

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI



FACULTAD DE INDUSTRIAS AGROPECUARIAS Y CIENCIAS AMBIENTALES

CARRERA DE ENFERMERÍA

Tema: “Factores sociodemográficos relacionados con el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil”

Trabajo de Integración Curricular previo a la obtención del
título de Licenciados en Enfermería

AUTORES: Cuacés Puetate José Luis

Yandún Rosero Yasmín Estefanía

TUTORA: Lcda. Chapi Chandí Mayra Maribel, MSc.

Tulcán, 2023.

CERTIFICADO DEL TUTOR

Certifico que los estudiantes Cuacés Puetate José Luis y Yandún Rosero Yasmín Estefanía con el número de cédula 0402109003 y 0401747233 respectivamente han desarrollado el Trabajo de Integración Curricular: "Factores sociodemográficos relacionados con el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil".

Este trabajo se sujeta a las normas y metodología dispuesta en el Reglamento de la Unidad de Integración Curricular, Titulación e Incorporación de la UPEC, por lo tanto, autorizo la presentación de la sustentación para la calificación respectiva



Firmado electrónicamente por:
MAYRA MARIBEL
CHAPI CHANDI

Lcda. Chapi Chandi Mayra Maribel, MSc.

TUTORA

Tulcán, noviembre de 2023

AUTORÍA DE TRABAJO

El presente Trabajo de Integración Curricular constituye un requisito previo para la obtención del título de Licenciados en la Carrera de enfermería de la Facultad de Industrias Agropecuarias y Ciencias Ambientales

Nosotros, Cuacés Puetate José Luis y Yandún Rosero Yasmín Estefanía con cédula de identidad número 0402109003 y 0401747233 respectivamente declaramos que la investigación es absolutamente original, auténtica, personal y los resultados y conclusiones a los que hemos llegado son de nuestra absoluta responsabilidad.



Firmado electrónicamente por:
JOSE LUIS CUACES
PUETATE

Cuacés Puetate José Luis

AUTOR



Firmado electrónicamente por:
YASMIN ESTEFANIA
YANDUN ROSERO

Yandún Rosero Yasmín Estefanía

AUTORA

Tulcán, noviembre de 2023

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Nosotros Cuacés Puetate José Luis y Yandún Rosero Yasmín Estefanía declaramos ser autor de los criterios emitidos en el Trabajo de Integración Curricular: "Factores sociodemográficos relacionados con el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil" y se exime expresamente a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi y a sus representantes de posibles reclamos o acciones legales.



Firmado electrónicamente por:
JOSE LUIS CUACES
PUETATE

Cuacés Puetate José Luis

AUTOR



Firmado electrónicamente por:
YASMIN ESTEFANIA
YANDUN ROSERO

Yandún Rosero Yasmín Estefanía

AUTORA

Tulcán, noviembre de 2023

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecemos a Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

José Luis Cuacés Puetate

Agradezco a mis padres, Edgar Yandún, Lilia Rosero que siempre me han brindado su apoyo incondicional para cumplir mis objetivos personales y académicos. Siempre han sido los mejores guías de vida. Son los que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarme frente a las adversidades.

Yasmín Estefanía Yandún Rosero

Agradecemos a nuestra tutora la MSc. Mayra Maribel Chapi Chandi por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones no hubiésemos podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada. Su guía constante nos ha motivado a alcanzar nuestros objetivos académicos.

José Luis y Yasmín

DEDICATORIA

El resultado de este trabajo está dedicado a Dios, gracias a él hemos logrado concluir nuestra carrera, a nuestros padres Luis Cuacés, Rosa Puetate y Edgar Yandún, Lilia Rosero, porque ellos siempre estuvieron ahí brindándonos su apoyo y consejos para culminar la meta propuesta, a mis amigos, compañeros y todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido en el logro de nuestros objetivos.

José Luis y Yasmín

ÍNDICE

RESUMEN	13
ABSTRACT	14
INTRODUCCIÓN	15
I. EL PROBLEMA	16
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.3. JUSTIFICACIÓN	18
1.4. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	20
1.4.1. Objetivo General	20
1.4.2. Objetivos Específicos	20
1.4.3. Preguntas de Investigación.....	21
II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	22
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.2. MARCO TEÓRICO	29
2.2.1. Factores sociodemográficos.....	29
2.2.1.1. Edad.....	29
2.2.1.2. Estado civil	29
2.2.1.3. Nivel educativo	30
2.2.1.4. Raza/ etnia	30
2.2.1.5. Economía	30
2.2.1.6. Área de residencia	30
2.2.2. Métodos anticonceptivos (MAC).....	31
2.2.2.1. Historia de los MAC.....	32
2.2.2.2. Tipos de métodos anticonceptivos (MAC)	34
2.2.2.2.1. Anticonceptivos de barrera	34

2.2.2.2.2. Anticonceptivos hormonales.....	36
2.2.2.2.3. Según su vía de administración:.....	37
2.2.2.2.4. Métodos intrauterinos	40
2.2.2.2.5. Anticoncepción quirúrgica.....	42
2.2.2.2.6. Método de la Lactancia Amenorrea (MELA)	43
2.2.2.2.7. Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad (MBCF)	44
2.2.3. Planificación familiar.....	46
2.2.3.1. La Planificación Familiar se compone de tres momentos:	46
2.2.3.1.1. Edad fértil.....	48
2.2.3.1.2. Mujeres peri menopáusicas	48
2.2.3.1.3. Adolescentes.....	49
2.2.4. Conocimiento.....	49
2.2.4.1. Nivel del conocimiento	51
2.2.4.2. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos (MAC).....	51
2.3. MARCO LEGAL.....	51
2.3.1. Constitución de la República	51
2.3.2. Ley Orgánica de Salud.....	52
2.2.3. Salud Sexual y reproductiva	52
III. METODOLOGÍA.....	54
3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO	54
3.1.1. Enfoque cuantitativo	54
3.1.2. Tipo de Investigación.....	54
3.2. HIPÓTESIS	55
3.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	55
3.3.1. Definición de las variables	55
3.3.1.1. Variable independiente	55
3.3.1.2. Variable dependiente.....	56
3.3.2. Operacionalización de variables	57

