perforación uterina).
 - Enfermedad trofoblástica gestacional benigna.
- Riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS).

- Aumento de riesgo de ITS.
- VIH positiva o SIDA.

Categoría 3: donde los riesgos superan los beneficios.

Categoría 4: que equivale a las contraindicaciones.

- Condiciones ginecobstétricas.
 - Gestación o sospecha.
 - Sepsis puerperal o aborto séptico.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica actual o en los últimos 3 meses.
 - ITS (con afección cervical) actual o en los últimos 3 meses.
 - Anormalidad cervicouterina incompatible con la inserción.
 - Sangrado genital de causa desconocida.
 - Cáncer cervical, endometrial u ovárico.
- Enfermedades crónicas y otras condiciones.
 - Tuberculosis pélvica diagnosticada.

Contraindicaciones³¹

- En un embarazo sospechado o confirmado.
- Anomalías del útero que provocan distorsión de la cavidad uterina.
- Enfermedad pélvica inflamatoria aguda o antecedentes de EPI a menos que se haya producido un embarazo uterino anterior.
- Endometritis puerperal o aborto infectado en los últimos tres meses.

- Neoplasia cervicouterina sospechada o confirmada o estudio citológico anormal sin resolución.
- Hemorragia genital de causa desconocida.
- Cervicitis o vaginitis aguda sin tratamiento, incluso vaginosis bacteriana, hasta detener la infección.
- Parejas sexuales múltiples en la mujer o el hombre.
- Enfermedades que aumentan la predisposición a las infecciones. Por ejemplo, leucemia, SIDA y adicción a drogas intravenosas.
- Antecedentes de embarazo ectópico o de otra enfermedad que predispone el embarazo ectópico.
- Actinomicosis genital.
- Dispositivo intrauterino previo que no ha sido extraído.

Ventajas ⁸

- Reversible.
- Menor costo beneficio.
- Larga duración.
- Escasos controles.
- Independiente de la actividad sexual.
- Puede usarse durante la lactancia.

Desventajas³³

- Algunas mujeres presentan efectos secundarios después de la colocación el DIU, como por ejemplo:

- Dolor leve a moderado cuando se coloca el DIU.
- Calambres o dolores de espalda durante algunos días después de la colocación.
- Manchas de sangre entre periodos.
- Periodos menstruales irregulares.
- Periodos menstruales más intensos y dolores menstruales más fuertes.
- No protege contra enfermedades de transmisión sexual.

Métodos hormonales

Indica Schorge²⁹, que “este tipo de anticonceptivo actualmente están disponibles en varias presentaciones: píldoras, inyecciones, parches transdérmicos, implantes y anillos transvaginales”

Espermicidas

“Son sustancias químicas u orgánicas que inmovilizan o destruyen los espermatozoides. Se presentan en forma de tabletas vaginales, óvulos grasos para dispersión en la vagina después de ser colocados, o en forma de jaleas o cremas, provistas de su aplicador” según menciona Botero et al⁸.

Contraindicaciones³⁴

- Para mujeres muy sensibles en las que el espermicida puede causar irritación o alergia.
- Si deseas realizar sexo oral es mejor no utilizarlos por su mal sabor.

Ventajas³⁴

- Es un método que se puede adquirir sin prescripción médica.

- No necesita de control médico periódico.
- No requieren colaboración de la pareja.
- Es seguro si se utiliza adecuadamente, sobre todo asociado al diafragma, como complemento de los dispositivos y del condón, en la etapa fértil del ciclo y durante la lactancia.
- Tiene un valor casi nulo cuando se utiliza como método de anticoncepción de emergencia.
- Su efecto en la prevención de ETS como sífilis, gonorrea e infecciones por clamidia y de otras menos peligrosas como tricomoniasis, hongos y herpes; sin embargo, existen dudas sobre la prevención en la transmisión del virus del SIDA, por el efecto de irritación de la mucosa que tiene el nonoxynol-9 que puede favorecer la penetración del virus.
- No se han descrito complicaciones médicas importantes con su uso, aunque modernamente se ha estimulado la investigación en esta área, por el conocimiento que se tiene de la capacidad de absorción por la vagina de estas sustancias que, en teoría, pudieran tener efecto nocivo sobre la mujer y el embrión en caso de un embarazo accidental.

Desventajas³⁴

- Puede ser poco efectivo si no se usa correctamente.
- Pueden interrumpir el acto sexual.
- Esto sucede con casi todos los métodos de barrera, con todas las implicaciones sexuales y psicológicas que puede producir el tener que detener el acto sexual para producir

cualquiera de las barreras o tener que esperar a que se disuelva en vagina antes de la eyaculación.

- Las únicas complicaciones locales son las reacciones alérgicas al espermaticida o al vehículo en que está contenido y la irritación local por la acción química del producto, sobre las paredes vaginales y el pene.
- Estas son complicaciones menores que ceden sin tratamiento específico al discontinuar su uso o al cambiar la marca del producto.

Combinados orales

Estos anticonceptivos están compuestos por estrógeno, etinilestradiol y progestina. Estos tienen beneficios que han “establecido de manera razonable dentro de los cuales incluyen reducción en el riesgo de cáncer ovárico y endometrial, embarazo extrauterino, enfermedad pélvica inflamatoria, trastornos menstruales, enfermedad mamaria benigna y acné” así lo menciona DeCherney²¹.

DeCherney²¹ indica que estos anticonceptivos “reducen la pérdida menstrual de sangre, al igual que la dismenorrea”.

Contraindicaciones³⁵

- Tromboflebitis o trastornos tromboembólicos.
- Antecedentes de tromboflebitis venosa profunda o trastornos trombóticos.
- Apoplejía o arteriopatía coronaria.
- Valvulopatías cardíacas trombógenas.
- Arritmias cardíacas trombógenas.

- Diabetes con daño vascular.
- Hipertensión arterial de importancia clínica.
- Carcinoma mamario sospechado o confirmado.
- Carcinoma endometrial o alguna otra neoplasia que quizá depende de los estrógenos.
- Hemorragia genital anormal sin diagnóstico.
- Ictericia colestásica del embarazo o ictericia activa con funcionamiento hepático anormal.
- Embarazo sospechado o confirmado.
- Intervención quirúrgica mayor con inmovilización prolongada.

Ventajas³⁶

- Aumento de la densidad ósea.
- Reducción de la cantidad de sangre menstrual y la anemia.
- Reducción en el riesgo de embarazo ectópico.
- Mejoría de la dismenorrea por endometriosis.
- Menos molestias premenstruales.
- Disminución del riesgo de cáncer endometrial y ovárico.
- Reducción de diversos trastornos mamarios benignos.
- Inhibición en la progresión del hirsutismo.
- Mejoría del acné.
- Prevención de la aterogénesis.
- Reducción en la frecuencia y gravedad de la salpingitis aguda.
- Reducción en la actividad de la artritis reumatoide.

Desventajas³⁶

- Incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y tromboembólicas en mujeres fumadoras mayores de 35 años de edad.
- Puede exacerbar la migraña.
- Requiere adaptación y disciplina del uso diario.
- La efectividad puede disminuir por otros medicamentos (por ejemplo; drogas anticonvulsivantes).
- No protege contra ITS (Infecciones de transmisión sexual).
- Se puede padecer de algunos síntomas molestos, como aumento de peso, en el sangrado menstrual y sensibilidad mamaria (menos común en preparados con bajas dosis).
- Leve incremento en el porcentaje de fallos, en pacientes de 90 kg de peso o más.

Parches transdérmicos

Estos parches “se aplica en las nalgas, cara externa del brazo, porción inferior del abdomen o porción superior del torso, pero evitando las mamas. El parche se cambia cada semana durante tres semanas y posteriormente, la paciente descansa para permitir la hemorragia por supresión”²⁶.

Contraindicaciones

- Tromboflebitis o trastornos tromboembólicos.
- Antecedentes de tromboflebitis venosa profunda o trastornos tromboembólicos.
- Conocidas condiciones trombofilicas.
- Enfermedad cerebrovascular o de las arterias coronarias.

- Enfermedad cardíaca valvular con complicaciones.
- Valores persistentes de presión arterial ≥ 160 mmHg sistólica o ≥ 100 mm Hg diastólica.
- Diabetes con complicación vascular.
- Migraña con aura focal.
- Conocimiento o sospecha de carcinoma de mama.
- Carcinoma del endometrio o conocimiento o sospecha de otra neoplasia dependiente de estrógeno.
- Hemorragia genital anormal no diagnosticada.
- Ictericia colestática de embarazo o ictericia con uso anticonceptivo hormonal anterior.
- Enfermedad hepatocelular aguda o crónica con función hepática anormal.
- Adenomas o carcinomas hepáticos.
- Conocimiento o sospecha de embarazo.
- Hipersensibilidad a cualquier componente del producto.

Ventajas

- Es muy eficaz si se utiliza adecuadamente.
- Es muy práctico de usar.
- Ayuda a reducir el acné.
- Evita la disminución de la densidad ósea.
- Reduce y evita la formación de quistes en los senos y los ovarios.
- Evita el embarazo ectópico.
- Reduce el riesgo de cáncer de endometrio y ovarios.
- Evita infecciones graves en los ovarios, trompas de Falopio y útero.

- Reduce el riesgo de insuficiencia de hierro (anemia).
- Reduce el síndrome premenstrual.

Desventajas

- Si se deja de usar el parche hay riesgo de quedar embarazada inmediatamente.
- No protege contra ITS ni VIH/SIDA.
- Puede producir efectos secundarios como sangrado entre periodos, sensibilidad en los senos, cefaleas y náuseas.
- Puede presentar enrojecimiento o irritación en el sitio de aplicación.

Inyectables mensuales

Así como lo menciona Botero et al⁸, “son preparados inyectables a base de estrógeno y progestágeno sintético, para aplicación mensual intramuscular. Por su contenido inducen un patrón de sangrado regular y ofrecen gran seguridad anticonceptiva”.

Indicaciones

Para la elegibilidad la OMS las dividió en 4 categorías:

Categoría 1: sin restricción de uso.

- Varices.
- Trastornos de la tiroides.
- Infecciones y enfermedades de transmisión sexual.

Categoría 2: los beneficios superan los riesgos.

- Diabetes sin enfermedad vascular.

- Enfermedad del tracto biliar.
- Mujeres mayores de 40 años.

Categoría 3: los riesgos son mayores que los beneficios.

- Hipertensión arterial moderada (entre 149/90 y 160/100).
- Fumadoras de más de 15 cigarrillos al día en mujeres mayores de 35 años.
- Lactancia menor de 6 meses.
- Post-parto menor de 21 días.

Categoría 4: riesgos inaceptables para la salud.

- Cáncer de seno.
- Tensión arterial mayor a 160/100.
- Trombosis venosa profunda, historia de la enfermedad o actual.
- Cirugía mayor con inmovilización prologada.
- Historia o enfermedad actual de isquemia miocárdica o de accidente cardiovascular.

Contraindicaciones

- Si tienes más de 35 años y eres fumadora.
- Cuando hay un sangrado vaginal inexplicable.
- Cuando hay confirmación o sospecha de embarazo.
- Fenómenos trombóticos con coágulos de sangre en piernas o pulmones.
- Enfermedad cardiovascular.
- Presión arterial alta.
- Migraña.

- Diabetes.
- Cáncer de seno.
- Enfermedad hepática.
- Enfermedades de la vesícula biliar.
- Depresión.
- Riesgos de aumentar de peso.

Ventajas³⁶

- Son seguros.
- Son eficaces.
- Son reversibles en su efecto anticonceptivo.
- Pueden discontinuarse en cualquier momento.
- Es independiente de la relación sexual.

Desventajas³⁶

- No protege contra infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA.
- No se puede poner fin inmediatamente a los efectos.

Inyectables trimestrales

Según Botero et al⁸, “son de liberación lenta para aplicación trimestral con niveles plasmáticos anovulatorios que pueden mantenerse por periodos hasta de 150 días después de su aplicación...”

Es de bajo costo, de fácil manejo y solo presenta como efectos secundarios, amenorreas prolongadas y retardo en la recuperación de la fertilidad”.

Implantes

“Es un sistema que libera etonogestrel, el principal metabolito del desogestrel, y mantiene su eficacia hasta por tres años. En general, la varilla se inserta en la parte superior del brazo por medio de un trócar” mencionado por DeCherney²¹.

Además, se pueden insertar en la parte inferior del brazo pero en el no dominante, en el abdomen y la región glútea.

Indicaciones

La OMS divide los criterios de elegibilidad en cuatro categorías:

Categoría 1: no restricción para su uso.

- Mayor de 16 años.
- Fumadora.
- Obesidad.
- Condiciones ginecobstétricas.
 - Antecedente de preeclampsia.
 - Antecedente de embarazo ectópico.
 - Postaborto.
 - Postparto mayor de 6 semanas.
 - Lactancia mayor de 6 semanas postparto.
 - Enfermedad pélvica inflamatoria o antecedente.
 - Enfermedad mamaria benigna.
 - Erosión o ectropión cervical.

- Dismenorrea.
- Miomatosis.
- Endometriosis.
- Quistes ováricos.
- Antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional.
- Ictericia ligera.
- Diabetes gestacional.
- Riesgo de infecciones de transmisión sexual.
 - Antecedente o presencia actual de ITS.
 - Portadora de VIH.
- Condiciones cardiovasculares.
 - Desórdenes tromboembólicos.
 - Valvulopatía.
 - Hipertensión arterial leve controlada.
- Enfermedades crónicas y otras condiciones.
 - Enfermedad tiroidea.
 - Epilepsia.
 - Portadora de hepatitis.
 - Esquistosomiasis.
 - Paludismo.
 - Anemia ferropénica.
 - Tuberculosis.
 - Talasemia.

- Anemia de células falciformes.

Categoría 2: beneficios superan los riesgos.

- Edad menor de 16 años.
- Cefalea severa o migraña.
- Condiciones ginecobstétricas.
 - Enfermedad mamaria sin diagnóstico.
 - Trastornos menstruales, con o sin sangrado abundante.
 - Lesiones premalignas o cáncer de cérvix.
- Enfermedades crónicas y otras condiciones.
 - Diabetes larga duración con enfermedad vascular.
 - Antecedente de ictericia asociada a uso de anticonceptivos orales.
 - Cirrosis leve.
- Condiciones cardiovasculares.
 - Antecedente de hipertensión arterial severa.
 - Hipertensión con enfermedad vascular.
 - Antecedente de isquemia cardíaca o apoplejía.
 - Hiperlipidemias conocidas.

Categoría 3: riesgo supera beneficios.

- Condiciones ginecobstétricas.
 - Mujer lactante menor a 6 semanas.
 - Antecedente de cáncer de seno.

- Enfermedades crónicas y otras condiciones.
 - Tumores hepáticos benignos o malignos.
 - Cirrosis severa.
 - Hepatitis activa o menor de 1 año.
 - Uso de medicamentos como griseofulvina o rifampicina.
 - Uso de anticonvulsivantes como barbitúricos, fenitoina, carbamacepina.

Categoría 4: contraindicado.

- Sospecha de embarazo.
- Sangrado genital de causa desconocida.
- Cáncer de seno activo.

Ventajas

- Brinda casi el 100% de seguridad anticonceptiva hasta por 7 años.
- No necesita el control constante del médico.
- Por no contener estrógenos libera a la mujer efectos secundarios producidos por el estrés.
- No interfieren en la relación sexual.
- Luego de retirado el retorno de la fertilidad es rápido.
- Se puede retirar en el momento cuando desee.

Anillo vaginal

Según DeCherney²¹, “es flexible y libera etinilestradiol y etonogestrel con una frecuencia bastante constante... El anillo se coloca durante tres semanas de cada mes, aunque el reservorio del anillo contiene suficiente esteroide anticonceptivo para cerca de 14 días adicionales... Se

inserta en la parte más profunda de la vagina”. “Se ha diseñado para ser llevado en la vagina hasta por tres meses... Se retira una semana para permitir el sangrado” así lo indica Botero et al⁸.

Contraindicaciones³⁷

- Embarazo.
- Hipertensión arterial.
- Trastornos metabólicos congénitos o adquiridos (por ejemplo, diabetes).
- Tendencia a trombosis.
- Trastornos en la coagulación de la sangre.
- Enfermedades hepáticas.
- Tumores hormonodependientes (por ejemplo, cáncer de mama).
- Trombosis previas o actuales.
- Infarto de miocardio previo o actual, o apoplejía.
- Riesgos congénitos de trombosis, apoplejía o infarto de miocardio.

Ventajas³⁷

- No requiere una motivación diaria de uso, sino recordarlo una vez al mes y empezarlo en la fecha que corresponda.
- Sólo requiere de una visita inicial al médico y del resto el anillo se lo introduce y extrae la mujer.
- No es necesaria la asistencia de un médico, como sucede con los dispositivos intrauterinos.

- La cantidad de hormona que pasa a la circulación es menor que de lo implantes subdérmicos, endoceptivos, etc.
- Muchas mujeres que lo usan tienen un periodo menstrual más regular, breve y menos intenso.
- Tiene la ventaja sobre otros métodos de barrera como el diafragma y el capuchón cervical, es que no requiere estar ajustado en la vagina, simplemente se introduce y está listo.
- Algunas mujeres dicen que mejora su vida sexual porque las ayuda a sentirse más espontáneas.
- Después de suspender el uso del anillo la mujer recobra inmediatamente la capacidad de quedar embarazada.

Desventajas ³⁷

- Quizás la principal desventaja del método es que requiere la manipulación de los genitales por parte de la mujer y en algunas culturas eso no es muy aceptado.
- Algunas mujeres descontinúan su uso por la sensación de molestia de tener algo introducido en vagina, problemas coitales y expulsión.
- Tiene los mismos efectos secundarios de los anticonceptivos orales, pero con los avances en el desarrollo del NUVARING®, la baja dosis del medicamento hace que esto sea un problema menor.
- En ocasiones, la mujer puede tener periodos menstruales irregulares o incluso falta de reglas.

- Algunas mujeres pueden sufrir efectos secundarios no deseados al usar NUVARING®, sin embargo, muchas mujeres se adaptan a él prácticamente sin inconvenientes.
- Por ser un cuerpo extraño que se introduce en la vagina no deja de tener efectos secundarios locales, como aumento del flujo vaginal, irritación vaginal, etc.
- No se conocen las consecuencias de usar estos tipos de medicamentos, para las infecciones por hongos, con el anillo vaginal colocado durante un tiempo prolongado.
- Algunos de los efectos secundarios más comunes por lo general desaparecen después de dos o tres meses y son los siguientes: como sangrado entre períodos menstruales, sensibilidad en los senos, náuseas y vómitos.
- Podría causar efectos secundarios de más larga duración y si persisten los efectos secundarios, después de haber usado el anillo vaginal durante tres meses, consulte con su médico.

Métodos quirúrgicos

Son aquellos métodos en los cuales los resultados finales son permanentes, por lo cual es necesario brindar una adecuada educación a la hora de la elección.

Esterilización femenina

Ligadura de trompas o tubectomía

Según Botero et al⁸, “está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa que deseen un método de anticoncepción permanente y con una de las siguientes situaciones, paridad satisfecha o riesgo reproductivo”.

Salpingectomía

“Se lleva a cabo por medio de la oclusión o corte de las trompas de Falopio para evitar que un óvulo no fertilizado pase a través de las trompas donde puede ser fertilizado por un espermatozoide”, según Schorge²⁹.

Indicaciones

“La indicación para llevar a cabo este procedimiento programado es la solicitud del mismo con el conocimiento de que es un procedimiento permanente e irreversible³⁸.

Ventajas³⁹

- Método irreversible, por lo que la pareja podrá desentenderse de la anticoncepción completamente.
- No hay problema en realizarla durante la lactancia.
- Método anticonceptivo más eficaz.
- Coste a largo plazo bajo.

Desventajas³⁹

- Incapacidad de revertir la cirugía.
- No protege frente a enfermedades de transmisión sexual.
- Riesgos de una cirugía.
- Coste es elevado aunque a largo plazo resulta rentable.

Histerectomía

Es un método que se usa “para las mujeres con paridad satisfecha, la histerectomía ofrece una serie de ventajas teóricas; así como lo indica Schorge²⁹. Sin embargo, en ausencia de alteraciones uterinas, la histerectomía únicamente con fines de esterilización es difícil de justificar”.

Tipos de histerectomías

Histerectomía total: Se extrae el útero incluido el cuello del útero; Los ovarios y trompas de Falopio pueden ser o no ser removidos. Esta es la operación más comúnmente realizada.⁴⁰

Histerectomía subtotal: La parte superior del útero se elimina, pero el cuello uterino se deja en su lugar. Este tipo de histerectomía sólo puede realizarse laparoscópicamente o abdominalmente. El cuerpo principal de la matriz se elimina, dejando el cuello uterino en su lugar.⁴⁰

Histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral: se extraen el útero, el cuello uterino, las trompas de Falopio (salpingectomía) y los ovarios (ooforectomía).⁴⁰

Histerectomía radical: Se trata de una histerectomía total. Se puede recomendar si se diagnostica o se sospecha cáncer. Se extraen el útero y los tejidos circundantes, incluyendo las trompas de Falopio, parte de la vagina, ovarios, glándulas linfáticas y tejido adiposo.⁴⁰

Indicaciones

Este procedimiento está indicado en mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix, o cáncer de útero, y generalmente en cáncer de ovarios⁴¹.

“Una histerectomía es generalmente una opción válida para mujeres con miomas, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica o menstruaciones abundantes sin explicación. Si una mujer tiene prolapso de útero (descenso y salida parcial o total del útero por la vagina) se puede realizar una histerectomía como parte de la operación de reparación del prolapso”⁴¹

Además en mujeres con deseos de no quedar embarazadas.

Esterilización masculina

Vasectomía

Es la esterilización masculina o contracepción quirúrgica para el hombre. En ella se realiza “una incisión pequeña en el escroto y los conductos deferentes se seccionan para bloquear el paso del espermatozoide desde los testículos” indica Schorge²⁶. El autor antes mencionado dice que la desventaja de la vasectomía es que la esterilidad no es inmediata.

Ventajas ⁴²

- Es una operación muy sencilla, no dolorosa. Como mucho provocará algunas molestias durante unos días.
- Es el método anticonceptivo más seguro, siempre y cuando se tenga claro que no se desean tener hijos.
- No interfiere en las relaciones sexuales, ni en la capacidad de erección, ni en el deseo sexual, ni en la posibilidad de llegar al orgasmo masculino.
- Puedes retomar tu vida sexual como tarde en una semana.

Desventajas ⁴²

- Si tienes vida sexual con más de una pareja, no te protege frente a las enfermedades de transmisión sexual.
- Si tienes problemas de coagulación este procedimiento no está recomendado para ti.
- Durante los primeros meses hay que usar un método anticonceptivo adicional para evitar embarazos.
- La vasectomía reversible es un procedimiento más complejo.
- Riesgo de infecciones.

Concepto de conocimiento

Bolohlavek⁴³ indica que “el conocimiento es lo que hace que un individuo pueda utilizar herramientas para aprovechar la información que dispone y producir un resultado buscado de valor agregado”

El conocimiento puede entenderse, en relación con datos e información, como "información personalizada"; con base en el estado de la mente, como "estado de conocer y comprender"; puede definirse también como "objetos que son almacenados y manipulados"; "proceso de aplicación de la experiencia"; "condición de acceso a la información y potencial que influye en la acción"⁴⁴

Tipos de conocimientos

Conocimiento Intuitivo

“Es aquel conocimiento que utilizamos en nuestra vida cotidiana y nos permite acceder al mundo que nos rodea, de forma inmediata a través de la experiencia, ordenando en hechos particulares, es decir, tratando de relacionarla con algún evento o experiencia que hallamos vivido y se relacione con lo que estamos apreciando”⁴⁵

Nos permite resolver problemas, reaccionar a estímulos, nuevos obstáculos y situaciones inéditas. Es un conocimiento que se adquiere sin la necesidad de emplear un análisis o un razonamiento anterior.

Algunos ejemplos de este tipo de conocimiento:

- Saber cuándo una persona está feliz.
- Saber cuándo una persona está triste.
- En general, saber cuándo una persona presenta diversos estados de ánimo (soledad, nerviosismo, llorando, felicidad, agrado, desprecio, necesidad de amor, etc.).
- Las estaciones del año.

Conocimiento religioso

“Es aquel que nos permite sentir confianza, certidumbre o fe respecto de algo que no se puede comprobar”⁴⁵. Se basa en un tipo de creencia que no se puede demostrar de forma real, pero permite llevar a cabo determinadas acciones. Gracias a este conocimiento, muchas personas sienten confianza para actuar y relacionarse con los demás.

Se pueden mencionar, como ejemplos, los siguientes:

- El inicio de la vida con Adán y Eva
- Religiosamente, Jesucristo es un ser que fue enviado por el Espíritu Santo a la tierra; filosóficamente es un ser humano que fue muy humilde y sabio.
- Dios creó el universo en 7 días. Básicamente, creer en lo que la Biblia dice.
- Los rituales que se presentan en diversas culturas y tienen en cuenta un ente más allá de todo.

Conocimiento empírico

“Se refiere al saber que se adquiere por medio de la experiencia, percepción, repetición o investigación. Este tipo de saber se interesa por lo que existe y sucede, no se interesa en lo abstracto”⁴⁵. Es la experiencia que se tiene del medio natural, se produce a través de nuestros sentidos y de la manera en cómo se percibe la realidad.

A este tipo de conocimiento corresponderían los siguientes ejemplos:

- Aprender a escribir.
- El conocimiento de idiomas solo es posible si se los practica de manera escrita y, además si se escucha a personas hablando.
- Reconocer el color de las cosas. Es por medio de la experiencia y aprendizaje inconsciente que nos han inculcado nuestros padres.
- Aprender a caminar o andar en bicicleta, manejar un vehículo, etc.

Conocimiento filosófico

A través de la historia de la humanidad, la necesidad por conocer lo que es el hombre, el mundo, el origen de la vida y saber hacia dónde nos dirigimos ha sido una gran inquietud. Las respuestas se han ido acumulando y surgen muchas más preguntas. “Es aquel razonamiento puro que no ha pasado por un proceso de praxis o experimentación metodológica para probarlo como cierto”⁴⁵.

Ejemplos:

- Todos somos filósofos en alguna parte de nuestras vidas, en cierto momento, desde escribir una carta de amor, una canción; hasta una larga reseña de lo que es la vida.
- El pensamiento filosófico no se limita a opiniones ni argumentos comprobables o sometidos a un análisis metodológico.

Conocimiento científico

“Es apoyado por una suposición y su comprobación, que sigue un método riguroso y que sus conclusiones son objetivas, esto es, independientemente de la voluntad o subjetividad de las personas que participan en el proceso de investigación”⁴⁵. El conocimiento científico se apoya de la investigación, analizar, buscar una explicación factible, reconocer y recorrer un camino para llegar a largas conclusiones.

Ejemplos:

- Observar detalladamente un fenómeno, generar una teoría y buscar una explicación mediante un análisis. Poner a prueba esa teoría y comprobar los resultados.
- La tierra gira en torno al sol.

- Los antibióticos atacan efectivamente las enfermedades.

Importancia del conocimiento en la toma de decisiones

Choo mencionado por Rodríguez indica que “en la mayoría de las situaciones, no se posee una información completa sobre todas las opciones factibles, o no podemos permitirnos el tiempo y el costo de obtener ese conocimiento”.⁴⁶

Choo también mencionado por Rodríguez afirma “en situaciones complejas e importantes, las personas que toman decisiones importantes intentan reunir una gran cantidad de información antes de hacer su lección final”.⁴⁶

Y por otra parte, Moody igualmente mencionado por Rodríguez plantea “en ocasiones se cuenta con información adicional que puede generar problemas a la hora de tomar decisiones”⁴⁶.

Estas valoraciones confirman que la información y el conocimiento constituyen recursos estratégicos para poder desarrollar los procesos cognitivos e informacionales que intervienen en la toma de decisiones.⁴⁶

Concepto de toma de decisiones

Artieta & González citado por Salinas & Rodríguez⁴⁶ dice que “la toma de decisiones es: Un proceso amplio que puede incluir, tanto la evaluación de las alternativas, el juicio, como la elección de una de ellas”

“Las decisiones son una parte esencial de la vida, tanto dentro como fuera del trabajo. Los ejecutivos son los responsables de decidir entre dos o más opciones. La toma de decisiones

abarca todo el proceso que supone tomar decisiones adecuadas y eficaces, desde la liberación inicial hasta la puesta en práctica”⁴⁶

“Una decisión es un juicio o una elección entre dos o más opciones, y es algo que surge en innumerables situaciones, ya sea para solucionar un problema, ya sea para aplicar una medida. Por definición, los directivos han de saber tomar decisiones”⁴⁷

Una decisión consiste en elegir entre diversas posibilidades, y es el ejecutivo quien hace tal elección. Una decisión puede tomarse de manera inmediata, pero suele suponer un proceso de identificación, análisis, evaluación, elección y planificación. Para llegar a una decisión debe definirse el objetivo, enumerar las opciones disponibles, elegir entre ellas y luego aplicar dicha opción. Las decisiones y el proceso de tomarlas son fundamentales en la gestión.

Se pueden identificar principalmente las siguientes etapas en la toma de decisiones luego de un necesario y generoso input de información, para llevar a cabo este proceso:⁴⁸

Identificar y analizar el problema

Este proceso se basa en encontrar el problema y reconocer que se debe tomar una decisión para llegar a la solución de éste. El problema puede ser actual, o potencial, porque se estima que existirá en el futuro⁴⁸.

Identificar los criterios de decisión y ponderarlos

Se refiere a aquellos aspectos que son relevantes en el momento de tomar la decisión, es decir, aquellas pautas de las cuales depende la decisión que se tome⁴⁸. “Cada individuo responsable de tomar decisiones en una organización posee un abanico de criterios que lo guían en su

cometido, y es importante conocer cuáles se tienen en cuenta y cuáles se omiten, ya que estos últimos resultarán irrelevantes para el encargado de tomar la decisión”.⁴⁹

Definir la prioridad para atender el problema

La definición de la prioridad se basa en el impacto y en la urgencia que se tiene para atender y resolver el problema⁴⁸. “Priorizar de forma correcta los criterios seleccionados en la etapa anterior, puesto que no todos van a tener la misma relevancia en la toma de la decisión final. Normalmente, existe un criterio preferente, y el resto se pueden ponderar comparándolos entre ellos y valorándolos en relación con el preferente”.⁴⁹

Generar las alternativas de solución

Consiste en desarrollar distintas posibles soluciones al problema. Cuantas más alternativas se tengan va ser mucho más probable encontrar una que resulte satisfactoria. Técnicas, tales como la lluvia de ideas, las relaciones forzadas, etc. son necesarias en esta etapa en la cual es importante la creatividad⁴⁸.

Evaluar las alternativas

Se trata de un estudio detallado de cada una de las posibles soluciones que se generaron para el problema, es decir, mirar sus ventajas y desventajas, de forma individual con respecto de los criterios de decisión, y una con respecto de la otra, asignándoles un valor ponderado⁴⁸.

Elección de la mejor alternativa

En este paso se escoge la alternativa que, según la evaluación va a obtener mejores resultados para el problema⁴⁸. Existen técnicas (por ejemplo, análisis jerárquico de la decisión) que nos ayudan a valorar múltiples criterios.

“Una vez establecidas y presentadas todas las alternativas, y una vez evaluadas por el responsable de la toma de decisiones, según los criterios establecidos y jerarquizados, es el momento de elegir una sola alternativa: la mejor de las presentadas según el procedimiento establecido”.⁴⁹

Aplicación de la decisión

Poner en marcha la decisión tomada para así poder evaluar si la decisión fue o no acertada. La implementación probablemente derive en la toma de nuevas decisiones, de menor importancia⁴⁸.

“Una vez completado el proceso de selección de la decisión a ejecutar, cobra una importancia, también, vital la aplicación de ésta. Lo primero que hay que hacer para llevar a cabo la decisión es comunicarla a las personas afectadas y conseguir que se comprometan con ella. Es más fácil conseguirlo si las personas responsables de ejecutar una decisión participan en el proceso. Estas decisiones se llevan a cabo desde una planificación, organización y dirección efectivas”.⁴⁹

Evaluación de los resultados

Después de poner en marcha la decisión es necesario evaluar si se solucionó o no el problema, es decir, si la decisión está teniendo el resultado esperado o no. Si el resultado no es el que se esperaba se debe mirar si es porque debe darse un poco más de tiempo para obtener los resultados o si definitivamente la decisión no fue la acertada, en este caso se debe iniciar el proceso de nuevo para hallar una nueva decisión⁴⁸.

Existen nueve métodos para la toma de decisiones

1. Pros y contras: un primer acercamiento a cualquier resolución es hacer una lista de beneficios y perjuicios de las diferentes opciones. En ese caso, se debe evitar el sesgo. Es conveniente preguntarle a alguien externo para buscar tener una posición mesurada⁵⁰.

2. Matriz Eisenhower: muy útil para ubicar las prioridades entre un sin número de acciones que no pueden hacerse al mismo tiempo⁵⁰.

Mide en un eje lo importante y en el otro lo urgente, ubicando lo que requiere una atención inmediata y lo que se puede dejar para después o delegar.

3. FODA: es un análisis que nos ayuda a ubicar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de un determinado proyecto⁵⁰.

En el terreno personal es una buena guía para hacer un estudio un poco más detallado de las implicaciones de una decisión.

4. Océano Azul: es una matriz de cuatro cuadrantes que sobre un producto en particular sirve para definir: ¿qué eliminar?, ¿qué reducir? ¿Incrementar? o ¿crear? ⁵⁰. Es una buena forma de forzar la creatividad en las alternativas de inversión.

5. Mapas mentales: tienen la gran ventaja de ser visuales y permiten hacer todas las ramificaciones de un evento. Es una buena guía para repasar e ir agregando pendientes o consecuencias.⁵⁰

6. Kepner y Tregoe: es un esquema en el que se ponderan las características de cada opción para valorarlas de manera específica e incluso considerar aspectos cualitativos. También, hace énfasis en los planes de contingencia.⁵⁰

7. Diagrama de Ishikawa o de espina de pescado: llamado así por la figura que se desarrolla visualmente, sirve para definir cada una de las causas de una situación.⁵⁰
8. Diagrama de decisiones eficientes: busca tener un ciclo completo, en el que se realizan los siguientes pasos: diagnóstico, alternativas, escenarios, riesgos, resolución y retroalimentación.⁵⁰
9. Árboles de decisión: se van derivando las consecuencias de la resolución en secuencia y los posibles cursos de acción por seguir.⁵⁰

Concepto de relación

“Es una conexión o vínculo establecido entre dos entes, lográndose así una interacción entre los mismos”⁵¹

2.1.1 Modelos y teorías

Según Raile & Marriner⁵², las teorías tienen una gran importancia debido a que “la teoría no sólo es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que también, es crucial para la práctica de la enfermería profesional”.

Dichas autoras mencionan, también, que “la teoría contribuye a aumentar la autonomía profesional de la enfermera guiando la práctica, formación e investigación dentro de la profesión”⁵².

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

En la siguiente investigación se utiliza el modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender.

El primer contacto de Nola J. Pender con la enfermería profesional fue a los 7 años, cuando observaba el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada. Pender contribuye al

conocimiento enfermero de la promoción de la salud mediante su investigación, enseñanza, presentaciones y escritos⁵².

Pender nació el 16 de agosto de 1941 en Lansing, en Michigan. Era hija única y sus padres eran partidarios de que las mujeres también recibieran educación. El apoyo de su familia en su objetivo de convertirse en enfermera la lleva a asistir a la escuela de enfermería del West Suburban Hospital de Oak Park (Illinois). La elección de esta escuela vino dada por sus vínculos con el Wheaton College y su fuerte base cristiana. Obtiene su diploma en enfermería en 1962 y empezó a trabajar en una unidad médico-quirúrgica y, posteriormente, en una unidad pediátrica en un hospital de Michigan. En 1964, Pender se gradúa en enfermería en la Michigan State University en East Lansing. Completa un máster en el crecimiento y el desarrollo humano por la Michigan State University en 1965. Completa su programa de doctorado en psicología y educación en 1969 en la Northwestern University de Evanston⁵².