3.4. MÉTODOS UTILIZADOS	60
3.4.1. Métodos	60
3.4.2. Técnicas e instrumentos de la investigación	60
3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	60
3.5.1. Población y muestra.....	60
3.5.2. Chi cuadrado y tablas cruzadas.....	61
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	63
4.1. RESULTADOS.....	63
4.1.1. Características sociodemográficas	63
4.1.1. Desarrollo.....	68
4.1.2. Cruce de variables	80
4.1.2.1. Estado civil y conocimiento de métodos anticonceptivos.....	80
4.1.2.2. Edad y conocimiento de métodos anticonceptivos	81
4.1.2.3. Raza/etnia y conocimiento de métodos anticonceptivos	83
4.1.2.4. Área de residencia y conocimiento de métodos anticonceptivos	84
4.1.2.5. Nivel Académico y conocimiento de métodos anticonceptivos	86
4.1.2.6. Economía y conocimiento de métodos anticonceptivos	87
4.1.2.7. Estado civil y uso de métodos anticonceptivos.....	89
4.1.2.8. Edad y uso de métodos anticonceptivos.....	90
4.1.2.9. Raza/etnia y uso de métodos anticonceptivos.....	92
4.1.2.10. Área de residencia y uso de métodos anticonceptivos	93
4.1.2.11. Nivel Académico y uso de métodos anticonceptivos	95
4.1.2.12. Economía y uso de métodos anticonceptivos	96
4.1.2.13. Estado civil y consejería sobre métodos anticonceptivos.....	98
4.1.2.14. Edad y consejería sobre métodos anticonceptivos.....	99
4.1.2.15. Raza/etnia y consejería sobre métodos anticonceptivos.....	101
4.1.2.16. Área de residencia y consejería sobre métodos anticonceptivos	102
4.1.2.17. Nivel Académico y consejería sobre métodos anticonceptivos	104

4.1.2.18. Economía y consejería sobre métodos anticonceptivos.....	105
4.2. DISCUSIÓN	107
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	111
5.1. CONCLUSIONES.....	111
5.2. RECOMENDACIONES	112
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
VII. ANEXOS	118

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Anticonceptivos de barrera.....	34
Tabla 2. Anticonceptivos hormonales.....	36
Tabla 3. Anticonceptivos según su vía de administración	38
Tabla 4. Métodos intrauterinos	40
Tabla 5. Métodos anticonceptivos quirúrgicos	42
Tabla 6. Método de la Lactancia Amenorrea (MELA)	43
Tabla 7. Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad (MBCF)	44
Tabla 8. Operacionalización de variables dependiente e independiente	57
Tabla 9. Sexo	64
Tabla 10. Estado Civil	64
Tabla 11. Edad	65
Tabla 12. Raza/Etnia.....	66
Tabla 13. Área de residencia.....	66
Tabla 14. Nivel Académico.....	67
Tabla 15. Nivel Económico.....	68
Tabla 16. Conocimiento de métodos anticonceptivos.....	70
Tabla 17. Entendimiento de los métodos.....	70
Tabla 18. Métodos de barrera.....	71

Tabla 19. Uso del preservativo.....	72
Tabla 20. Complicaciones de usar el implante	73
Tabla 21. Duración del implante.....	73
Tabla 22. Píldora de emergencia	74
Tabla 23. Fuente de información.....	75
Tabla 24. Utilización de métodos anticonceptivos	76
Tabla 25. Método que utiliza	76
Tabla 26. Importancia de la consejería y orientación.....	77
Tabla 27. Disposición a recibir charlas educativas	78
Tabla 28. Frecuencia de uso de métodos anticonceptivos.....	78
Tabla 29. Lugar de adquisición del método anticonceptivo.....	79
Tabla 30. Tabla cruzada (Estado civil y conocimiento)	80
Tabla 31. Chi cuadrado (Estado civil y conocimiento)	81
Tabla 32. Tabla cruzada (Edad y conocimiento).....	82
Tabla 33. Chi cuadrado (Edad y conocimiento)	83
Tabla 34. Tabla cruzada (Raza/etnia y conocimiento).....	83
Tabla 35. Chi cuadrado (Raza/etnia y conocimiento)	84
Tabla 36. Tabla cruzada (Área de residencia y conocimiento)	85
Tabla 37. Chi cuadrado (Área de residencia y conocimiento)	85
Tabla 38. Tabla cruzada (Nivel académico y conocimiento)	86
Tabla 39. Chi cuadrado (Nivel Académico y conocimiento)	87
Tabla 40. Tabla cruzada (Economía y conocimiento)	88
Tabla 41. Chi cuadrado (Economía y conocimiento)	88
Tabla 42. Tabla cruzada (Estado civil y uso)	89
Tabla 43. Chi cuadrado (Estado civil y uso)	90
Tabla 44. Tabla cruzada (Edad y Uso)	91
Tabla 45. Chi cuadrado (Edad y uso)	92