Dicho modelo tiene como principales supuestos los siguientes: como primer supuesto se tiene que “las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana”⁵²

El segundo supuesto “las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias”⁵²

El tercer supuesto “las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad”⁵²

El cuarto supuesto “los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta”⁵²

El quinto supuesto “las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo”⁵²

El sexto supuesto “los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida”⁵²

El séptimo supuesto “la reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta”⁵²

Este modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. La promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano.

En su primer libro, afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud. En la cuarta edición aparecen catorce afirmaciones teóricas derivadas del modelo: la primera señala que “la conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud”⁵²

Como segunda, indica que “las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal”⁵²

Como tercer punto “las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta rel”⁵²

La cuarta manifiesta “la competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta”⁵²

Como quinto reza que “la eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica”⁵²

Como sexta “el afecto positivo hacia una conducta lleva una eficacia de uno mismo más percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo”⁵²

Como séptima “cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción”⁵²

Como octava señala que “es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ellas modelan su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla”⁵²

Como novena “las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud”⁵²

Como décimo “las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud”⁵²

Como undécimo punto “cuanto mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo”⁵²

Como doceavo punto “el compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata”⁵²

Como décimo tercer punto “es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta”⁵²

Como décimo cuarto, que “las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud”⁵²

En la actualidad, es de suma importancia que en la formación de la enfermera (o) se de gran énfasis en la parte de la promoción de la salud ya que es uno de los pilares más importantes, si no el más importante de toda nuestra profesión. Como indica Pender, “el modelo de promoción de la salud aporta una solución a la política sanitaria y la reforma del cuidado de salud, permitiendo así que las personas se motiven para que ellos mismos logren una mejor salud personal”.

Metaparadigmas, según Nola J. Pender

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables⁵³.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal⁵³.

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general⁵³.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud⁵³.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo, ya que se realiza una recolección de datos con el fin de realizar un análisis y una interpretación estadística para comprobar el conocimiento y la toma de decisiones de las personas hacia la práctica de la planificación familiar mediante los resultados obtenidos.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo descriptivo debido a que su enfoque busca determinar el conocimiento que tienen las personas y su toma de decisiones frente la planificación familiar.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

La unidad de estudio está conformada por cada persona casada o en unión libre que se encuentra en edad reproductiva, que habita en el cantón de San Rafael de Heredia, en el periodo de febrero 2018.

3.3.1 Población

Se cuenta con un total de 8776 personas en unión libre y 28998 personas casadas para un total de 37774, que se encuentran en edad reproductiva, del cantón de San Rafael de Heredia en el periodo febrero 2018.

3.3.2 Muestra

Es no probabilística ya que la población en estudio cuenta con determinados criterios de investigación y se calcula mediante el teorema de línea central; por lo tanto, la muestra es de 100 personas.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

TABLA DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Personas que su estado civil sea casada (o) o en unión libre.	Personas que su estado civil sea soltera (o), divorciada (o), viuda (o).
Personas que vivan en el cantón de San Rafael de Heredia.	Personas que viven en los cantones de Barva, Santo Domingo, San Pablo de Heredia.
Personas heterosexuales que se encuentren entre un rango de edad de 15 a 50 años.	Personas heterosexuales que no se encuentren en edad reproductiva.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1 Validez y confiabilidad del cuestionario

El cuestionario utilizado es de elaboración propia y, según el Alpha de Crombach cuenta con un 60% de validez y confiabilidad; para obtener este resultado, se toman en cuenta las preguntas #16, #20, #22 y #23 del cuestionario aplicado.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación es no experimental ya que no hay manipulación deliberada de variables y es de corte transversal porque recolecta información en un momento único de la investigación.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.6.1 Factores sociodemográficas

Los factores sociodemográficos son variables independientes

Definición conceptual: características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tamaño de la familia [...] Esto se hace para cada miembro de la población.⁵⁴

Definición operacional: Son todas aquellas características que son propias de cada persona y que las identifica.

Dimensión: sociales, laborales, demográficas.

Indicadores: edad, sexo, religión, grado académico, estado civil, religión, ocupación, lugar de residencia.

Instrumento: preguntas de la 1 a la 8.

3.6.2 Conocimiento de la planificación familiar

El conocimiento es una variable independiente.

Definición conceptual: Bolohlavek⁴³ indica que “el conocimiento es lo que hace que un individuo pueda utilizar herramientas para aprovechar la información que dispone y producir un resultado buscado de valor agregado”

Definición operacional: Es toda aquella información que saben las personas sobre el tema de planificación familiar.

Dimensión: Conocimiento científico y empírico

Indicadores: planificación familiar, beneficios de la planificación familiar, métodos anticonceptivos, tipos de métodos anticonceptivos.

Instrumento: preguntas de la 9 a la 15

3.6.3 Toma de decisiones de la pareja

La toma de decisiones es una variable dependiente.

Definición conceptual: Artieta & González citado por Salinas & Rodríguez⁴⁶ dice que “la toma de decisiones es: Un proceso amplio que puede incluir tanto la evaluación de las alternativas, el juicio, como la elección de una de ellas”

Definición operacional: Por qué las personas deciden poner en práctica la planificación familiar y por qué deciden el método por utilizar.

Dimensión: Social y personal.

Indicadores: Criterios para la toma de decisiones.

Instrumento: preguntas de la 16 a la 21.

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Identificar los factores sociodemográficos de las personas; San Rafael, Heredia, febrero 2018.	Aspectos sociodemográficos	Características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tamaño de la familia [...] Esto se hace para cada	Conjunto de variables en los que conforman una población. Siendo estos indispensables para la descripción social y de salud de cada individuo de	Sociales	Edad	Pregunta 1
					Sexo	Pregunta 2
					Grado académico	Pregunta 3
					Estado civil	Pregunta 4
					Cantidad de hijos	Pregunta 5
					Religión	Pregunta 6
				Laborales	Ocupación	Pregunta 7
				Demográficas	Lugar de residencia	Pregunta 8

		miembro de la población.	una población.			
Indicar el conocimiento de la personas sobre la planificación familiar; San Rafael, Heredia, febrero 2018.	Conocimiento	Bolohlavek indica que “el conocimiento es lo que hace que un individuo pueda utilizar herramientas para aprovechar la información que dispone y producir un resultado	Es toda aquella información que saben las personas sobre el tema de planificación familiar.	Conocimiento científico y conocimiento empírico	Planificación familiar. Beneficios de la planificación familiar Tipos de métodos anticonceptivos Métodos anticonceptivos	Preguntas 9 Pregunta 10 Pregunta 11 Preguntas de la 12 a la 15

		buscado de valor agregado”				
Identificar el proceso de toma de decisiones de las personas hacia la planificación familiar; San Rafael, Heredia, febrero 2018.	Toma de decisiones	Artieta & González citado por Salinas & Rodríguez dice que “la toma de decisiones es: Un proceso amplio que puede incluir, tanto la evaluación de	Por qué las personas deciden poner en práctica la planificación familiar y por qué deciden el método a utilizar.	Social y Personal	Practicaron planificación familiar. Método que utilizaron. Porqué motivo utilizó el método Quién utilizó el método de planificación Porqué utilizaron la planificación familiar	Pregunta 16 Pregunta 17 Pregunta 18 Pregunta 19 Pregunta 20

		las alternativas, el juicio, como la elección de una de ellas”			Durante cuánto tiempo planificaron.	Pregunta 21
					Ayuda profesional	Pregunta 22
					Tipo de ayuda buscada	Pregunta 23
					Es necesario la guía de un profesional	Pregunta 24

3.7 PLAN PILOTO (VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS)

Para la investigación actual, se realiza un plan piloto que se le aplica a una muestra de 10 personas, del cantón de San Rafael de Heredia, en edades entre los 20 y 50 años.

Se realiza cambio de la pregunta 12 a la 15, convirtiéndolas en preguntas de opción múltiple para mayor facilidad de los entrevistados en el momento de dar las respuestas. La pregunta número 17 y 18 se decide que sean preguntas abiertas para permitirles a las personas dar su respuesta ampliamente sin encasillar las respuestas.

Tres de las personas a las que se les aplica manifestaron la necesidad de colocar más opciones en el estado civil, pero se les explica que para la investigación solo se contempla los dos estados civiles ahí mencionados (Casado (a) y unión libre), los demás no son de interés personal para el desarrollo de ésta. Es importante que si la persona no cumple con uno de estos estados civiles, no puede continuar con la contestación del instrumento, ya que con otro estado civil cumple con un criterio de exclusión.

Por lo demás no hay ninguna observación o problemas más identificados en el cuestionario, al contrario, los participantes de este plan piloto manifiestan que las demás preguntas están planteadas de manera entendible, sencillas y que el número de preguntas corresponden a una cantidad considerable para una investigación.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

En este capítulo se representan los resultados de la investigación por medio de 9 figuras y 6 tablas que se detallan a continuación.

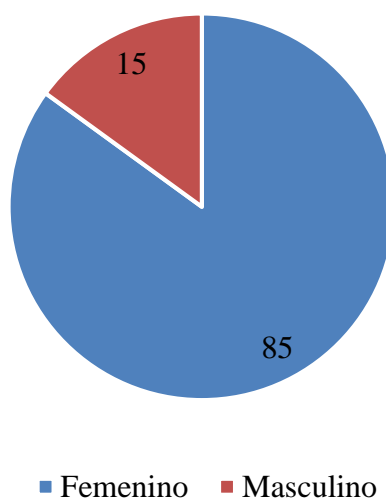


Figura N° 1 Cantidad de personas entrevistadas, según sexo, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se distribuye la población, según sexo, en donde 85 de los entrevistados son mujeres lo cual equivale a un 85% de la población entrevistada. Por otra parte, 15 de los entrevistados son hombres lo cual corresponde a un 15% de la población entrevistada.

Tabla N° 1 Edad de las personas entrevistadas, según sexo, San Rafael, Heredia, 2018.

Edad	Femenino	Masculino	Edad	Femenino	Masculino	Edad	Femenino	Masculino	Total
20	0	0	30	5	0	40	2	1	
21	0	0	31	7	1	41	1	0	
22	5	0	32	4	2	42	1	0	
23	2	0	33	9	1	43	0	0	
24	1	0	34	4	0	44	0	0	
25	3	1	35	4	0	45	2	2	
26	4	0	36	8	1	46	0	0	
27	2	1	37	5	1	47	0	0	
28	3	2	38	4	1	49	0	0	
29	6	1	39	3	0	50	0	0	
Total	26	5		53	7		6	3	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se puede observar la cantidad de personas entrevistadas por edad según sexo, de los valores más notables se encuentra, que por sexo femenino la edad 33 es la que más prevalece, seguida de las de 36 años, mientras que por el sexo masculino hay más hombres en edades de los 28 y 32 años. Mientras que por el sexo femenino la edad que menos prevalece es de los 43 a los 50 años, mientras que en los varones va de los 41 a los 50 años de edad.

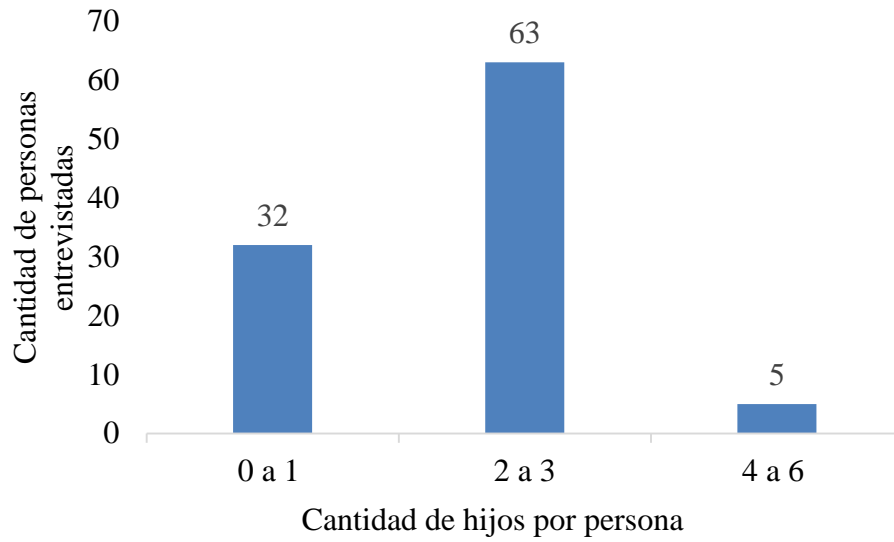


Figura N° 2 Cantidad de hijos por personas entrevistadas, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se realiza la distribución de hijos por cada persona entrevistada, en la cual 32 de las personas entrevistadas indicaron tener entre 0 a 1 hijo, 63 de las personas entrevistadas señalaron tener de 2 a 3 hijos y los 5 restantes, de 4 a 6 hijos.

Tabla N° 2 Nivel de escolaridad de las personas entrevistadas, según sexo, San Rafael,

Heredia, 2018.

Nivel de escolaridad	Femenino	Masculino
Primaria Incompleta	1	0
Primaria Completa	8	1
Secundaria Incompleta	17	4
Bachiller en educación media	21	1
Técnico	6	0
Universidad Incompleta	7	0
Universidad Completa	23	8
Postgrado	0	1
Diplomado	1	0
Doctorado	1	0
Total	85	15

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se muestra el nivel de escolaridad de las personas entrevistadas, según sexo; en el sexo femenino se puede observar que la mayoría de las mujeres entrevistadas tiene un grado académico universitario el cual corresponde a 23% de las entrevistadas, seguido por un 22% que corresponde a mujeres con un grado académico de bachiller en educación media, y el 17% de las mujeres corresponde a una secundaria incompleta, siendo estos los datos más significativos en el sexo femenino. Mientras que con los hombres el 8% de la población masculina tiene grado académico universitario siendo éste el de mayor puntaje, seguido de un 4% con secundaria incompleta.

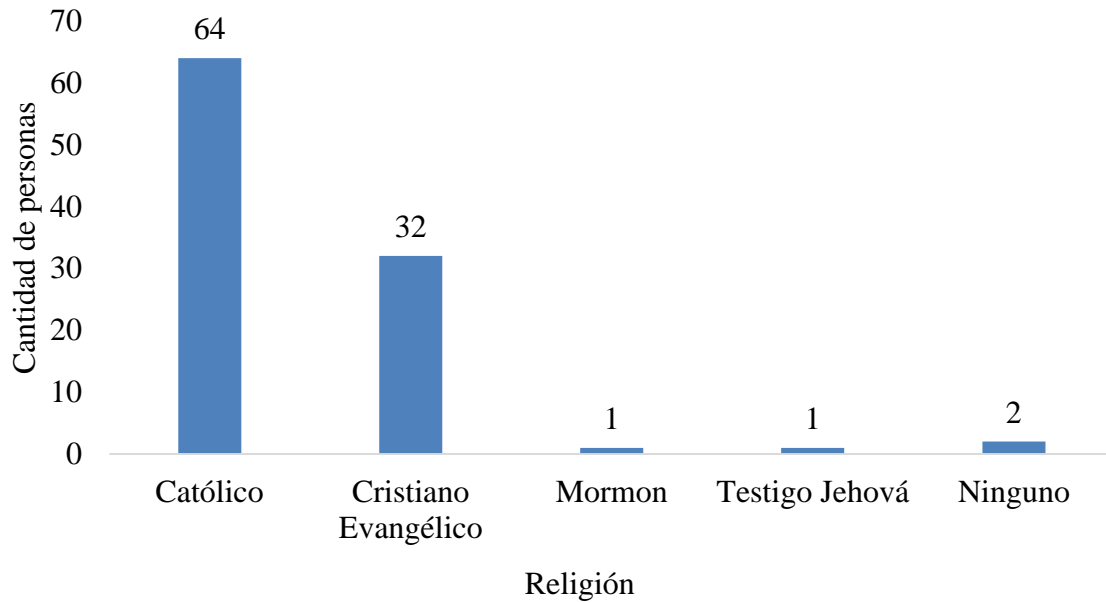


Figura N° 3 Cantidad de personas, según religión, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se realiza la distribución, según la religión que practican dando como resultado que la mayoría de los entrevistados profesa la religión católica, siendo éste el 64% de la población entrevistada, seguido por la cristiana evangélica con un 32% de la población, con un 1% se encuentra a la religión mormona y testigo de Jehová y el 2% faltante indicó no practicar ninguna religión en particular.

Tabla N° 3 Profesión u oficio de las personas entrevistadas, San Rafael, Heredia, 2018.

Profesión u oficio	Cantidad de personas	Ocupación u oficio	Cantidad de personas
Administrador	5	Domestica	1
Ama de Casa	43	Electricista	1
Asistente Redes	4	Entrevistador	1
Auxiliar Contable	2	Estilista	1
Auxiliar de enfermería	1	Estudiante	2
Ayudante	1	Finanzas	1
Bienes Raíces	1	Ingeniero Civil	1
Biología Forense	1	Ingeniero Soporte Técnico	1
Cajera	1	Manicurista	1
Cantante	1	Médico Veterinario	1
Carnicero	1	Oficinista	1
Chofer Tráiler	1	Operario de producción	1
Comerciante	3	Secretaria	1
Contador	3	Supervisor Ventas	1
Content Producer	1	Técnico en construcción	1
Contratista	1	Técnico en dibujo	1
Digitador	1	Telefonista	1
Diseñadora Modas	1	Transportista	1
Docente	5	Ventas	4
Total	77		23

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se observa las distintas profesiones u oficios de los participantes de la investigación, se puede observar que la información obtenida abarca distintos campos profesionales; dentro de los más mencionados se encuentran ama de casa de los cuales corresponde al 43% de la población entrevistadas, posteriormente, con un 5% se encuentran administradores y docentes, seguido por un 4% asistente de redes y personas que se dedican a las ventas.

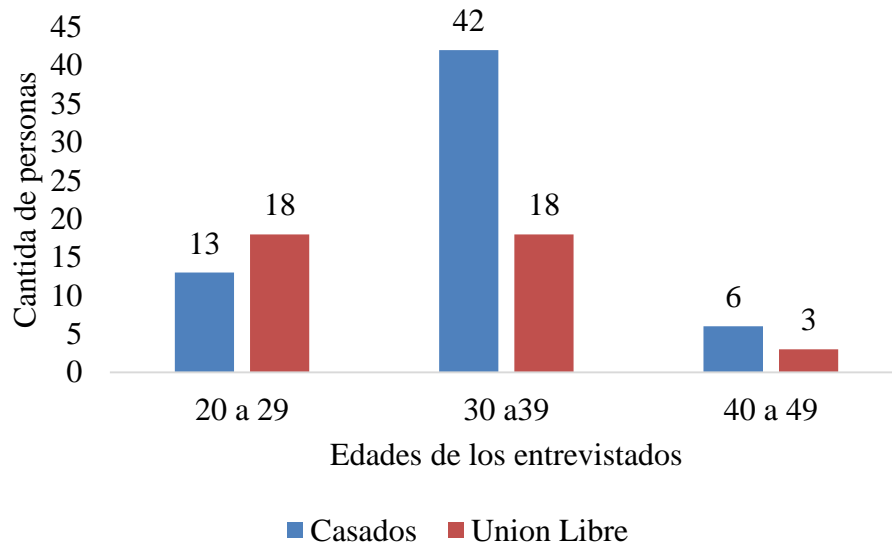


Figura N° 4 Cantidad de personas, según en estado civil, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se puede observar que el 42% de las personas entrevistadas son casadas y tienen edades entre los 30 a los 39 años de edad, mientras que el 13 % de los entrevistados que son casados se encuentran en edades entre los 20 a los 29 años de edad; por otro lado, las personas en unión libre en edades entre los 20 a los 29 años de edad y de los 30 a los 39 años de edad tienen la misma cantidad con un 18% de la población cada una.

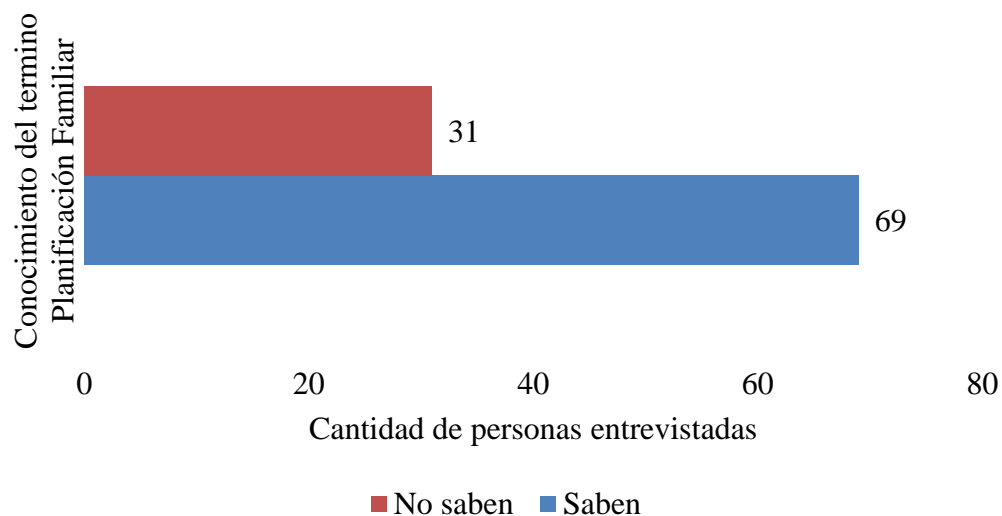


Figura N° 5 Cantidad de personas entrevistadas, según conocimiento sobre el término planificación familiar, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se realiza la distribución de las personas de acuerdo que si tienen o no el conocimiento correcto sobre el significado del término Planificación Familiar; donde el 69% de la población corresponde a aquellos que su conocimiento es correcto al tema desarrollado, mientras que el 31% de la población entrevistadas desconoce el significado correcto del tema.

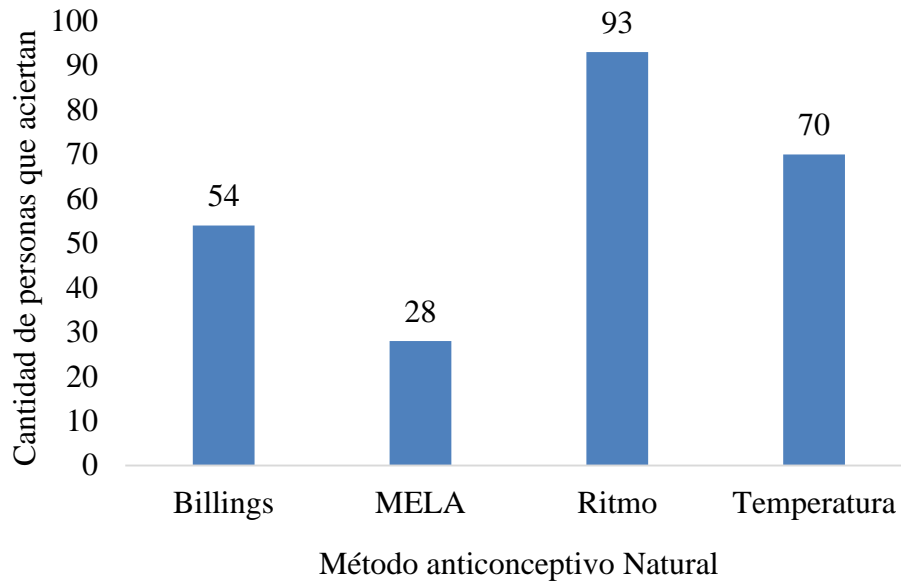


Figura N° 6 Cantidad de personas entrevistadas que aciertan en los cuatro tipos de método anticonceptivo natural, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

De acuerdo con las personas entrevistadas y que acertaron en los cuatro métodos anticonceptivos naturales, se puede observar que; el ritmo es el de mayor puntaje con el 93% de la población entrevistada, seguido por la temperatura con un 70% de la población entrevistada, en tercer lugar, se tiene el Billings con un 54% de la población y por último, al MELA con un 28% de la población que acierta en este método.

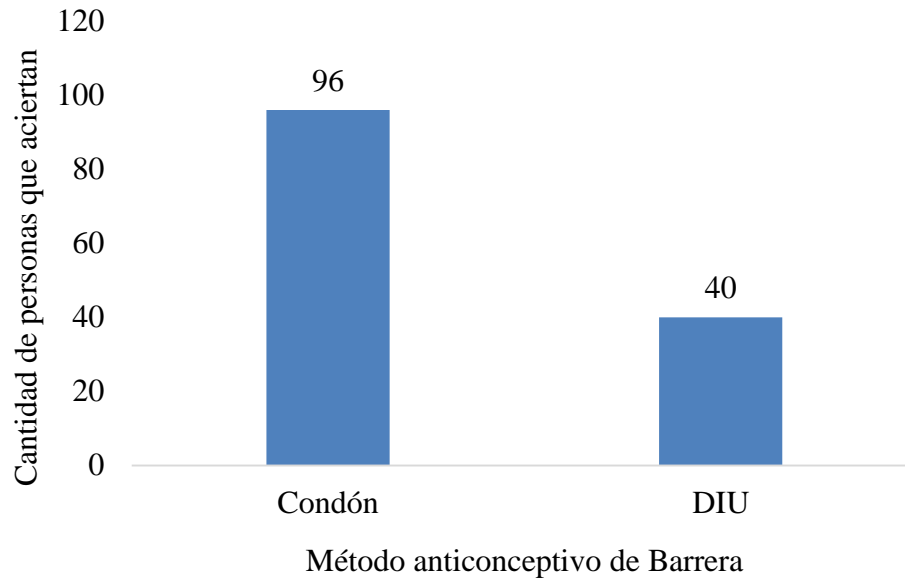


Figura N° 7 Cantidad de personas entrevistadas que aciertan en los dos métodos anticonceptivos de barrera, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

De las personas entrevistadas y que acertaron en los dos tipos de métodos anticonceptivos de barrera; donde el de mayor puntaje fue el condón con un 96% de la población entrevistada que acierta con este método, mientras que el 40% de la población entrevistada acierta con el DIU como método de barrera.

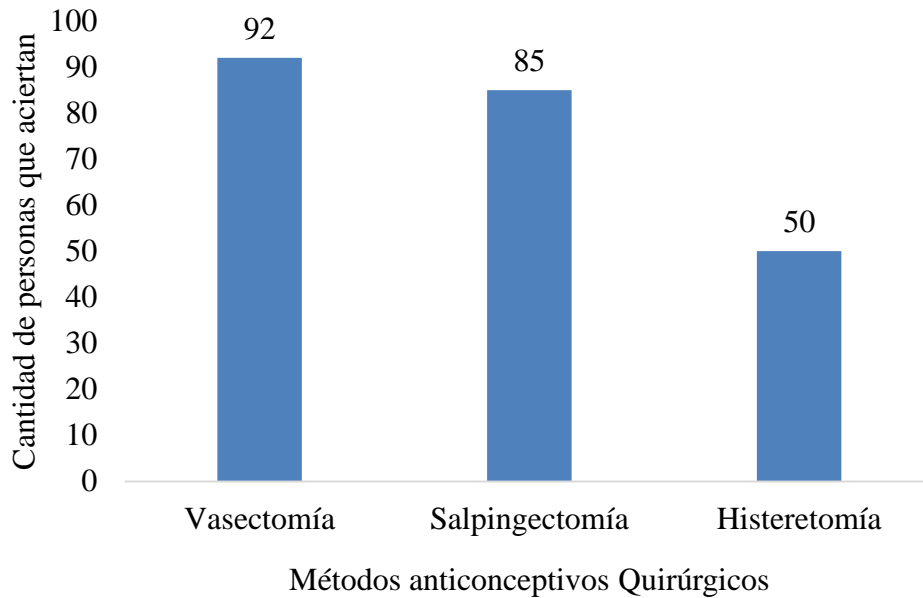


Figura N° 8 Cantidad de personas entrevistadas que aciertan la respuesta sobre los tres tipos de métodos anticonceptivos quirúrgicos, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Según las personas que acertaron la respuesta sobre los tres tipos de métodos anticonceptivos quirúrgico, se pudo obtener que; el 92% de la población entrevistada acierta con el método de la vasectomía para los hombres, mientras que el 85% de la población, con la Salpingectomía y un 50% de la población entrevistada, con la histerectomía siendo estos dos últimos métodos aplicados en las mujeres como métodos anticonceptivos quirúrgicos.

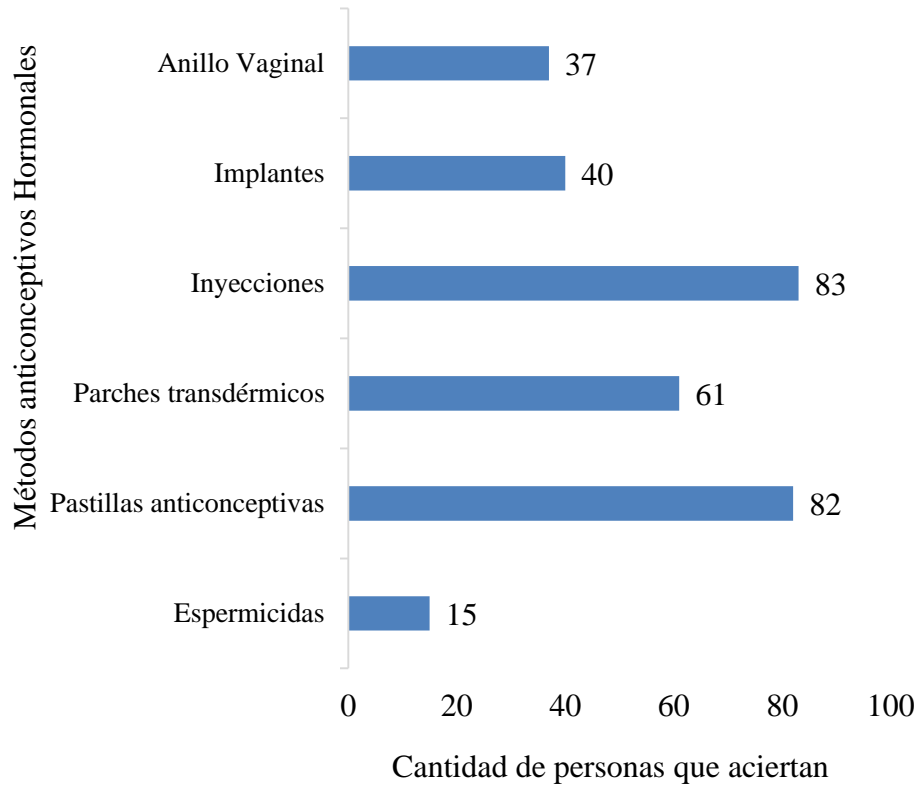


Figura N° 9 Cantidad de personas entrevistadas que aciertan en los seis tipos de métodos anticonceptivos hormonales, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Según la cantidad de personas que acertaron en los seis tipos de métodos anticonceptivos hormonales, se puede observar que; el 83% de la población entrevistada acierta con las inyecciones, seguido por un 82% de la población que atina con las pastillas anticonceptivas, el 61% de la población, señala a los parches transdérmicos, seguido del 40% con los implantes y un 37% al anillo vaginal y con el menor puntaje los espermicidas un 15% de la población entrevistada.

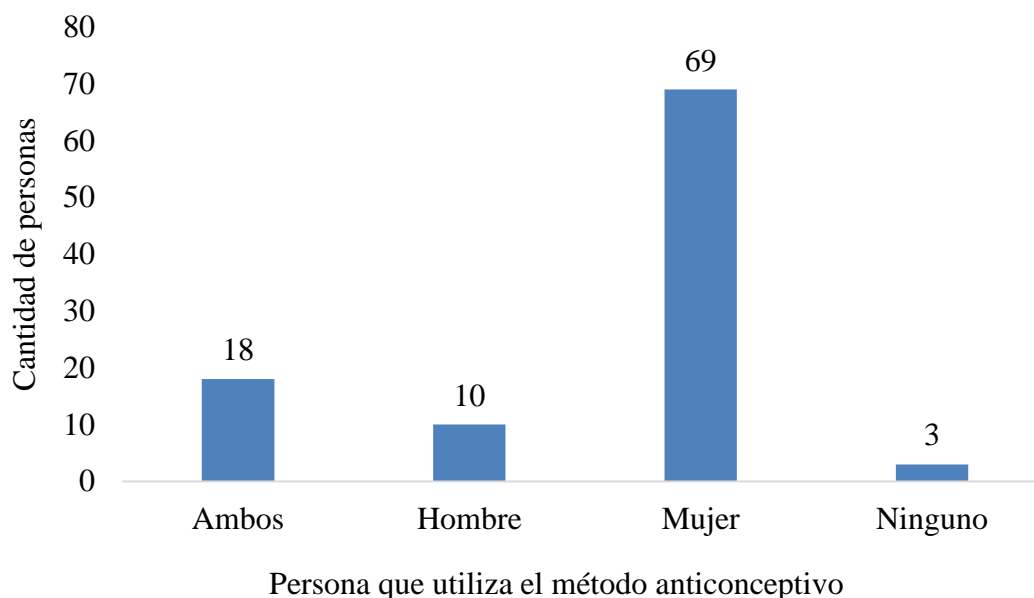


Figura N° 10 Cantidad de personas entrevistadas que utilizan algún método anticonceptivo según el sexo, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se observa que, según quién de los dos integrantes utilizan algún método anticonceptivo; según los resultados obtenidos el 69% del total de la población entrevistada indica que las mujeres son quienes emplean algún método anticonceptivo, un 18% de la población entrevistada manifiesta ser ambos quienes utilizan algún método anticonceptivo, mientras que el 10% del total de la población entrevistada señala que los hombres son quienes usan algún método anticonceptivo y un 3% indica que ninguno emplea métodos anticonceptivos.

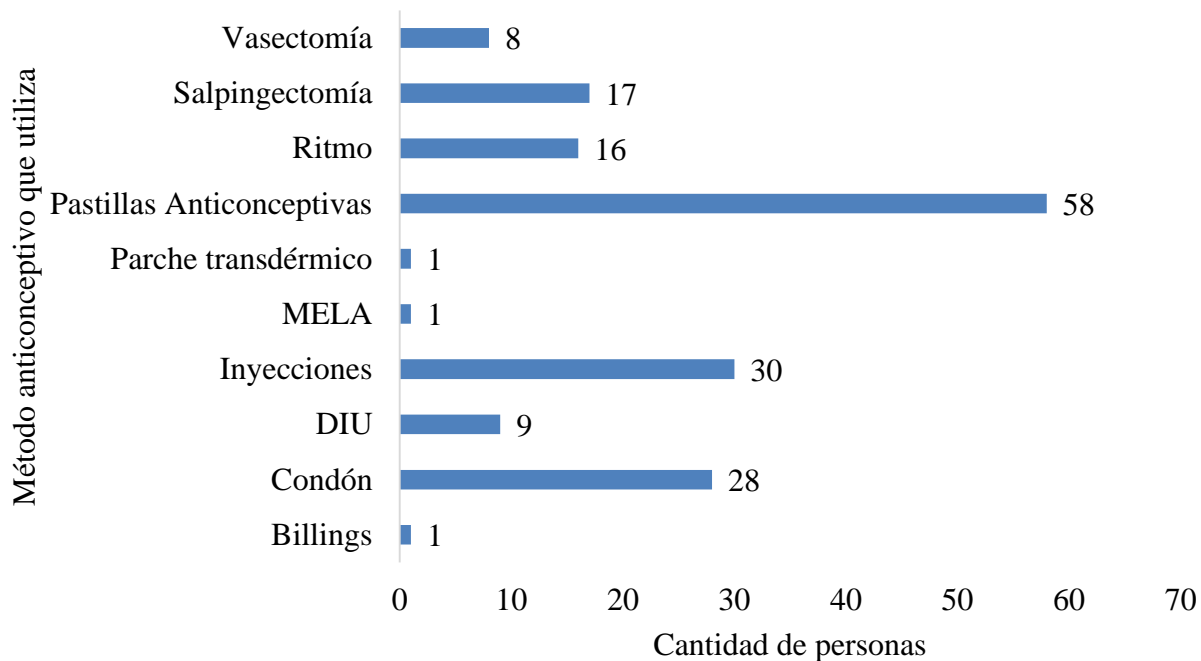


Figura N° 11 Cantidad de personas según el método anticonceptivo que utiliza, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Según el método de planificación utilizado se puede destacar que los tres datos más relevantes son las pastillas anticonceptivas con un 58% del total de la población entrevistada, las inyecciones ya sean mensuales o trimestrales con un 30% del total de la población entrevistada y el condón con un 28% del total de la población entrevistada.