Tabla 46. Tabla cruzada (Raza/etnia y uso)	92
Tabla 47. Chi cuadrado (Raza/etnia y uso)	93
Tabla 48. Tabla cruzada (Área de residencia y uso)	94
Tabla 49. Chi cuadrado (Área de residencia y uso)	94
Tabla 50. Tabla cruzada (Nivel académico y uso)	95
Tabla 51. Chi cuadrado (Nivel académico y uso)	96
Tabla 52. Tabla cruzada (Economía y uso)	97
Tabla 53. Chi cuadrado (Economía y uso)	97
Tabla 54. Tabla cruzada (Estado civil y consejería)	98
Tabla 55. Chi cuadrado (Estado civil y consejería)	99
Tabla 56. Tabla cruzada (Edad y Consejería)	100
Tabla 57. Chi cuadrado (Edad y Consejería).....	100
Tabla 58. Tabla cruzada (Raza/etnia y Consejería)	101
Tabla 59. Chi cuadrado (Raza/etnia y Consejería).....	102
Tabla 60. Tabla cruzada (Área de residencia y consejería)	103
Tabla 61. Chi cuadrado (Área de residencia y consejería).....	103
Tabla 62. Tabla cruzada (Nivel Académico y consejería)	104
Tabla 63. Chi cuadrado (Nivel Académico y consejería).....	105
Tabla 64. Tabla cruzada (Economía y consejería)	106
Tabla 65. Chi cuadrado (Economía y consejería).....	106

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Acta de la sustentación de Predefensa del TIC	118
Anexo 2. Certificado del abstract por parte de idiomas	120
Anexo 3. Formato de encuesta.....	122

RESUMEN

La presente investigación se enfocó en examinar la influencia de las variables sociodemográficas en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden al Centro de Salud San Sebastián del Coca. El objetivo general de este estudio fue determinar los factores sociodemográficos, nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil. La metodología adoptada se basó en un enfoque cuantitativo y un diseño de investigación descriptivo de campo, de tipo no experimental y carácter deductivo, con un alcance transversal. La población de estudio estuvo compuesta por 700 mujeres en edad de 13 a 45 años, y se extrajo una muestra de 248 participantes. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de encuestas y cuestionarios. La hipótesis planteada sostenía que los factores sociodemográficos influyen en el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil. Los resultados del estudio indicaron un nivel adecuado de conocimiento en la población, aunque se identificaron conceptos equivocados acerca de ciertos métodos, como el implante y la píldora de emergencia. Además, se observó una percepción de la necesidad de consejería y asesoramiento en planificación familiar, dado que algunas fuentes de información, como amigos y familiares, a veces proporcionan datos erróneos o desactualizados. En última instancia, la hipótesis fue respaldada por los resultados del análisis de tablas cruzadas y Chi cuadrado, que demostró la influencia significativa de los factores sociodemográficos en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Específicamente, se observó una mayor influencia en grupos de edad avanzada, niveles educativos más altos, estado civil de casadas, mayores niveles económicos y residencia en áreas urbanas, lo que podría estar relacionado con un acceso más fácil a la información y recursos relacionados con la planificación familiar. Estos hallazgos proporcionan información valiosa para la formulación de políticas y programas de salud que aborden de manera efectiva la educación en salud sexual y reproductiva, así como la promoción de métodos anticonceptivos adecuados entre las mujeres en edad fértil.

Palabras Claves: métodos anticonceptivos, implante, fertilidad, sociodemográfico,

ABSTRACT

The present research project focused on examining the influence of the sociodemographic variables on the knowledge and use of contraceptive methods in women who go to Centro de Salud San Sebastián del Coca. The general objective of this study was to determine the sociodemographic factors, level of knowledge, and use of contraceptive methods in women of childbearing age. The methodology adopted was based on a quantitative approach and a descriptive field research design, non-experimental type and deductive in nature, with a transversal scope. The population of the study was made up of 700 women aged 13 to 45 years, and a sample of 248 participants. Data collection was carried out through the application of surveys and questionnaires. The proposed hypothesis held that Sociodemographic factors influence the level of knowledge and use of methods contraceptives in women of childbearing age. The results of the study indicate a level of knowledge of the population, although concepts are identified wrong about certain methods, such as the implant and the pill emergency. Additionally, a perception of the need for counseling and family planning advice, given that some sources of information, such as friends and family, sometimes provide erroneous or outdated information. Ultimately, the hypothesis was supported by the results of the table analysis. Crossed and Chi-square, which demonstrates the significant influence of sociodemographic factors in the knowledge and use of contraceptive methods. Specifically, a greater influence will be controlled in older age groups, higher educational levels, married marital status, higher economic levels, and residence in urban areas, which could be related to easy access to information and resources related to family planning. These findings provide valuable information for the formulation of policies and programs health that effectively address sexual and reproductive health education, as well as the promotion of adequate contraceptive methods among women in fertile age.

KEYWORDS: Contraceptive methods, implant, fertility, sociodemographic,

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos son cuestiones cruciales en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil. La toma de decisiones informadas en este ámbito no solo afecta la vida de las mujeres, sino que también influye en la salud de las futuras generaciones. Los factores sociodemográficos, como la edad, el estado civil, la ubicación geográfica, el nivel económico y el nivel educativo, desempeñan un papel fundamental en la elección y el conocimiento de métodos anticonceptivos. Esta investigación se centra en analizar la interacción entre estos factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por parte de mujeres en edad fértil. El presente estudio utiliza un enfoque cuantitativo y una metodología de investigación no experimental, con un diseño transversal descriptivo. La población de interés está compuesta por mujeres en edad fértil, y se llevaron a cabo encuestas utilizando cuestionarios con preguntas cerradas de selección múltiple. El análisis de los datos recopilados proporciona una visión detallada de cómo los factores sociodemográficos influyen en las decisiones de planificación familiar y en el conocimiento de métodos anticonceptivos.

Este estudio es de particular relevancia en un contexto en el que la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos efectivos son fundamentales para la prevención de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y la promoción de una salud sexual y reproductiva óptima. Los resultados de esta investigación contribuirán a una comprensión más profunda de las necesidades de las mujeres en edad fértil en cuanto a planificación familiar y proporcionarán información valiosa para la formulación de políticas y programas de salud que aborden de manera efectiva estas cuestiones.

I. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, existe una creciente preocupación por la falta de conocimiento y el uso inadecuado de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil, lo que tiene implicaciones significativas para la salud sexual y reproductiva. Los factores sociodemográficos, que incluyen aspectos como la religión, la edad, el estado civil, el nivel socioeconómico, el lugar de origen y el lugar de residencia, han sido identificados como elementos clave que influyen en el nivel de conocimiento y la aplicación de métodos anticonceptivos (Rosales y Sánchez, 2021).

Para comprender la magnitud de este problema, es esencial analizar los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe del año 2020. Según la OMS, a nivel global, se estima que existen 1,900 millones de mujeres en edad reproductiva, que abarca desde los 15 hasta los 49 años. De estas, 1,112 millones necesitan planificación familiar, pero un porcentaje significativo no utiliza métodos anticonceptivos. Sorprendentemente, 270 millones de mujeres en edad reproductiva no están empleando ningún método anticonceptivo. Esto es alarmante, pues a pesar de los avances en la disponibilidad y la diversidad de métodos anticonceptivos, muchas mujeres en todo el mundo continúan enfrentando riesgos relacionados con embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y complicaciones durante el embarazo debido a la falta de acceso o conocimiento sobre métodos anticonceptivos efectivos (OMS, 2020).

Además, investigaciones recientes, como la realizada por Visconti & Rojas (2021), señalan que la insuficiente educación sexual contribuye significativamente a un aumento en embarazos no deseados, especialmente entre estudiantes. En Cuba, por ejemplo, el 18.7% de las estudiantes que participaron en un estudio reportaron haber experimentado al menos un embarazo no deseado, y la mayoría de ellas atribuyeron esta situación a la falta de una educación sexual adecuada. En el contexto de Perú, una encuesta realizada en ese país reveló que el 26.4% de las mujeres de 19 años están embarazadas o ya tienen hijos, y esto se relaciona directamente con la falta

de una educación sexual efectiva que proporcione información sobre métodos anticonceptivos (Visconti y Rojas, 2021). Estos hallazgos indican claramente que un conocimiento insuficiente sobre métodos anticonceptivos tiene graves repercusiones para la salud y el bienestar de las mujeres en edad fértil.

Ecuador, por otro lado, presenta su propio conjunto de desafíos en relación con el uso de métodos anticonceptivos. Según una investigación realizada por Machado (2022), es uno de los países donde menos se utiliza el preservativo, a pesar de ser uno de los métodos más conocidos y efectivos para prevenir tanto el embarazo como las ITS. Apenas el 9.2% de la población sexualmente activa en Ecuador lo utiliza. Esto plantea preguntas importantes sobre las razones detrás de esta baja tasa de uso de un método anticonceptivo tan fundamental y ampliamente disponible. La especialista Patricia Peñaherrera, experta en planificación familiar, sostiene que la falta de educación sexual dirigida a niños y adolescentes es una de las razones fundamentales detrás de este fenómeno. La educación sexual inadecuada y la falta de información sobre la importancia de los métodos anticonceptivos pueden contribuir directamente a la baja utilización de estos métodos en la población ecuatoriana.

Es importante destacar que la elección de métodos anticonceptivos es variada y diversa. La OMS (2020) enumera una serie de métodos, desde las píldoras anticonceptivas orales, implantes, inyectables y parches, hasta los dispositivos intrauterinos, preservativos, esterilización masculina y femenina, el método de la amenorrea de la lactancia, el coito interrumpido y los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Cada uno de estos métodos tiene sus propias características, eficacia y formas de uso. La elección del método anticonceptivo adecuado depende de varios factores, incluida la información y el conocimiento que las mujeres tienen sobre estos métodos.

Un aspecto particularmente crítico es la falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la adolescencia. La adolescencia es una etapa de la vida en la que los jóvenes pueden experimentar presiones sociales, falta de información y educación sexual inadecuada. Bravo et al. (2020) enfatizan que un adecuado conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la población en edad fértil, especialmente en la adolescencia, es esencial para prevenir embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y abortos.

A pesar de la relevancia y la gravedad de esta situación, en la comunidad de San Sebastián del Coca, ubicada en la provincia de Orellana, no existen evidencias de estudios previos que aborden los factores sociodemográficos relacionados con el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos. Esta falta de datos y análisis específicos en esta comunidad es un vacío significativo en la comprensión de los problemas de salud sexual y reproductiva que enfrentan las mujeres en edad fértil. Por lo tanto, se considera que la realización de esta investigación en San Sebastián del Coca es de vital importancia, ya que permitirá ampliar la educación sexual en las mujeres de esta comunidad y contribuir a la reducción de problemas relacionados con la falta de conocimiento en este tema. Además, se busca prevenir embarazos no planificados y las ITS, así como establecer una base sólida para futuras investigaciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en esta población.

En resumen, el problema de la falta de conocimiento y el uso inadecuado de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil es un desafío significativo a nivel mundial, con consecuencias graves para la salud y el bienestar de las mujeres. Los factores sociodemográficos desempeñan un papel crucial en este contexto, y es esencial comprender cómo influyen en el acceso y el conocimiento de los métodos anticonceptivos. La comunidad de San Sebastián del Coca, al no contar con investigaciones previas sobre este tema, se convierte en un lugar clave para llevar a cabo un estudio que arroje luz sobre estos aspectos y contribuya a la mejora de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil en esta región.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo se asocian los factores sociodemográficos con el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud San Sebastián del Coca?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se enfoca en una problemática de gran relevancia para la salud y el bienestar de las mujeres en edad fértil: los factores sociodemográficos, el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos (MAC). Este tema es de particular importancia debido a su impacto directo en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como en la planificación de las futuras generaciones. A través de esta investigación, se busca analizar en profundidad cómo los factores sociodemográficos influyen en el conocimiento y la utilización de

métodos anticonceptivos y, en última instancia, proporcionar información que permita diseñar estrategias efectivas de consejería y educación sexual.