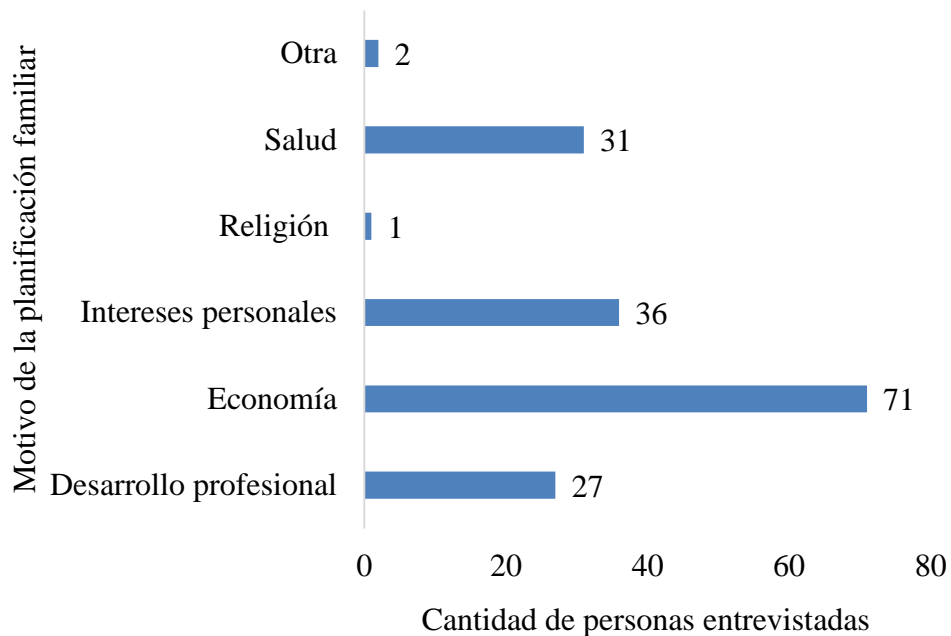


Figura N° 12 Cantidad de personas entrevistadas, según el motivo de la planificación familiar, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Según el motivo por el cual, las personas optan por practicar la planificación familiar; de los resultados obtenidos un 71% indica que su motivo es la economía, seguido por un 36% que señala que el motivo de la planificación familiar se da por cumplir intereses personales, el 31% manifiesta que el motivo es por salud, mientras que el 27% por desarrollo profesional y con un 1%, por religión.

Tabla N° 4 Cantidad de personas entrevistadas que buscan ayuda para la orientación sobre la planificación familiar, San Rafael, Heredia, 2018.

Guía Profesional	Cantidad
No	31
Sí	69
Total	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se puede destacar que un 69% de la población entrevistada dijo que sí buscan la ayuda de un profesional que los oriente en el tema de la planificación familiar para la toma de decisiones, mientras que por otro lado, el 31% restante de la población entrevistada opina que no buscan la ayuda de un profesional.

Tabla N° 5 Cantidad de personas entrevistadas que buscan ayuda para orientación sobre la planificación familiar, según la característica del consejero, San Rafael, Heredia, 2018.

Tipo de ayuda	Cantidad de personas
Enfermero (a)	3
Médico (a)	57
Religiosa	2
Otras personas	7
Ninguna	31
Total	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se observa que de las personas entrevistadas, según el tipo de ayuda que buscan para la orientación sobre el tema de la planificación familiar; el 57% de la población entrevistada busca ayuda de tipo médica siendo éste el de mayor puntaje, seguido por un 31% de la población entrevistada que no necesita ayuda para la toma de decisiones sobre el tema de la planificación familiar, con un 7% están los que buscan ayuda en otras personas, un 3% representa a aquellas que buscan ayuda con un enfermero(a) y por último, con un 2% los que buscan ayuda de tipo religiosa.

Tabla N° 6 Cantidad de personas, según la opinión de ser necesaria la orientación de un profesional de la salud para la planificación familiar, San Rafael, Heredia, 2018.

Necesaria la ayuda profesional	Cantidad de personas
Sí	80
No	15
N/R	5
Total	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se obtuvo que un 80% de la población entrevistada opina que es necesario buscar la ayuda de un profesional para la orientación en el tema de la planificación familiar, mientras que un 15% de la población entrevistada indica que no es necesaria buscar esa ayuda profesional, y por otro lado, el 5% de la población entrevistada no responde a esta pregunta.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADO

5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Costa Rica presenta un acelerado crecimiento de la población que llega hasta 3.8% entre 1955 y 1960, y una muy pronunciada disminución de la tasa global de fecundidad, de 7.3 a 3.7 hijos, entre 1960 y 1975⁵⁵.

Esto ha sido atribuido, en gran medida, al uso de anticonceptivos modernos. Si bien, el país no tiene, a nivel formal, una política de población, a partir de los sesentas hubo un esfuerzo concertado por parte de instituciones estatales y privadas, destinado a proveer a la población con métodos anticonceptivos y disminuir el crecimiento de la población⁵⁵.

En Costa Rica, para el año 2015, se estimaba que 1,8 era el número promedio de hijos que tendría una mujer si se hubiera ajustado a las tasas de fecundidad por edad específica durante cada año de su vida reproductiva (15 a 49 años)⁵⁶.

En los datos que se obtienen mediante el estudio realizado se pudo verificar que el mayor porcentaje de la población (63%) de la que se entrevistó tenía de 2 a 3 hijos por lo mucho, le sigue con un 32% de la población aquellos que tienen de 0 a 1 hijo, mientras que el 5% de la población, de 4 a 6 hijos.

Estos datos confirman la disminución de la fecundidad en Costa Rica, los individuos actualmente, prefieren enfocarse por alcanzar otras metas distintas que a tener hijos, así como se puede observar en la figura N° 10; las personas en la actualidad, optan por alcanzar una economía estable para poder brindar a sus futuros hijos una buena calidad de vida, también eligen dedicarse a desarrollar intereses personales como viajar, poder tener un hogar propio, finalizar los estudios, entre otros. De igual manera la elección de tener pocos hijos o no tener

ninguno es en respuesta a esos mismos factores; las personas ya no desean tener muchos hijos como años atrás donde las familias eran muy numerosas.

Otro factor importante por destacar es la creciente integración de la mujer a la población económicamente activa. En la tabla N°1, se puede observar de acuerdo con el grado académico, que el 23% del total de la población femenina entrevistada tiene un grado académico universitario; las mujeres ahora se preparan y estudian, el ser madres ya no es una prioridad para ellas, es muy común escuchar la frase “Yo primero quiero estudiar, quiero ser profesional” y de ahí es que la edad para tener el primer hijo se ha ido trasladando.

Esto trae como consecuencia que por una parte la población joven decrezca, ocasionando el aumento de población adulta mayor en el país, provocando disminución en la población económicamente activa.

La educación ha tenido una considerable influencia en la formación de la sociedad costarricense y sigue siendo el foco de atención como medio para resolver varios de los problemas que sufre el país. El impacto del nivel educativo sobre la fecundidad ha sido objeto de múltiples estudios. Aunque se debe reconocer la influencia de una multiplicidad de causas, los estudios reiteradamente han mostrado una asociación inversa entre la escolaridad de la mujer y el nivel de fecundidad. La educación no solo tiende a retrasar la edad al casarse, disminuyendo el período de exposición al riesgo de embarazo, sino que también diversifica los intereses de las mujeres y tiende a desarrollar otras actitudes con respecto de los patrones de formación de la familia.

Hasta el presente, ha sido muy generalizada la creencia de que el factor religioso juega un papel decisivo entre la mayoría de las personas cuando les corresponde decidir sobre el número de

hijos que desean tener. Muchas veces se ha pensado que una gran parte de las personas responderían a una pregunta sobre el número de hijos que desearía tener con la consabida frase “Los hijos que Dios me mande” o “los hijos que Dios quiera”.

Sin embargo, por los resultados que se obtienen en esta investigación solo un 1% de la población deja esa decisión a Dios, siendo así que la toma de su decisión es meramente de la pareja ya que hay motivos de más peso en ellos para tomar esa decisión como se logra observar en los resultados donde la economía, los intereses personales y el desarrollo personal de las personas juegan un papel muy importante en la toma de decisiones sobre el tema de la práctica de la planificación familiar.

“En el mundo, millones de mujeres han podido tomar la decisión de cuántos hijos e hijas tener y de postergar los embarazos para tener la oportunidad de concluir los estudios, tener un trabajo decente y romper el círculo de la pobreza. En Costa Rica la Segunda Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (ENSSR) del 2015, reveló que el 60,8% de las mujeres unidas en edad fértil, no quieren tener más hijos o hijas o desean esperar al menos dos años para tenerlos y que utilizan métodos de planificación”⁵⁷.

En Costa Rica, desde los años 70^s, las mujeres están conscientes que la fecundidad puede regularse y existe entre ellas un conocimiento universal de por lo menos lo más elemental de la planificación familiar⁵⁸.

Haber "oído hablar" de un método, es apenas el primer paso en la cadena de conocimiento que, eventualmente, le permite a una persona obtener y utilizar apropiadamente un anticonceptivo. Hay, básicamente, cuatro fuentes de información para este tema: las aulas (cursos/charlas), las amigas (os), el consultorio médico y el hogar (madre o pariente).

Sobre el conocimiento que tienen las personas sobre la planificación familiar se puede destacar, en la investigación realizada, que el 69% del total de la población entrevistada conoce el adecuado significado del término planificación familiar, mientras que el 31% restante desconoce el término; algunas de las respuestas incorrectas que se pueden destacar ésta que “es cuando las personas planifican lo desean hacer en el matrimonio”, “es estar de acuerdo todos a la hora de tomar una decisión”; así como también, hay aquellos que no contestaron.

En relación con los métodos anticonceptivos; se hacen preguntas sobre los diferentes métodos, según la clasificación, de la siguiente manera: cuáles son métodos naturales, cuáles son métodos de barrera, cuáles métodos quirúrgicos y cuáles son métodos hormonales.

Los métodos naturales son aquellas técnicas que permiten a una pareja, mediante la observación de procesos relacionados con la ovulación, si desea evitar un embarazo sin utilizar ningún procedimiento artificial⁵⁹; en la investigación realizada el que obtiene mayor porcentaje de conocimiento es el ritmo con un 93% del total de la población entrevistada, seguido por la temperatura con un 70% del total de la población, lo sigue el Billings y el MELA por último, siendo estos los cuatro tipos de métodos anticonceptivos naturales. Con estos resultados se puede indicar que el conocimiento sobre estos es alto, solo el método del Billings es poco conocido, probablemente una de las razones de más peso a este argumento es que no lo conozcan por su nombre “Billings”.

Los métodos de barrera son métodos anticonceptivos que funcionan al detener físicamente los espermatozoides de fertilizar el ovulo⁶⁰; en la investigación realizada de los dos tipos el que obtiene mayor puntaje es el condón ya sea masculino o femenino con un 96% de la población total entrevistada, mientras que el DIU un 40% de la población total entrevistada.

Los métodos quirúrgicos son aquellos que requieren de una operación y es la mejor técnica para quienes no desean tener más hijos; en la investigación realizada la vasectomía obtiene el puntaje más alto un 92% de la población total, la Salpingectomía con un 85% de la población total y la histerectomía con un 50% de la población total.

Cada vez más hombres se someten a cirugías anticonceptivas, mientras que la cantidad de mujeres que recurre a estos procedimientos disminuye⁶¹. En los últimos 10 años, las vasectomías que realiza la institución (CCSS) en los diferentes niveles hospitalarios y áreas de salud creció un 155 por ciento. Por el contrario, las Salpingectomía (conocidas popularmente como corte y ligadura de trompas) han sufrido una baja promedio de 34 por ciento⁶¹.

Aunque se están experimentando estos cambios, aún predominan las esterilizaciones femeninas. Por ejemplo, en los últimos 10 años se han realizado 129.319 procedimientos a mujeres frente a 20.853 en hombres, es decir, por cada vasectomía se efectúa seis Salpingectomías en la última década⁶¹.

Los métodos hormonales son aquellos que funcionan por medio de hormonas sintéticas similares a las que produce normalmente el organismo de la mujer. Estas hormonas impiden la ovulación y alteran el moco del cuello del útero para que no pasen los espermatozoides. En la investigación realizada los resultados que se obtienen reflejan que el de mayor puntuación son las inyecciones con un 83% de la población total entrevistada, le sigue las pastillas anticonceptivas con un 82%, los parches transdérmicos con un 61%, los implantes con un resultado del 40%, el anillo vaginal con un 37% de la población y los espermicidas con un 15% de la población total entrevistada.

El conocimiento que tienen las personas sobre el tema, en general, es deficiente independientemente del grado académico o la edad, dentro de los métodos que se puede decir que hay mayor conocimiento es en el ritmo como método anticonceptivo natural aunque el uso de éste es mal llevado, el condón como método anticonceptivo de barrera, la vasectomía como método anticonceptivo quirúrgico en hombres y la Salpingectomía como método anticonceptivo quirúrgico en mujeres y las inyecciones como método anticonceptivo hormonal.

En relación de quién de los dos sexos utiliza más el método para la anticoncepción, la investigación indica que como resultado que quienes más utilizan el método anticonceptivo es la mujer ya que el 69% de la población total entrevistada indica ser la mujer quien utiliza el método anticonceptivo, el hecho que la mujer sea la que más emplea el método de planificación se puede deber por varias razones, una de ellas es porque hay más métodos dirigidos a las mujeres, porque las mujeres son más cuidadosas y prefieren protegerse antes de quedar embarazadas o por el machismo, se cree que para las mujeres hay métodos anticonceptivos mientras que para ellos afrodisiacos, otra razón es que ellos tienen el erróneo pensamiento que el usar métodos como el condón masculino no les permite obtener la misma satisfacción como cuando no lo usan; la verdad es que, actualmente se puede encontrar muchas razones por las cuales las mujeres son las que más utilizan los métodos anticonceptivos.

La disponibilidad de métodos contraceptivos altamente eficaces ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. Sin embargo, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos⁶².

Se sabe que el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres está en relación, entre otros factores, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad.⁶²

“El método seleccionado puede estar en relación, además con circunstancias tales como el miedo a las enfermedades de transmisión sexual, el progresivo retraso en la edad de la maternidad, la supresión de recomendaciones médicas en relación con límites de edad para el uso de contraceptivos orales, las creencias de las mujeres de acuerdo con los distintos métodos y sus opiniones sobre estos o el nivel de satisfacción en relación con la visita a los profesionales con los que siguen control de dichos métodos”⁶³.

En la figura N° 10, se obtiene que los métodos más utilizados por las personas entrevistadas son: en primer lugar, las pastillas anticonceptivas con un 58% de la población total entrevistada, las inyecciones con un 30% de la población total entrevistada y, posteriormente, los condones con un 28% de la población total entrevistada, siendo estos tres los métodos anticonceptivos más utilizados por las personas entrevistadas. Y los tres métodos con menor porcentaje de uso están el método Billings, el MELA y los parches transdérmicos, estos tres con un porcentaje del 1% del total de la población entrevistada.

Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, realizada en el 2010 en 71 de los 81 cantones, con igualdad de cantidad de género, en Costa Rica el método anticonceptivo de mayor uso es la esterilización femenina (29.6%), que desplazó a métodos tradicionales como el ritmo y condón. Le siguen los anticonceptivos orales con un 21% y los inyectables con 9%⁶³.

El uso de los diferentes métodos anticonceptivos en Costa Rica tiene la prevalencia más alta en América Latina y en el Caribe. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 81 de cada 100 mujeres con edades entre 15 a 49 años y con pareja usan métodos anticonceptivos.

Según la tabla N° 4 de las cien personas entrevistadas el 69% de la población indica que, sí buscan ayuda profesional para la orientación en la toma de decisiones sobre la práctica de la planificación familiar, mientras que el 44% restante señala que no buscan esa ayuda. Posteriormente en la tabla N°5, se puede observar el tipo de ayuda profesional que las personas entrevistadas utilizan; el 57% manifiesta que buscan ayuda por parte de un médico, el 7%, que buscan ayuda en otras personas, un 3% de la población, que busca ayuda de parte de un enfermero (a) y el 2% faltante de aquellos que indican que sí buscan ayuda la buscan a nivel religioso; mientras que un 31% de la población entrevistada no busca ninguna ayuda profesional.

La salud sexual y reproductiva brinda un amplio campo de actuación a las enfermeras de atención primaria, participando como promotora de la salud en los individuos y especialmente en personas en edad reproductiva. Es importante que el profesional en enfermería se haga sentir en estos casos.

Al preguntarles a las personas que si es necesario la ayuda de un profesional para que oriente en el tema el 80% de las personas entrevistadas indican que sí es importante, algunos de los motivos que dan para esta afirmación es que ayuda a evaluar el estado de salud de la pareja, evacuar dudas, orienta con el mejor método anticonceptivo, entre otras; algo curioso es que algunos de los entrevistados que dicen que sí es necesario la ayuda de un profesional indican serlo, pero solo en los adolescentes ya que en los adultos no es necesario porque ellos tienen la

experiencia y sus conocimientos son suficientes para tomar la decisión acerca del tema. Mientras que el 15% de la población expresa que no es necesaria por el motivo anteriormente mencionado. Y el 5% restante de la población entrevistada no da respuesta a esta pregunta. Los adultos siempre necesitan ayuda profesional ya que cada vez hay nuevos métodos que se van incorporando al mercado, además las personas están en un constante cambio de salud.

Modelo de promoción de la salud desde el enfoque de la investigación

“La conducta del ser humano está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, es por eso por lo que las personas se basan entre otras características personales, experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr”⁶⁴.

El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola J. Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables.

Nola J. Pender crea un modelo en el cual se puede dar respuesta de cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. Esta teoría se basa en los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud.

Es por eso por lo que se utiliza, para esta investigación, la planificación familiar, es una conducta de promoción de la salud reproductiva en el matrimonio y quienes tienen la decisión de llevarlo a cabo o no realizarlo son las dos personas que conforman la relación de pareja; teniendo que tomar en cuenta aspectos importantes sobre el tema y el beneficio a sus vidas.

Dentro de los aspectos que se deben tomar en cuenta en una relación de pareja cuando deciden practicar la planificación familiar se encuentra: cómo influye el conocimiento sobre la toma de decisiones hacia la práctica de la planificación familiar, se debe contemplar aspectos como ventajas y desventajas, métodos de planificación por utilizar, efectos secundarios que puedan presentarse, entre otros; siendo estos criterios para lograr una conducta saludable en el matrimonio y, por lo tanto, se ven condicionados por aspectos como economía, religión, crecimiento profesional, salud, entre otros.

Dentro de los supuestos que refuerzan esta teoría están:

El segundo supuesto de la teoría señala que “las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias”⁵¹; este supuesto explica cómo las personas cuando tienen una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta están más seguras de lograr los objetivos; las personas cuando cuentan con metas claras en su matrimonio y deciden practicar la planificación familiar lo hacen de manera segura, tomando en cuenta todas las ventajas y desventajas que esto conlleva realizando así un adecuado proceso de planificación familiar.

El quinto supuesto refiere que “las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo”; es por eso que las personas dependiendo del entorno en donde se relacionan tienden por adoptar actitudes, ideas, pensamientos muy similares al de los demás, por lo tanto, muchas veces la decisión de practicar la planificación familiar se ve condicionada por este tipo de ambientes como los matrimonios que prefieren un crecimiento profesional en lugar de tener hijos, o deciden alcanzar sueños personales como viajar.

De igual forma esta teoría tiene afirmaciones teóricas, una de ellas es que “la conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud”⁵¹; estos son aspectos muy importantes por tomarse en cuenta, quizás la mujer decide no tener hijos ya que su madre o parientes tuvieron malas experiencias y no pudieron realizarse como mujeres, o a nivel profesional, personal y esto influye a que se decida practicar la planificación familiar para así evitar futuras decisiones que se puedan considerar como malas.

Otra de las afirmaciones señala que “cuanto mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo”⁵¹; las personas que toman la decisión de practicar la planificación familiar deben de estar sumamente decididos a que esto es lo que desean, tiene que ser una decisión tomada por los dos para que el compromiso sea verdadero y sea una planificación familiar exitosa.

La enfermera tiene un papel muy importante dentro de este tema y en especial en la familia, una de las funciones dentro de ésta es la prevención y promoción de salud, especialmente en la salud reproductiva, como pilar importante en la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción.

La salud familiar es más que la salud individual de todos los miembros de una familia, ya que toma en consideración las interrelaciones complejas que se establecen en su seno, así como la de la familia con la sociedad y el medio que los rodea. Por lo tanto, es necesario brindarle a la población en edad fértil, el modo de controlar la fecundidad, pues muchos no tienen la motivación suficiente para llevar adelante este control o no conocen cómo realizarlo.

Nola J. Pender, basa su modelo de promoción de salud en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, quien defiende la importancia de los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento. De esta manera, también, vamos a encontrar aspectos como la economía, el conocimiento, la salud, el crecimiento profesional, entre otros juegan un papel muy importante para modificar el accionar hacia la práctica de la planificación familiar.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

En el estudio que se realiza se reportan 85 mujeres y 15 hombres para una totalidad de 100 personas entrevistadas, en el cantón de San Rafael Heredia.

Del total de mujeres entrevistadas el estudio reporta que la mayoría de ellas se encuentra en edades entre los 22 a los 39 años, mientras que en los varones las edades son entre los 28 y los 32 años.

En relación con la cantidad de hijos que hay por cada pareja la mayoría de las personas reporta tener de 0 a 3 hijos, con una gran diferencia de aquellos que reportaron tener más de 4 hijos, en este caso, son muy pocos los entrevistados que indicaron tener más de 4 hijos.

De acuerdo con lo que se reporta en la investigación, la gran mayoría de las personas entrevistadas cuenta con un alto nivel de escolaridad, la mayoría de las mujeres y hombres participantes tienen un nivel académico universitario.

La religión que más profesa las personas entrevistadas es la religión católica con un alto porcentaje seguida por la religión cristiano-evangélica. A pesar de que la mayoría de las personas cuenta con un alto nivel académico el estudio reporta una gran cantidad de participantes que se dedica a labores del hogar, al igual que sobresale aquellos que se dedican a la administración. Según la investigación la mayoría de los y las entrevistadas su estado civil es casado (as).

Se reporta que la mayoría de las personas que participan en la investigación tienen un adecuado conocimiento acerca de la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, a pesar de eso, también, hay un alto porcentaje de ellos que desconoce sobre el tema.

Por otra parte, en relación con los métodos anticonceptivos que más utilizan las personas participantes, se reporta que son las pastillas anticonceptivas, los condones, las inyecciones y como método quirúrgico la Salpingectomía.

Hay varias causas por las cuales las personas deciden utilizar la planificación familiar dentro de las cuales la más relevante es por economía, seguido por intereses personales y salud. La mayoría de las personas entrevistadas indica el haber buscado ayuda profesional para la orientación en el tema antes de ponerlo en práctica; y la ayuda médica fue la que más utilizaron los participantes. Como también, reporta que es importante el contar con esa ayuda para así poder aclarar dudas, evaluar estado salud, entre otros.

Es importante que las personas promuevan su salud reproductiva y tomando en cuenta la teorizante de Nola J. Pender sobre la Promoción de la Salud al realizar la investigación se pudo educar a las personas sobre la importancia de ésta; de buscar ayuda con personas entrenadas en el tema, para que puedan tomar las mejores decisiones con respecto de la planificación familiar, y sobre todo realizar conductas saludables sobre la planificación familiar dentro de su matrimonio.

Se educa que al practicar la planificación familiar debe haber un compromiso por parte de las personas para que este proceso sea llevado de manera adecuada para así poder cumplir con uno de los propósitos de este método el cual es promover la salud reproductiva, prevenir la enfermedad y la muerte durante la reproducción. Y ya que los autores principales en este tema son el hombre y la mujer que integran el matrimonio, es importante que ellos puedan promover su salud reproductiva de manera saludable.

Las (os) enfermeras (os) deben brindar una educación completa y satisfactoria a las personas y de ser posible a las parejas para que ellos puedan, posteriormente, ser autoeficientes en la toma de decisiones sobre el tema en su matrimonio y así promover su salud reproductiva de manera exitosa.

6.2 RECOMENDACIONES

A los matrimonios que estén pensando en no tener hijos aún se les recomienda:

- Buscar ayuda profesional para que los orienten en el tema, les evacue dudas, entre otros.
- Buscar ayuda por parte de un médico ginecólogo(a) para que valore su estado de salud y les pueda recomendar el mejor método anticonceptivo.
- Buscar ayuda de un profesional entrenado en el tema es la mejor opción a pedir ayuda a personas que no conocen o tienen ideas erróneas que pueden complicar el uso de los métodos de planificación familiar.
- Marcar bien las metas que quieren alcanzar con los métodos anticonceptivos; como, por ejemplo: cuánto tiempo planificar, cuántos hijos tener, por qué motivo se quiere planificar; de esa manera la planificación familiar se volverá más exitosa y placentera.
- Evitar hacer cambios de métodos anticonceptivos sin consultar con un médico por posibles efectos secundarios o mal funcionamiento del método por utilizar.

A los profesionales de la salud

- Brindar información clara y concisa a las personas que lleguen a consultar sobre métodos de planificación.
- Educar a los jóvenes de forma sincera, no ocultarles nada, el hecho que sean jóvenes no quiere decir que haya temas de los que no se les pueda hablar.
- Evitar juzgar cuando se trate de una pareja adolescente que llega a pedir ayuda, ni regañarlos, el personal de salud no tiene ese derecho.

A los profesionales en enfermería

- Realizar evaluaciones de la eficacia de los programas de planificación familiar.
- Hacer que en las consultas las usuarias se sientan aceptadas, comprendidas, que alguien se preocupa por ellas.
- Incluir a los hombres en las consultas de planificación familiar.
- Conocer los métodos anticonceptivos disponibles y sus indicaciones.
- Promover la orientación anticonceptiva.
- No juzgar.
- Indagar estado de salud de las usuarias (os).

A los educadores de las escuelas y colegios:

- Brindar información veraz a los adolescentes cuando estos la requieran.

A los padres de familia:

- Educar a sus hijos en el hogar sobre estos temas, porque ahí inicia el proceso educativo.
- Prestar atención hacia la vida sexual de las y los adolescentes, a partir del reconocimiento de que estos tienen necesidades y demandas propias de su edad y de su género y requieren ser consideradas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno E, Ortiz R. Nivel de conocimiento respecto a la planificación familiar en gestantes que acudieron al Hospital Universitario San José, Popayán, Colombia, 2014-2015. Rev Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2016 [citado 19 setiembre 2017]; 67(3): 207-204. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1952/195247491005/>
2. Richardson E, Allison K, Berry A, Gesink D. “Uno tiene que cuidar también de sí mismo”: Poniendo la planificación familiar guatemalteca en contexto utilizando teoría cognitivo-social y un análisis de economía política. Rev de la Univ del Valle de Guatemala [Internet]. 2016 [citado 19 setiembre 2017]; 33(1) 96-109. Disponible en: <http://201.195.87.22:2016/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=c558fff8-7dde-4762-9e58-f61a8db73918%40sessionmgr4007>
3. Rodríguez V, Díaz Z, Castañeda I, Rodríguez A. Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 15 setiembre 2017]; 42 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662016000100011&script=sci_arttext&tlng=pt
4. Gutmann M. Planificar la exclusión de los hombres de la planificación familiar: un estudio de caso en México. Rev Interdisciplinaria de Estudios de Género [Internet]. 2015 [citado 15 setiembre 2017]; 1 (1) 54-75. Disponible en: <http://estudiosdegenero.colmex.mx/index.php/eg/article/view/17>
5. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev Perú med exp salud publica [Internet]. 2013 [citado el 19 setiembre 2017]; 30(3) 465-470. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a16v30n3.pdf>

6. OMS. Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo [Internet]. 2004 [citado el 27 de setiembre 2017]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/es/
7. Alvaré L, Lobato D, Melo M, Torres B, Luis A, González I. Percepción del adolescente varón frente a las conductas sexuales de riesgo. Rev de espec médico-quirúrgicas [Internet]. 2011 [citado el 26 de setiembre 2017]; 16(3) 133-138. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2011/rmq113b.pdf>
8. Botero J, Júbiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología. 8 ed. Colombia: QuebecorWorld-Bogotá; 2008.
9. Gómez S, Durán L. El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. Rev Salud Publica Mex [Internet]. 2017 [citado el 17 de octubre 2017]; 59(3) 240-243. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v59n3/0036-3634-spm-59-03-00236.pdf>
10. Camargo M, Fajardo M, Gracia A. Atención de enfermería en planificación familiar. Rev Hacia la promoción de la salud [Internet]. 2016 [citado el 19 setiembre 2017]; 20(1) 77-90. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3091/309146733007/>
11. Gómez A. Anticoncepción quirúrgica voluntaria como alternativa a los métodos anticonceptivos reversibles de larga acción- LARC. Rev Perú ginecol. obstet. [Internet] 2017 [citado el 17 de octubre 2017]; 63(1) 81-82. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n1/a10v63n1.pdf>
12. Cartín M, Rojas M. Metodos anticonceptivos en el siglo XX: mujeres que se opusieron a maridos, familia y credo religioso. Rev. Costarric. Salud pública [Internet] 2013.

- [citado el 5 de octubre 2017]; 22(2) 169-178. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292013000200013
13. Gutiérrez R, Rausch R. Algunos aspectos relacionados con la planificación familiar en un estudio realizado en 63 comunidades costarricenses. Rev. Población y salud en Mesoamérica [Internet]. 2015 [citado el 19 de setiembre 2017]; 13(1) 23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44639780011>
14. Posada M, Mora B. Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador. Rev Enfermería actual de Costa Rica [Internet] 2015. [citado el 13 de octubre 2017]; 28 51-63. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-45682015000100051&lng=en&nrm=iso&tlng=es
15. Sánchez C, Leiva R. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. Rev Población y salud en Mesoamérica [Internet]. 2016 [citado el 13 de octubre 2017]; 14(1) 83-107. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1659-02012016000200083&lng=en&nrm=iso&tlng=es
16. Carballo N, Campos J, Sánchez V. Uso correcto y sistemático del condón en Costa Rica. Proyecto “Análisis secundario de la ENSSR-10 para el apoyo de programas y políticas en materia de VIH/Sida. 2014; 1 ed.: 6-8.
17. Hernandez R, Fernandez C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6ta ed. Mexico: McGraw-Hill; 2014.

18. Díaz G. Historia de la anticoncepción. Rev Cubana de Med Gen Integ [Internet]. 1995 [citado el 26 de setiembre 2017]; 11(2) 192-194. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-20251995000200015&script=sci_arttext&tlng=en
19. Sotelo E, Umaña F. Prácticas y conocimientos de los métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 44 años estudiantes del Centro de Formación Nacional Textil, del Instituto Nacional de Aprendizaje, mayo 2014.. Tesis de licenciatura. Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica. (2014).
20. OMS. Planificación Familiar [Internet]. 2017 [citado el 27 setiembre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
21. DeCherney A, Nathan L, Laufer N, Roman A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstetricos. 11 ed. México: McGraw-Hill; 2014.
22. Cifuentes R, Lomanto A. Texto de obstetricia y ginecología. Bogotá: Guadalupe Ltda; 2004.
23. GeoSalud. El método de la amenorrea de la lactancia. [Internet]. 2008 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.geosalud.com/salud%20reproductiva/mela.htm>
24. Dr. Marnet. Ventajas y desventajas de la amenorrea por lactancia. [Internet]. 2016 [citado el 20 de diciembre 2017]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/27717-ventajas-y-desventajas-de-la-amenorrea-por-lactancia>
25. Planned Parenthood Federation of America. ¿Cuáles son las desventajas de usar la lactancia como método anticonceptivo? [Internet]. 2016 [citado el 20 de diciembre 2017]. Disponible en:

26. Clínica Universidad de Navarra. Regla de Naegele. [Internet]. 2015 [citado el 20 de diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/regla-naegele>
27. Ministerio de Salud de Perú. Planifica tu futuro. [Internet]. 2013 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/planfam/metodos.asp>
28. Clínicas abortos. Temperatura basal. [Internet]. 2014 [citado el 20 de diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.clinicasabortos.com/metodos-anticonceptivos/temperatura-basal/sub85>
29. Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Hoffman B, Bradshaw K, Cunningham F. Ginecología. México: McGraw-Hill; 2008.
30. Planificanet. Condon Femenino. [Internet]. 2009 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.planificanet.gob.mx/index.php/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos/condon-femenino.php>
31. Fertilab. Ventajas y desventajas del condón. [Internet]. 2016 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: http://www.fertilab.net/ginecopedia/anticoncepcion/metodos_de_barrera/ventajas_y_desventajas_del_condon_1
32. Firman G. Ventajas y desventajas de los diferentes métodos anticonceptivos. [Internet]. 2003 [citado 20 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.intermedicina.com/Avances/Ginecologia/AGO36.htm>
33. Planned Parenthood. ¿Cuáles son las desventajas del dispositivo intrauterino? [Internet]. 2017 [citado del 20 diciembre 2017]. Disponible en:

<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/dispositivo-intrauterino-diu/cuales-son-las-desventajas-del-dispositivo-intrauterino-diu>

34. Fertilab. Ventajas y desventajas de los espermaticidas. [Internet]. 2016 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: http://www.fertilab.net/ginecopedia/anticoncepcion/metodos_de_barrera/ventajas_y_desventajas_de_los_espermaticidas_1
35. Fertilab. Ventajas, desventajas y contraindicaciones de los AI. [Internet]. 2016 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: http://www.fertilab.net/ginecopedia/anticoncepcion/anticoncepcion_hormonal/anticonceptivos_inyectables/ventajas_desventajas_y_contraindicaciones_de_los_ai_1
36. Salud 180. Ventajas y desventajas de los métodos hormonales. [Internet]. 2015 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.salud180.com/jovenes/ventajas-y-desventajas-de-los-metodos-hormonales>
37. Rodelgo T. Anillo vaginal: Interacciones y contraindicaciones. [Internet]. 2016 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: https://www.onmeda.es/anticoncepcion/anillo_vaginal-interacciones-y-contraindicaciones-3856-6.html
38. Fertilab. Ventajas, desventajas y contraindicaciones del AV. [Internet]. 2016 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: http://www.fertilab.net/ginecopedia/anticoncepcion/anticoncepcion_hormonal/anillo_vaginal/ventajas_desventajas_y_contraindicaciones_del_av_1
39. Reproducción asistida ORG. Salpingectomía. [Internet]. 2016 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/salpingectomia/>

40. GeoSalud. ¿Qué es la histerectomía? [Internet]. 2008 [citado el 20 diciembre 2017].
Disponible en: <https://www.geosalud.com/ginecologia/histerectomia2.htm>
41. Netdoctor. Histerectomía: extirpación del útero. [Internet]. 2017 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.netdoctor.es/articulo/extirpacion-utero-o-histerectomia>
42. Salud. Cuáles son las ventajas y desventajas de la vasectomía. [Internet]. 2016 [citado el 20 de diciembre 2017]. Disponible en: <https://salud.uncomo.com/articulo/cuales-son-las-ventajas-y-desventajas-de-la-vasectomia-31132.html>
43. Belohlavek, P. Conocimiento: la ventaja competitiva. 1^{ra} ed. Blue Eagle Group; 2005.
44. EcuRed. Conocimiento. [Internet]. 2016 [Citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.ecured.cu/Conocimiento>
45. Gestipolis. Conocimientos intuitivo, religioso, empírico, filosófico y científico. Definición, características y relevancia. [Internet]. 2017 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.gestipolis.com/conocimientos-intuitivo-religioso-empirico-filosofico-y-cientifico-definicion-caracteristicas-y-relevancia/>
46. Salinas M, Rodríguez H. Toma de decisiones. [Internet] 2011 [citado el 5 de octubre 2017]. Disponible en: http://dearade.udea.edu.co/aula/pluginfile.php/1150/mod_resource/content/1/Competencia_Toma_de_Decisiones.pdf
47. Gestipolis. Toma de decisiones. Teoría y métodos. [Internet]. 2005 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.gestipolis.com/toma-de-decisiones-teoria-y-metodos/>