Los factores sociodemográficos constituyen un conjunto de indicadores que describen a una persona en términos de edad, raza/etnia, sexo, género, nivel educativo, situación económica, condiciones de vida, cultura y otros aspectos similares. Estos factores desempeñan un papel fundamental en la toma de decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, incluido el uso de métodos anticonceptivos. Cada uno de estos factores puede influir en la percepción y el acceso a la información sobre métodos anticonceptivos, así como en la capacidad de utilizarlos de manera efectiva.

El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos (MAC) se refiere a la comprensión y la capacidad de una persona para entender y expresar una conducta relacionada con el uso de estos métodos. El conocimiento adecuado de los MAC es esencial para la prevención de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual (ITS). Sin embargo, la adquisición de este conocimiento puede verse afectada por una serie de factores sociodemográficos.

Uno de los factores sociodemográficos que se ha identificado como relevante en la investigación es la edad de las mujeres en edad fértil. La edad desempeña un papel significativo en el nivel de conocimiento y el uso de los MAC. A medida que las mujeres adquieren experiencia y madurez, es probable que aumente su conocimiento sobre estos métodos y su capacidad para utilizarlos de manera efectiva. Además, la edad puede estar relacionada con la cantidad de hijos deseados que una mujer tiene, lo que a su vez puede influir en la elección y el uso de los MAC.

Por lo tanto, la investigación se centra en esta variable, la edad, como un factor determinante en el conocimiento y el uso de los MAC por parte de las mujeres en edad fértil. El objetivo principal es comprender cómo las diferentes edades se relacionan con la percepción, el conocimiento y la aplicación de métodos anticonceptivos, lo que permitirá desarrollar estrategias específicas de educación y consejería que se adapten a las necesidades de cada grupo de edad.

El ámbito de estudio de esta investigación se centra en las mujeres que acuden al Centro De Salud San Sebastián Del Coca. Esta elección se basa en la importancia de identificar y abordar las necesidades de salud sexual y reproductiva en una

comunidad específica. Al obtener información detallada sobre los factores sociodemográficos, el nivel de conocimiento y el uso de los MAC en esta población, se podrán diseñar intervenciones específicas y personalizadas que beneficien directamente a las mujeres en edad fértil que buscan atención médica en este centro.

La aplicación de los hallazgos de esta investigación tendrá un impacto significativo en la salud y el bienestar de las mujeres en edad fértil de la comunidad de San Sebastián Del Coca. A través de la implementación de sesiones de consejería y educación sexual basadas en los resultados de esta investigación, se podrá mejorar el conocimiento sobre los MAC y promover su uso adecuado. Esto, a su vez, contribuirá a la reducción de embarazos no planificados y de ITS, así como a la promoción de decisiones informadas y saludables en lo que respecta a la planificación familiar y la salud sexual.

En consecuencia, esta investigación se enfoca en abordar una problemática de gran relevancia para la salud y el bienestar de las mujeres en edad fértil, específicamente en relación con los factores sociodemográficos, el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos. La comprensión de cómo estos factores se interrelacionan y afectan las decisiones de las mujeres en cuanto a su salud sexual y reproductiva es esencial para diseñar estrategias efectivas de intervención y educación. Al centrarse en la comunidad de San Sebastián Del Coca, se busca proporcionar soluciones concretas y adaptadas a las necesidades específicas de esta población, lo que tendrá un impacto positivo en la salud de las mujeres y en la planificación de las futuras generaciones.

1.4. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

Determinar los factores sociodemográficos, nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud San Sebastián del Coca.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores sociodemográficos de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud San Sebastián del Coca.

- Establecer los diferentes tipos de métodos anticonceptivos utilizados en mujeres de edad fértil que acuden al Centro de Salud San Sebastián del Coca.
- Identificar la fuente de obtención de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil que acude al Centro de Salud San Sebastián del Coca
- Relacionar los factores sociodemográficos con el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud San Sebastián del Coca.

1.4.3. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud San Sebastián del Coca?
- ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos son los más utilizados en mujeres de edad fértil que acuden al Centro de Salud San Sebastián del Coca?
- ¿Cuál es la fuente de obtención de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud San Sebastián del Coca?
- ¿Cuál es la relación que existe entre los factores sociodemográficos, nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud San Sebastián del Coca?

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación realizada por Calderón (2022), titulada "Factores sociodemográficos y su relación con el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil según la encuesta ENSANUT 2018 en Ecuador", se propuso analizar la conexión entre los factores sociodemográficos y el conocimiento y empleo de los MAC en mujeres en edad fértil. La metodología constó de un enfoque cuantitativo, con un diseño observacional y analítico. La información fue extraída de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT del 2018, que abarcó a 48,700 mujeres en edad fértil.

Los resultados revelaron que el 81,2% de las mujeres habían recibido información sobre anticonceptivos en algún momento de su vida, mientras que el 18,3% nunca la había recibido. Se encontró que las mujeres mestizas, sin pareja, de menor edad, con educación básica, que residían en áreas rurales y en la región de la Sierra ecuatoriana, tenían un mayor riesgo de no estar informadas sobre métodos anticonceptivos. En cuanto al uso de anticonceptivos, el 50,1% de las mujeres no estaban utilizando ningún método, mientras que el 49,9% sí lo hacía. Se identificó un mayor riesgo de no utilización en las mujeres indígenas, con educación básica, que vivían en áreas rurales, solteras, menores de edad, de la región de la Sierra y que no tenían hijos. En conclusión, los factores sociodemográficos tienen una clara influencia en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, pudiendo generar contextos de profunda desigualdad y opresión.