48. Emprende Pyme. El proceso de toma de decisiones. [Internet]. 2016 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.emprendepyme.net/el-proceso-de-toma-de-decisiones.html>
49. Captio. Las ocho etapas en el proceso de toma de decisiones de la empresa. [Internet]. 2017 [citado el 20 de diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.captio.net/blog/las-ocho-etapas-en-el-proceso-de-toma-de-decisiones-de-la-empresa>
50. Tovar A. Nueve métodos para tomar decisiones. [Internet]. 2015 [citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.elfinanciero.com.mx/opinion/metodos-para-tomar-decisiones.html>
51. Concepto de definición, de [Internet]. 2011 [actualizado 2014; citado el 20 diciembre 2017]. Disponible en: <http://conceptodefinicion.de/acerca-d/>
52. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. España: ELSEVIER; 2011.
53. Blogspot. Teorías de enfermería [Internet]. 2013 [citado el 20 de diciembre 2017]. Disponible en: <http://teoriasenfermeras.blogspot.com/2013/06/teoria-de-la-enfermeria-modelo-de.html>
54. ¿Qué es FACTORES DEMOGRÁFICOS? definición de FACTORES DEMOGRÁFICOS (Black's Law Diccionario)? [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://espanol.thelawdictionary.org/factores-demograficos/>
55. <http://ccp.ucr.ac.cr> [Internet]. Costa Rica: Centro Centroamericano de Población; 2018 [actualizado en el 2018; citado el 14 marzo 2018]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/index.php/personajes-planificacion-familiar-en-costa-rica.html>
56. UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas [Internet]. Costa Rica: UNFPA; 2017 [citado 14 marzo 2018]. Disponible en:

https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Infografia_planificacion_familiar.pdf

57. UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas [Internet]. Costa Rica: UNFPA; 2017 [citado el 15 marzo 2018]. Disponible en: <https://costarica.unfpa.org/es/news/el-derecho-la-planificaci%C3%B3n-familiar?page=1%2C8>
58. Achío M, Devries H, García C, et al. Fecundidad y formación de la familia. Caja Costarricense del Seguro Social. 1994; 1 (1):74.
59. Salud femenina. Métodos anticonceptivos naturales. [Internet]. 2013. [citado el 20 de diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.saludfemenina.net/metodos-anticonceptivos-naturales/>
60. Geosalud. ¿Qué son los métodos anticonceptivos de barrera? [Internet]. 2017. [citado el 20 de diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.geosalud.com/salud-reproductiva/metodo-de-barrera.html>
61. Ramírez L. Cirugías anticonceptivas a ticos aumentaron 155% y cayeron 34% entre mujeres. Amelia Rueda [Internet]. 2015 [citado el 14 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.ameliarueda.com/nota/cirugias-anticonceptivas-crecieron-hombres-cayeron-mujeres-costa-rica>
62. www.una.ac.cr/campus [Internet]. Costa Rica: CAMPUS; 2011 [actualizado 17 mayo 2017; citado 15 marzo 2018]. Disponible en: http://www.campus.una.ac.cr/ediciones/2011/junio/2011junio_pag10.html
63. Maroto A, Moreno M, Rubio M, et al. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. Rev Española de salud pública

[Internet]. 2006 [citado el 16 marzo 2018]. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/resp/1998.v72n6/547-570/>

64. Aristizabal G, Blanco D, Sanchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Rev. Enferm. Univ [Internet]. 2011 [citado el 20 de diciembre 2017]; 8(4): 16-23. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632011000400003&lng=es.

ANEXOS

Anexo 1: Resultados del Plan Piloto

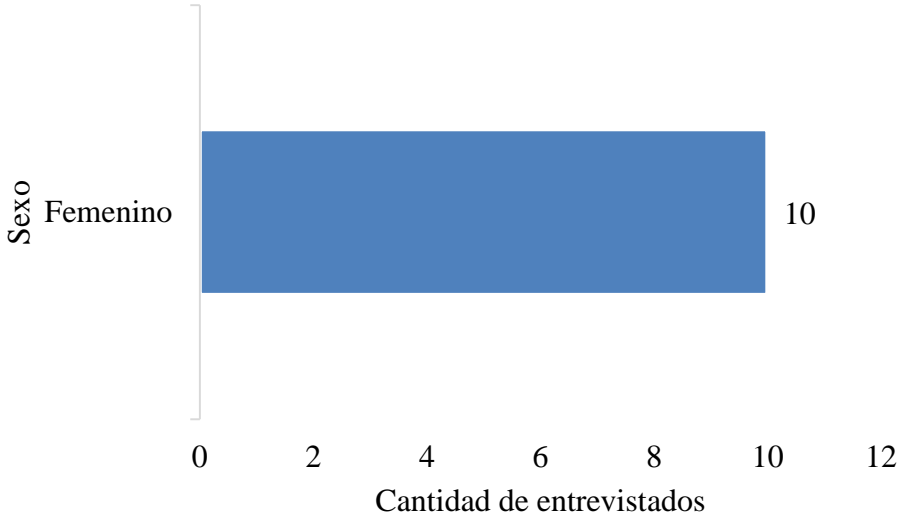


Figura N° 1 Distribución de la población, según sexo, San Rafael, Heredia, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 100% de la muestra es de sexo femenino.

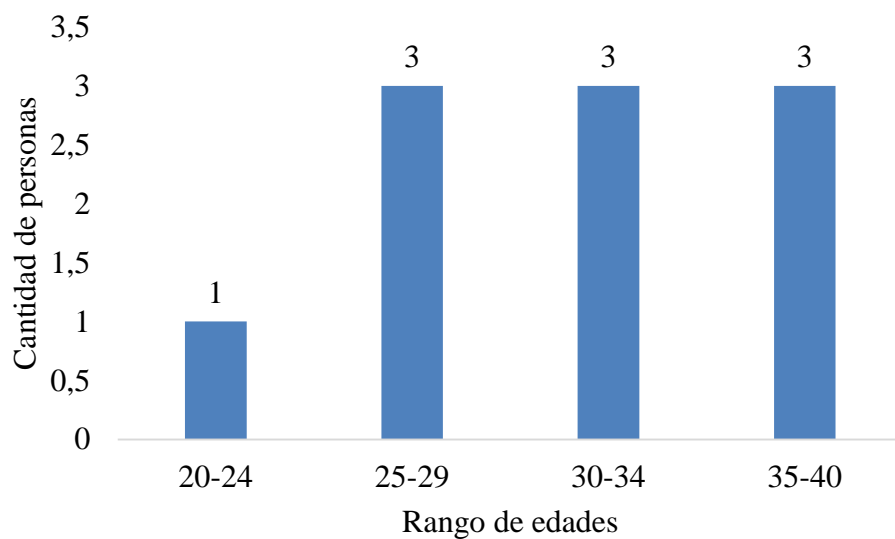


Figura N°2 Distribución de la población, según rangos de edad, San Rafael, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Los resultados muestran que un 3% de la población se encuentra en edades entre los 25 y 29 años, otro 3% en edades entre los 30 y 34 años, otro 3% en edades entre los 35 y 40 años y un 1% en edades entre los 20 y 24 años.

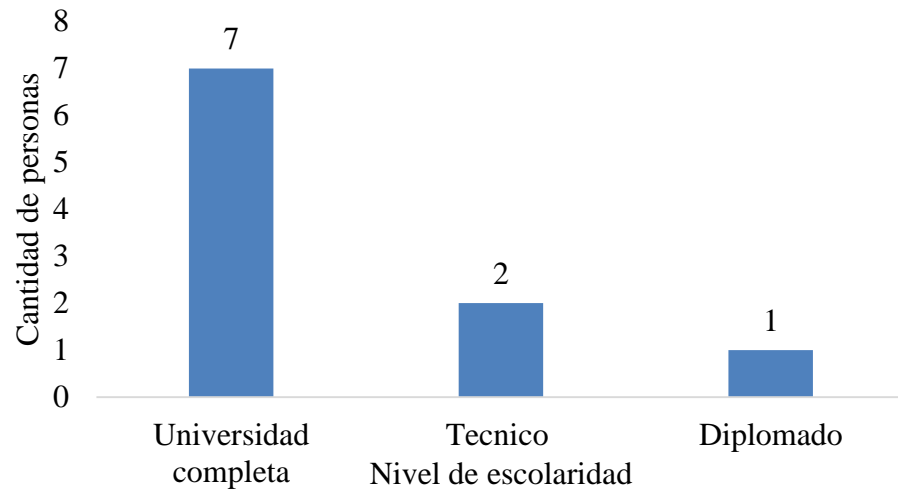


Figura N°3 Distribución de la población, según nivel de escolaridad, San Rafael, Heredia, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 7% de las mujeres entrevistadas cuenta con un nivel de escolaridad universitario, mientras que el 2% con técnico y el 1% restante con diplomado.

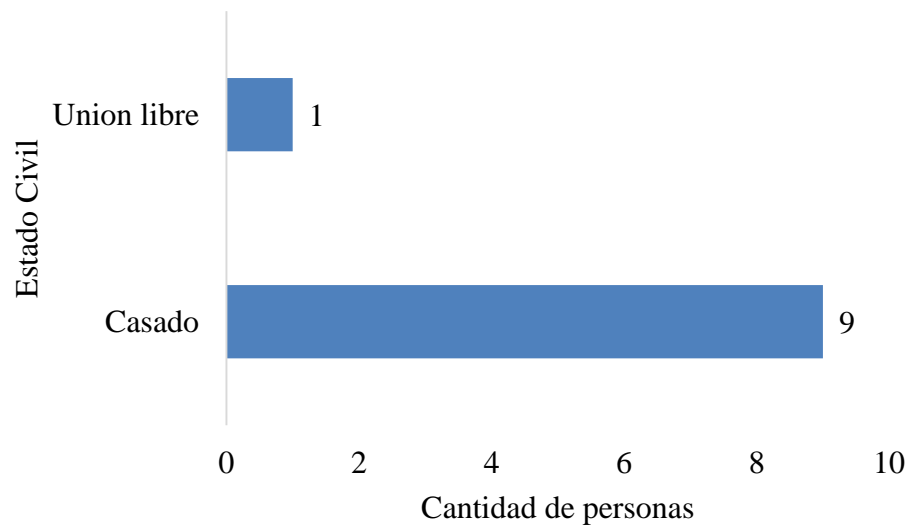


Figura N° 4 Distribución de la población, según estado civil, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 9% de la muestra se encuentra casada mientras que el 1%, en unión libre.

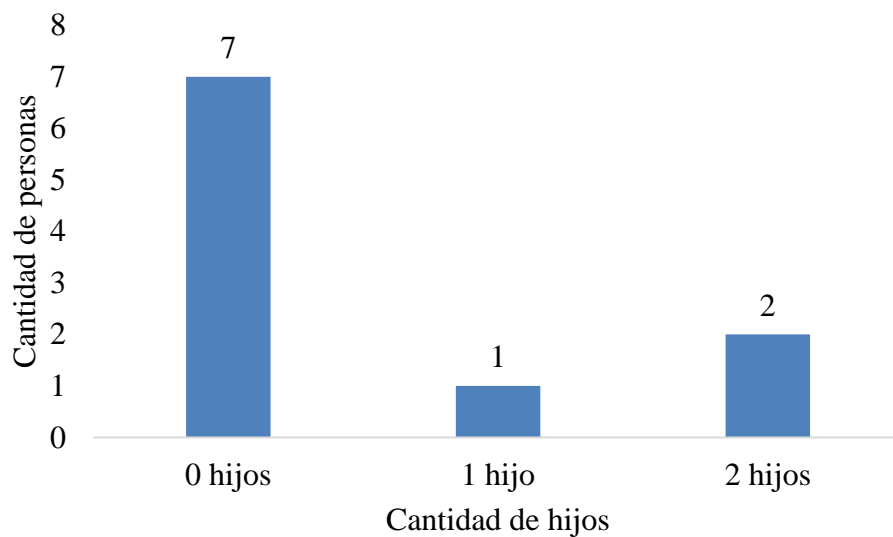


Figura N° 5 Distribución de la población, según la cantidad de hijos, San Rafael, Heredia, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Según la distribución un 7% de la muestra tiene 0 hijos, un 2%, 2 hijos y un 1% de la muestra, solamente 1 hijo.

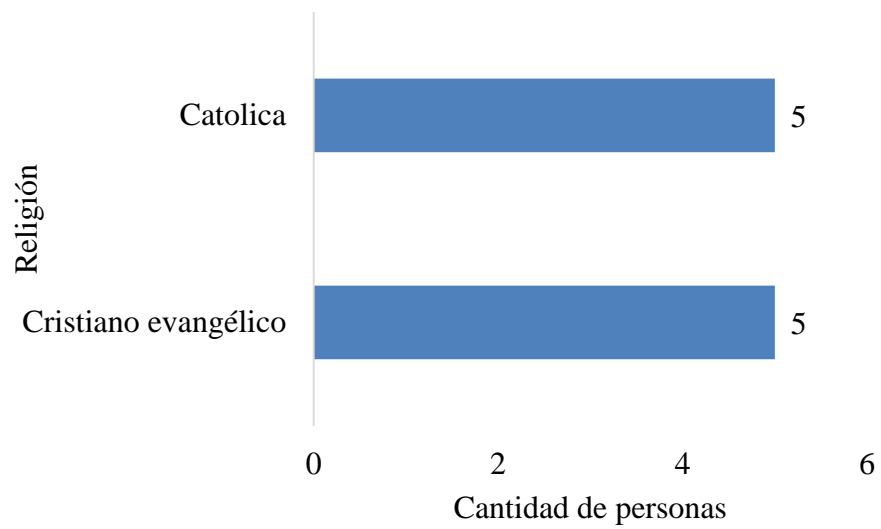


Figura N° 6 Distribución de la población, según la religión, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 5% de la muestra indica ser cristiano evangélico y el otro 5%, ser católica.

Tabla N° 1

Cantidad de personas según la ocupación u oficio, San Rafael, Heredia, 2018.

Ocupación u oficio	Cantidad de personas
Registradora salud	1
Abogada	1
Asistente redes	4
Cajera	1
Diseñadora de modas	1
Analista de RRHH	1
Productor de contenido	1
Total	10

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se puede observar que la mayor de las personas entrevistadas, es asistentes de redes con un porcentaje del 4% de la muestra, mientras que los otros oficios con 1% cada uno.

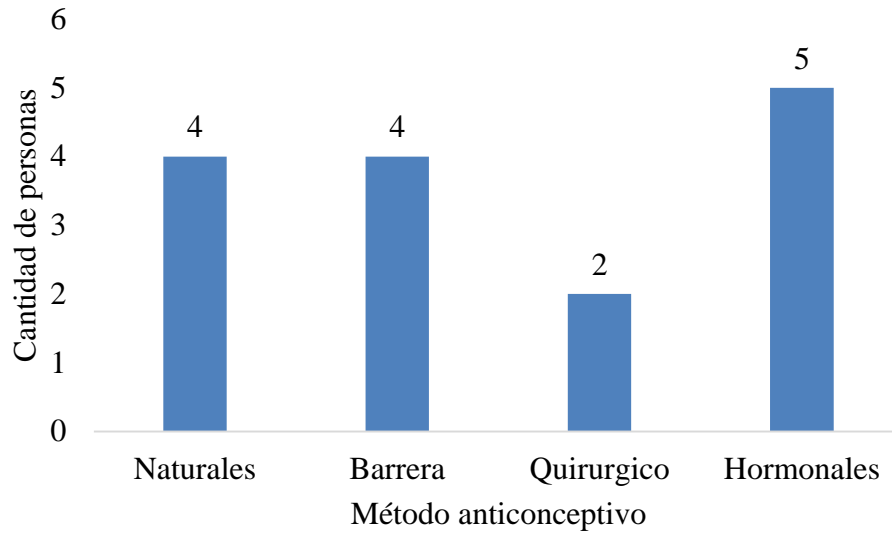


Figura N°7 Distribución de la población por tipo de método anticonceptivo, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se realiza la distribución de las personas de la muestra de acuerdo con los que acertaron a los tipos de métodos anticonceptivos, donde 5% de la muestra vota por los hormonales, con un 4% los que aciertan con los naturales y los de barrera y con un 2% los que atinan con los quirúrgicos.

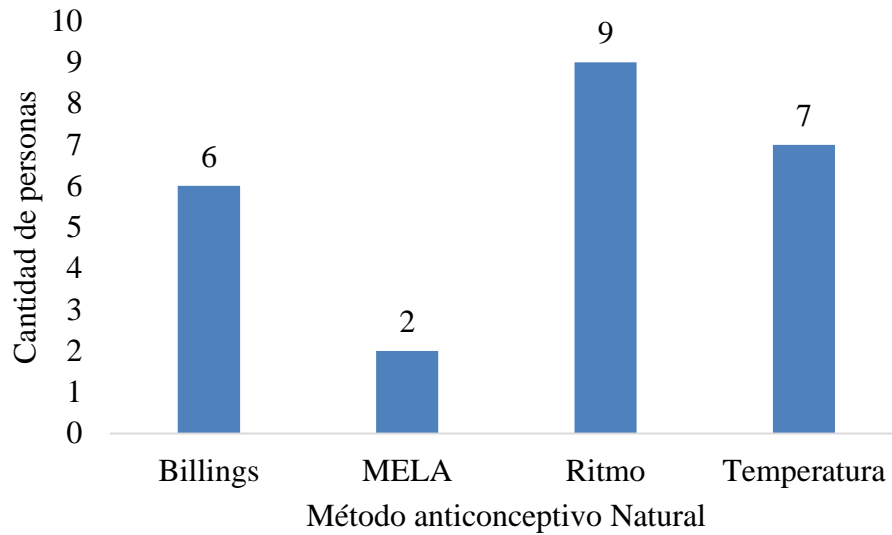


Figura N°8 Distribución de la población, según cuántos aciertan a los métodos anticonceptivos naturales, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se realiza la distribución y un 9% de la muestra acierta con el ritmo, el 7%, con la temperatura, un 6% de la muestra acierta con el método Billings y un 2% de la muestra, con el MELA.

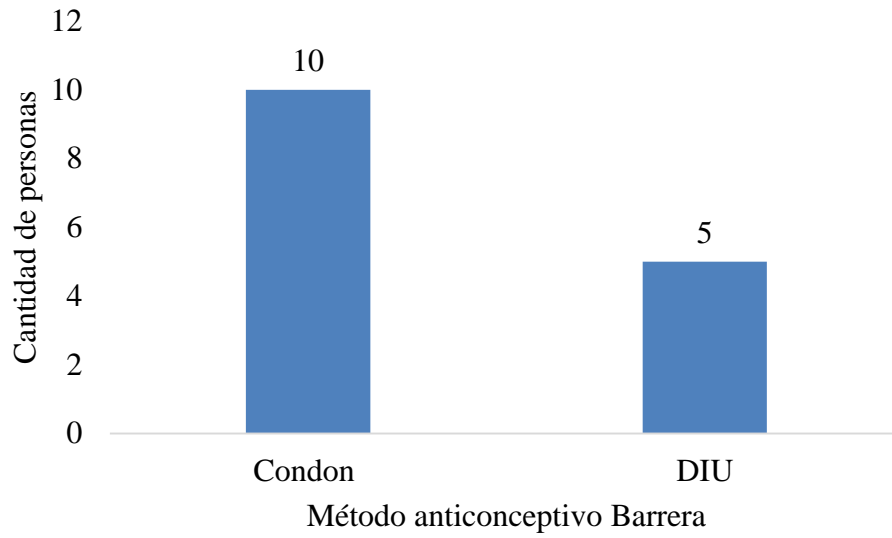


Figura N°9 Distribución de la población, según cuántos aciertan a los métodos anticonceptivos de barrera, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Según los datos obtenidos el 10% de la muestra acierta con el condón, mientras que con el DIU solo un 5%.

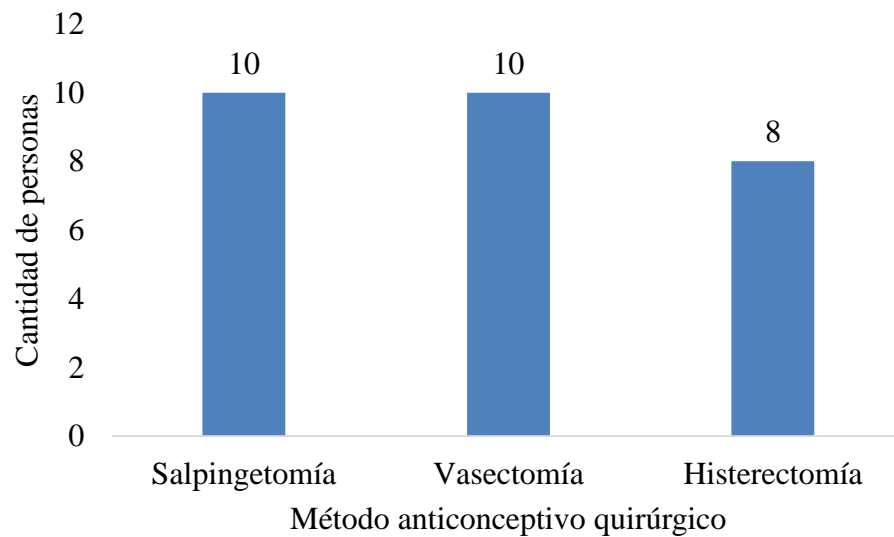


Figura N°10 Distribución de la población, según cuántos aciertan a los métodos anticonceptivos quirúrgicos, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Según los datos obtenidos el 10% de la muestra acierta con la Salpingectomía y la vasectomía como método quirúrgico y el 8%, con la histerectomía.

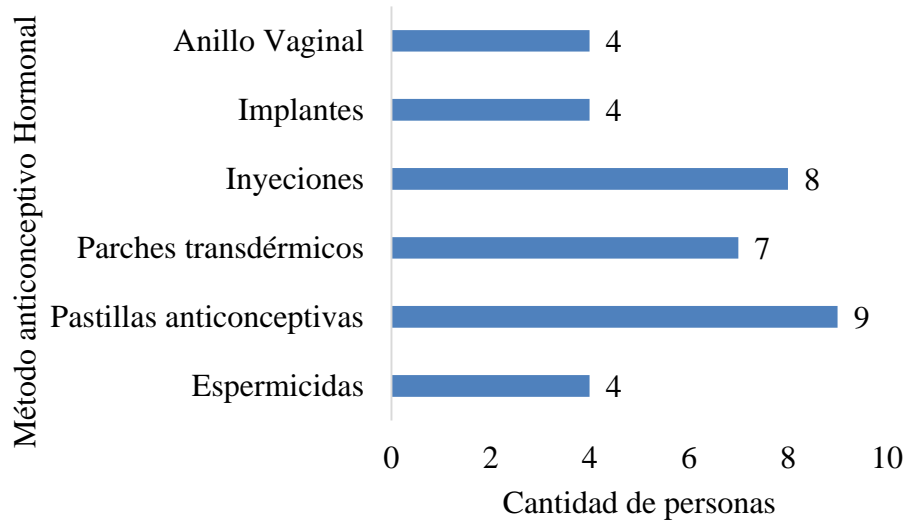


Figura N°11 Distribución de la población, según cuántos aciertan a los métodos anticonceptivos hormonales, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Según los datos obtenidos el 9% de la muestra acierta con las pastillas anticonceptivas, un 8% con las inyecciones, un 7%, con los parches transdérmicos y con un 4%, cada uno con los espermicidas, implantes y anillo vaginal.

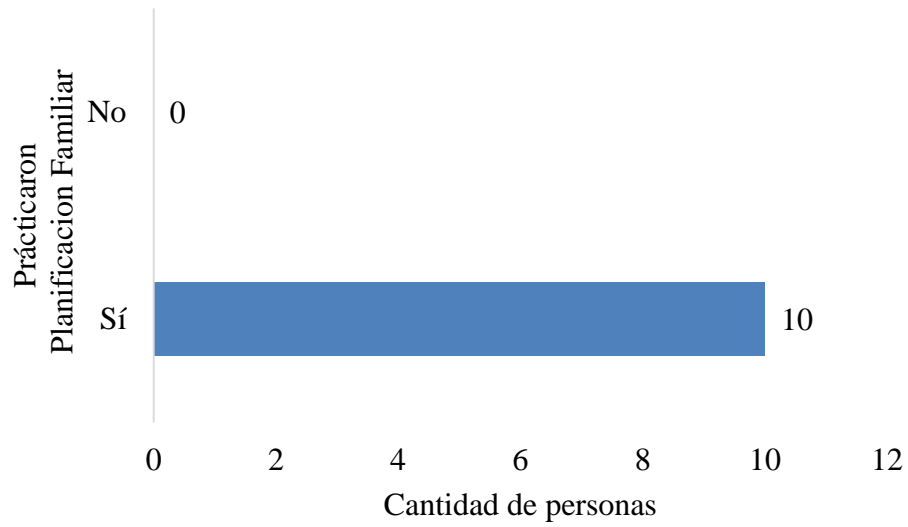


Figura N°12 Distribución de la población, según si planifican o no, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se realiza la distribución para obtener cuántos planifican o no y el 10% de la muestra puso en práctica la planificación familiar.

Tabla N°2

Distribución de las personas según método anticonceptivo utilizado, San Rafael, Heredia,

2018.

Método anticonceptivo	Cantidad personas
Pastillas anticonceptivas	7
Ritmo	1
Salpingectomía	1
Inyección	1
Total	10

Fuente: Elaboración propia, 2018.

En la tabla N° 2, se observa que la mayoría de las mujeres de la muestra utiliza las pastillas anticonceptivas como método de planificación con el 7% de la población, y con un 1% usa el ritmo, la Salpingectomía y las inyecciones.

Tabla N°3

Distribución de la población según quien utiliza el método anticonceptivo, San Rafael,

Heredia, 2018

Sexo	Cantidad
Mujer	7
Hombre	0
Ambos	3
Total	10

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se puede observar en la tabla N°3 que la mayoría quienes utilizan el método anticonceptivo son las mujeres con un 7% de la muestra, mientras que el 3% indica que ambos practican algún método de planificación.

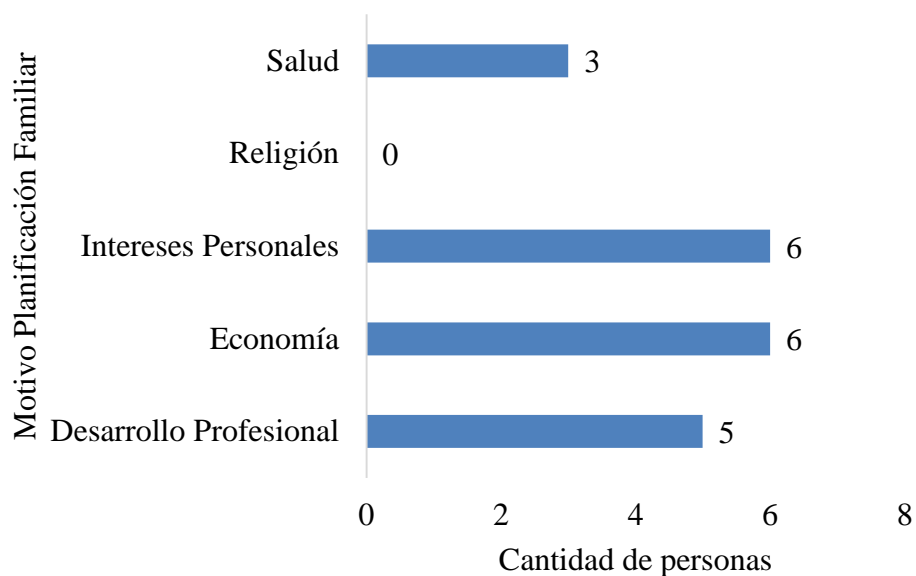


Figura N°13 Distribución de la población, según el motivo de la planificación familiar planificaron o no, San Rafael, Heredia, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se realiza la distribución de la población y se observa que un 6% de la muestra total planifica por intereses personales y economía, mientras que un 5% lo hace por desarrollo profesional y un 3% lo practica por salud.

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Teléfono:(506) 2211 3000

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: Conocimientos y toma de decisiones de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en adultos en edad reproductiva, San Rafael, Heredia, III cuatrimestre 2017.

Nombre del Investigador (a) Principal: Thais Bermúdez Castro.

Nombre del participante: _____

- Mi nombre es Thais Bermúdez Castro, soy estudiante de la Universidad Hispanoamericana, el motivo de la investigación es para conocer qué relación tiene los conocimientos ya sean científicos o empíricos a la hora de la toma de decisiones en la pareja hacia la práctica de la planificación familiar , con esta investigación se pretende obtener información acerca del conocimiento que poseen las personas sobre el tema y que los motivo a practicarla, la investigación tendrá una duración alrededor de 2 meses, y la participación de los participantes al menos 1 mes.
- La participación consiste en llenar un cuestionario, el cual se le entregará de manera física, el cual es anónimo y el que usted devolverá en la fecha establecida.
- Para participar de la investigación deben cumplir los siguientes requisitos: ser personas entre los 20 a los 50 años y su estado civil debe ser casados o en unión libre.
- Al formar parte de la población de la investigación se compromete a brindar información veraz y concisa.

- Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono 8857-9062 en el horario de lunes a viernes de 8am a 8pm.
- Su participación en este estudio es voluntaria.
- Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.
- No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del sujeto fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

Cuestionario sobre la planificación familiar

P1. Edad_____.

P2. Sexo

1. () Femenino
2. () Masculino

P3. Grado académico_____.

P4. Estado civil

1. () Casado (a)
2. () Unión libre

P5. Cantidad de hijos_____.

P6. Religión _____.

P7. Ocupación _____.

P8. Lugar de residencia_____.

P9. ¿Qué es la planificación familiar?

P10. ¿Cuáles beneficios brinda la planificación familiar?

P11. ¿Cuáles son los tipos de métodos anticonceptivos?

P12. ¿Cuáles son métodos anticonceptivos naturales?

1. () Condón
2. () Billings
3. () Salpingectomía
4. () MELA
5. () Anillo vaginal
6. () Ritmo
7. () Vasectomía
8. () Inyección mensual
9. () Temperatura
10. () DIU
11. () Espermicidas

12. () Implantes
13. () Histerectomía
14. () Pastillas anticonceptivas

P13. ¿Cuáles son métodos anticonceptivos de barrera?

1. () Salpingectomía
2. () Condón
3. () Vasectomía
4. () Inyección trimestral
5. () Ritmo
6. () DIU
7. () Histerectomía
8. () Billings
9. () Implantes
10. () Temperatura
11. () Inyección mensual
12. () MELA (Método de amenorrea de la lactancia)
13. () Anillo vaginal
14. () Parches transdérmicos

P14. ¿Cuáles son métodos anticonceptivos quirúrgicos?

1. () Espermicidas
2. () Temperatura
3. () DIU

4. () Vasectomía
5. () Pastillas anticonceptivas
6. () Ritmo
7. () Parches transdérmicos
8. () Histerectomía
9. () MELA
10. () Anillo vaginal
11. () Billings
12. () Salpingectomía
13. () Inyección
14. () Implantes

P15. ¿Cuáles son métodos hormonales?

1. () Condón
2. () Espermicidas
3. () Vasectomía
4. () Billings
5. () Pastillas anticonceptivas
6. () MELA
7. () Salpingectomía
8. () Parches transdérmicos
9. () DIU
10. () Inyecciones
11. () Implantes

12. () Histerectomía

13. () Ritmo

14. () Anillo vaginal

P16. ¿En su relación practicaron la planificación familiar?

1. () Sí

2. () No

P17. ¿Qué método de planificación utilizaron?

P18. ¿Por qué motivo utilizaron ese método de planificación?

P19. ¿Quién de ustedes dos utilizó el método de planificar?

1. () Mujer

2. () Hombre

P20. ¿Por qué decidieron practicar la planificación familiar?

1. () Desarrollo profesional

2. () Economía
3. () Intereses personales
4. () Religión
5. () Salud

P21. ¿Durante cuánto tiempo utilizaron la planificación familiar?

P22. ¿Buscaron guía profesional para instruirlos en el tema?

1. () Sí
2. () No

P23. ¿Qué tipo de ayuda buscaron?

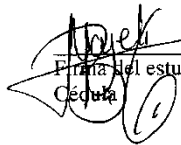
1. () Religiosa
2. () Psicológica
3. () Enfermero (a)
4. () Medico (a)
5. () Otras personas

P24. ¿Es necesario la ayuda o guía de un profesional para la orientación acerca del tema; o con el conocimiento empírico de cada pareja es suficiente, justifique su respuesta?

Anexo 4: Declaración jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Thais Bermúdez Castro, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 4-0208-0168 egresado de la carrera de enfermería de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en enfermería, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: CONOCIMIENTOS Y TOMA DE DECISIONES DE LA PAREJA HACIA LA PRACTICA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN ADULTOS EN EDAD REPRODUCTIVA, SAN RAFAEL, HEREDIA, III CUATRIMESTRE 2017, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 03 días del mes de abril del año dos mil dieciocho.


Firma del estudiante
Cédula 4-0208-0168

Anexo 5: Carta del tutor

CARTA DEL TUTOR

San José, 03 de abril de 2018

MSc. Zaida Rodríguez Cordero
Carrera de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante Thais Bermúdez Castro portadora de la cédula de identidad número 4-0208-0168, ha presentado el documento digital de la tesis denominada: "Conocimientos y toma de decisiones de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en adultos en edad reproductiva, San Rafael, Heredia, III cuatrimestre 2017", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

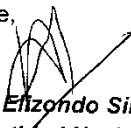
En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10 %
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18 %
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20 %
	TOTAL		96%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,


Dra. Fulvia Elizondo Sibaja MSc
Cédula identidad No 1-676-607
Carné Colegio Profesional N 2295

Anexo 6 : Carta del lector

CARTA DEL LECTOR

San José, 30 de abril de 2018.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante, **Thais Mayeli Bermúdez Castro**, cédula de identidad número **4-0208-0168**, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"Conocimientos y toma de decisiones de la pareja, hacia la práctica de la planificación familiar en adultos en edad reproductiva, San Rafael, Heredia, febrero de 2018"** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

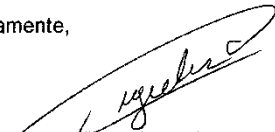
En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		100%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a), y posterior acto de Defensa Pública.

Atentamente,



DR. ARGEDIS J. CRUZ BOZA
CÉDULA 1-1330-0648
CÁRNE CODIGO PROFESIONAL E9801

Anexo 7: Carta del filólogo

Carta de Aprobación del Filólogo

San José, 02 mayo 2018

Señores
Comisión de Tesis
Universidad Hispanoamericana, Sede Aranjuez

Estimados señores:

En calidad de filólogo, hago constar que he revisado la tesis para optar por el grado académico **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**, la cual sugiero que cumple con los requisitos, según el reglamento de la Universidad Hispanoamericana, bajo el título: **“CONOCIMIENTOS Y TOMA DE DECISIONES DE LA PAREJA HACIA LA PRÁCTICA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADULTOS EN EDAD REPRODUCTIVA, SAN RAFAEL, HEREDIA, FEBRERO 2018”**, elaborada por la estudiante **THAIS MAYELI BERMÚDEZ CASTRO**.

La revisión se hizo en la parte morfosintáctica, forma, estilo, redacción, puntuación y ortografía; por lo cual el trabajo está listo en tales aspectos para ser presentado ante la Universidad.

Sin otro particular, suscribe atentamente;


Carlos Barrantes Ramírez
Filólogo
Cédula 1-0312-0358

Carné 16308 del Colegio de Licenciados y profesionales en Letras, Filosofía, Ciencias y Artes