En el estudio de Rosales y Sánchez (2021) titulado "Factores sociodemográficos asociados al nivel de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes atendidos en un centro médico privado en el distrito de Lurín, Lima – 2020", se aborda el objetivo de determinar la relación entre factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento acerca del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que recibieron atención en un Centro Médico Privado ubicado en el distrito de Lurín, Lima, durante el año 2020. La metodología

empleada en este estudio se fundamenta en un enfoque cuantitativo con un diseño de investigación transversal descriptivo y correlacional, utilizando un enfoque no experimental. La muestra estuvo compuesta por 150 adolescentes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. La recopilación de información se llevó a cabo a través de una encuesta que constaba de dos partes: una centrada en los factores sociodemográficos y otra relacionada con la evaluación del nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos (MAC).

Los resultados obtenidos a partir de la muestra revelaron una serie de factores sociodemográficos relevantes. En cuanto a la edad de los participantes, el 57,3% tenía 19 años. En cuanto al género, el 67,3% eran mujeres. En cuanto al estado civil, el 92% de los adolescentes se encontraba soltero/a. En cuanto al nivel educativo, el 38.7% tenía educación secundaria. En cuanto a la religión, el 58% de los participantes se identificaba como católico. Respecto al empleo, el 54% de los adolescentes no tenía trabajo, y en términos de la composición familiar, el 53.3% vivía con sus padres. En lo que respecta al nivel de conocimiento sobre los MAC, los resultados mostraron que el 52.7% de los adolescentes tenía un nivel de conocimiento alto, el 44% un nivel medio y solo un 3.3% presentaba un nivel bajo de conocimiento sobre estos métodos anticonceptivos. Las conclusiones del estudio indicaron que existe una relación estadísticamente significativa entre varios factores sociodemográficos y el nivel de comprensión del uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes participantes. Estos factores incluyen la edad, el género, el nivel de educación, la situación laboral y la religión. Estos resultados resaltan la importancia de considerar estos factores al abordar la educación y promoción de métodos anticonceptivos en la población adolescente, con el objetivo de proporcionar información y servicios adecuados que se adapten a las necesidades y características específicas de este grupo demográfico.

En la investigación realizada por Vásquez et al. (2020) bajo el título "Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 17 años", el objetivo principal fue determinar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en una muestra de 31 estudiantes de una unidad educativa pública en edad de 15 a 17 años. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico. Asimismo, se empleó un enfoque cuantitativo y un diseño de investigación de tipo transversal, no experimental y descriptivo.

Los resultados obtenidos en este estudio revelaron datos significativos sobre el nivel de conocimiento de estos adolescentes en relación con los métodos anticonceptivos (MAC). En particular, se encontró que el 51,6% de los participantes tenía un conocimiento deficiente en este ámbito. Además, un 48,4% obtuvo un nivel de conocimiento considerado como regular, lo que indica que había margen para mejorar su comprensión de los MAC. Un dato que generó preocupación fue que el 0% de los adolescentes demostró un conocimiento adecuado o bueno en relación con los métodos anticonceptivos. En conclusión, los resultados de este estudio sugieren que existe un limitado conocimiento sobre la temática en adolescentes de 15 a 17 años. El hecho de que ninguno de los participantes haya demostrado un nivel de conocimiento satisfactorio resalta la necesidad urgente de implementar programas de educación sexual y promoción de métodos anticonceptivos en esta población. La falta de información precisa y adecuada en esta etapa crucial de la vida puede tener consecuencias significativas, como el aumento de embarazos no planificados y riesgos asociados a la salud sexual y reproductiva.

Estos resultados, aunque preocupantes, sirven como punto de partida para futuras intervenciones y programas educativos dirigidos a mejorar el conocimiento y la comprensión de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos. El acceso a información precisa y la educación en este ámbito son esenciales para empoderar a los adolescentes y ayudarles a tomar decisiones informadas y saludables en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva.

En el artículo de García et al. (2021), titulado "Nivel de conocimiento de método anticonceptivos en estudiantes universitarios", se buscó establecer el nivel de comprensión y empleo de los métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios. La metodología empleada se compuso de un estudio transversal descriptivo y de campo. La muestra se determinó mediante muestreo por conveniencia, generando un grupo de 132 estudiantes de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Los resultados establecieron que el 49,2% recibió información sobre sexualidad de un profesional de la salud y solo el 27,3% obtuvo información en la universidad. Por otro lado, el 47,7% cuenta con pareja y el 75,8% mantiene una vida sexual activa, empleando el condón como método principal en 65,3%. En conclusión, el 71,2% cuenta con un nivel inadecuado de información sobre los MAC; por ello, es necesario reforzar la información, más aún si el 29,5% no utiliza MAC.

En la investigación de Pérez y Sánchez (2020), titulada "Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural", se tuvo como objetivo establecer el nivel de conocimiento y empleo de MAC por adolescentes en medio rural. La metodología se compuso de un estudio transversal de tipo analítico, donde se aplicó un cuestionario a adolescente de 15 a 19 años de ambos sexos, que asistían al centro de salud. El cuestionario incluyó variables sociodemográficas, socioeducativas y preguntas sobre el uso de métodos anticonceptivos. En los resultados se determinó que el 70% tenía una vida sexual inactiva y 30% con vida sexual activa. También, el nivel de conocimiento de los MAC fue medio en 38% y bajo en 31%; el condón fue el MAC más utilizado con 88%. Además, se logró evidenciar que el conocimiento va aumentando conforme aumenta la edad. En resumen, es fundamental brindar una mayor educación sobre la utilización apropiada de los métodos anticonceptivos (MAC) tanto en entornos escolares como familiares, y especialmente en comunidades rurales, antes del inicio de la vida sexual. Esto resulta crucial para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

El estudio de Butrón (2023), denominado "Factores sociodemográficos y uso de métodos anticonceptivos en el Perú: Un análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar – ENDES 2019", tuvo por objetivo definir la correlación entre las características sociodemográficas y el empleo de los métodos anticonceptivos. La metodología utilizada partió de un enfoque cuantitativo. La investigación fue de tipo descriptiva y observacional. El diseño fue transversal y retrospectivo utilizando fuentes secundarias. La muestra fue un grupo de 36.922 mujeres en edad fértil, las cuales constaban en la base de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES del 2019. Las características sociodemográficas estudiadas fueron edad, educación, nivel económico, área de residencia y condición migratoria. Los resultados demuestran que las mujeres del grupo etario de 15 a 49 años presentan mayor conocimiento de los MAC. Por su parte, el uso de MAC fue de 76,2%, donde el método más utilizado fue la inyección. En educación el 45,5% de las mujeres presentan educación secundaria. Además, el 27,5% tiene un nivel económico pobre. Finalmente, el 73,8% de la muestra reside en el área urbana.

Pérez et al. (2020), en su investigación titulada "Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su uso en estudiantes de licenciatura", tuvo por objetivo establecer el nivel de conocimiento de MAC y su uso en estudiantes universitarios. La

metodología partió de un enfoque cuantitativo, es de tipo descriptiva y con un diseño transversal. La muestra se obtuvo mediante un muestreo probabilístico multietápico generando un grupo de 348 alumnos, a los cuales se aplicó un cuestionario semiestructurado. Los resultados establecieron que la edad promedio fue de 20.41 ± 1.77 años, con mínimo de 18 y máximo de 28 años. De la muestra solo el 14,4% ha acudido a Servicios de Planificación Familiar. De la muestra el 67,8% ha iniciado su vida sexual y el 94,9% ha usado algún MAC. El MAC más utilizado es el preservativo con 89,4%. En general el 88,5% tiene un conocimiento limitado sobre MAC.

Uriarte y Asenjo (2020), en su investigación titulada "Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de colegios estatales", tuvieron por objetivo de investigación establecer la correlación entre el nivel de conocimiento y uso de MAC en adolescentes que asisten a colegios público de la ciudad de Chota en 2017. La metodología se compuso de un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental y transversal. Por su parte, la muestra fue de 160 adolescentes pertenecientes a quinto grado. Se aplicó un cuestionario sobre conocimiento y uso de MAC. Los resultados arrojaron que el nivel medio de conocimiento sobre los MAC es de 56,3%, seguido de 36,3% con conocimiento bajo. Respecto al uso de MAC el preservativo se distingue con 51,9%. En conclusión, la correlación entre conocimiento y uso de MAC en adolescentes no fue significativa.

En el estudio de Mejía et al. (2020), titulado "Factores socioeducativos asociados al no uso de métodos anticonceptivos en universitarias de cuatro países de Latinoamérica", se tuvo por objetivo de investigación analizar los factores socioeducativos vinculados a no utilizar métodos anticonceptivos en universidades de cuatro países de América Latina. La metodología empleó un enfoque cuantitativo y un diseño transversal analítico. La muestra fue de 200 estudiantes mujeres a las cuales se aplicó una encuesta con preguntas sobre variables de uso y conocimiento de MAC. Los resultados arrojaron que el conocimiento sobre los MAC es limitado en 74% y el 7% no emplea ningún MAC. Al llevar a cabo el análisis multivariado, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas, es decir no hubo relación entre las variables. En conclusión, un porcentaje elevado no utiliza ningún MAC entre los más conocidos.

El estudio llevado a cabo por Aguayo et al. (2022) bajo el título "Conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos en universitarios: estudio comparativo" tuvo como propósito analizar el nivel de conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos entre los estudiantes universitarios de las carreras de Enfermería y Gestión y Dirección de Negocios. La metodología empleada consistió en un estudio cuantitativo, descriptivo, comparativo y correlacional que incluyó a 462 estudiantes. Los resultados revelaron un nivel elevado de conocimiento en relación con los MAC en los estudiantes de enfermería, alcanzando un 84,5%, y un nivel medio del 15,5%. En contraste, entre los estudiantes de Gestión y Dirección de Negocios, se identificó un nivel alto de conocimiento del 61,2%, un nivel medio del 37,3%, y un bajo nivel de conocimiento del 1,5%. En resumen, los hallazgos señalan la necesidad de implementar un programa de educación sexual y salud reproductiva adaptado a las particularidades personales y culturales de los estudiantes de Gestión y Dirección de Negocios, mientras se refuerza el conocimiento entre los estudiantes de Enfermería.

De acuerdo con el estudio llevado a cabo por García y Suárez (2023), titulado "Conocimientos de los métodos anticonceptivos y aplicación del uso en estudiantes de primero y segundo bachillerato. Unidad Educativa UPSE", el objetivo principal consistió en evaluar el nivel de conocimiento y uso de MAC. La metodología adoptada se basó en un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental descriptivo, de carácter transversal, y se llevó a cabo en un entorno de campo. La muestra incluyó a 919 estudiantes matriculados durante los periodos académicos 2019-2021. A estos estudiantes se les administraron encuestas previas y posteriores a las intervenciones educativas, previa obtención del consentimiento informado por parte de los representantes.

Los resultados revelaron que un 39.49% de los estudiantes iniciaron su actividad sexual entre los 13 y 16 años. Asimismo, se constató que la mayoría tenía conocimientos sobre los MAC, alcanzando un 68% en relación al uso de algún método. Los estudiantes informaron que su nivel de conocimiento aumentó del 57% al 79% después de participar en los talleres. En cuanto al método anticonceptivo más utilizado en su primera relación sexual, el preservativo representó un 7%, mientras que en la actualidad ha aumentado su uso hasta un 19%. En cuanto a las fuentes de información sobre sexualidad, los padres representaron un 31%, seguido por internet con un 24%. En conclusión, los investigadores señalaron que el déficit de conocimientos entre los estudiantes y el uso inadecuado de los MAC pueden

aumentar el riesgo de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

En el estudio realizado por Bravo et al. (2020) bajo el título "Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de medicina y enfermería, 2020", el objetivo principal fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios. La metodología utilizada se basó en un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con una población de estudio compuesta por 477 estudiantes universitarios. Los resultados revelaron que la edad de los participantes se encontraba en un rango entre 17 y 27 años, con un 54,7% correspondiente a mujeres. Además, el 75,3% de los estudiantes residían en Cañar y el 60% informó tener una vida sexual activa. Del total, un 92,7% demostró conocimiento acerca de los MAC, mientras que un 39,2% no utilizaba ningún método como medida de protección. El método más empleado fue el preservativo, utilizado por el 32,5% de los estudiantes. Por otro lado, un 16,1% de los estudiantes admitieron no asumir su responsabilidad en caso de un embarazo no planificado, y de estos, el 61,1% eran de sexo femenino. En conclusión, aunque el nivel de conocimiento entre los estudiantes resultó ser alto, no se reflejó en el uso efectivo de los MAC. Además, se observó que la identificación como católico y la falta de conocimiento sobre los MAC aumentaron el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Según Tuza (2022), en su trabajo denominado "Uso de plantas medicinales como método de planificación familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Urbano Tena, Napo 2022", el objetivo planteado fue determinar la utilización de plantas medicinales como método de planificación familiar en pacientes del Centro de Salud Urbano Tena. La metodología empleada se desarrolló mediante un enfoque cualitativo, diseño no experimental y corte transversal, e investigación de tipo descriptivo, documental y de campo. La muestra fue de 50 mujeres en edad fértil de etnia indígena. En relación a los resultados obtenidos, las mujeres mencionaron emplear diversos métodos tradicionales, particularmente el consumo de productos derivados de plantas medicinales, confeccionados de manera artesanal y empírica, con la finalidad de controlar la natalidad. Por otro lado, el 36% de las participantes tenía conocimiento sobre el implante, el 28% estaba familiarizado con la píldora de emergencia, el 42% conocía el condón y el 31% estaba informada sobre las inyecciones anticonceptivas. No obstante, una parte significativa del grupo

estudiado tenía conocimiento y utilizaba los métodos anticonceptivos que habían sido heredados y mantenidos a lo largo del tiempo. Se observó que el "Cruz caspi" demostró una efectividad del 32%. En conclusión, a pesar de la adopción de productos tradicionales, más de la mitad de los embarazos persistieron. En respuesta, se elaboró una guía práctica e informativa sobre los métodos anticonceptivos con el fin de abordar esta problemática.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos son aquellos que asignan características específicas a cada un miembro de una población, dentro de estos se pueden mencionar el estado civil, ocupación, religión etnia/raza, tamaño de la familia (número de hijos), nivel educativo etc., que son indicadores que permitirá obtener información verifca, de la realidad en la que se encuentra el grupo de población a estudiar, en la salud los factores sociodemográficos ayudan a conocer las condiciones de vida, hábitos, prácticas y nivel educativo que permiten evaluar y conocer la causa de una enfermedad o evento, lo cual permitirá crear medidas preventivas (Huariopata, 2019).

2.2.1.1. Edad

Tiempo que ha vivido una persona, desde su nacimiento hasta su referencia (RAE, 2023). Estudios realizados como Calderón (2022) y Rosales y Sánchez (2021) establecen que la edad influye en el conocimiento y empleo de los métodos anticonceptivos, siendo este factor relevante para la presente investigación.

2.2.1.2. Estado civil

Es un concepto jurídico que hace referencia a las condiciones de una persona en cuento a su relación con terceros (DELSOL, 2023). En investigaciones como las de Calderón (2022) y Rosales y Sánchez (2021), se ha demostrado que el uso de anticonceptivos se ha visto afectado por el estado civil de una persona. El estado civil soltero/a tiene un porcentaje menor acerca del uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, y por otro lado la población de mujeres que más conocimiento tiene en cuanto a su estado civil acerca de los métodos anticonceptivos son las mujeres que tienen unión de hecho.

2.2.1.3. Nivel educativo

El nivel educativo de una persona se determina por el grado de experiencias, conocimientos y habilidades de aprendizaje que ha logrado durante sus estudios realizados o en curso, sin considerar si se han culminado, incompletos o temporales (INE, 2023). En las investigaciones de Calderón (2022), Rosales y Sánchez (2021) y García et al. (2021), se identificó que las mujeres con una educación superior tienen mayor conocimiento y empleo de métodos anticonceptivos, mientras que las mujeres con educación básica tienen un porcentaje menor.

2.2.1.4. Raza/ etnia

La raza hace referencia a los aspectos físicos de una persona tales como el color de piel, atributos sociales y biológicos así también como la cultura (Butrón, Factores sociodemográficos y uso de métodos anticonceptivos en el Perú: Un análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar-ENDES 2019, 2023). Asimismo, JBT (2023) manifiesta que la etnia es el conjunto de características culturales como la lengua, la ascendencia, hábitos creencias y prácticas. Acorde a las investigaciones de Calderón (2022) y Rosales y Sánchez (2021) se determinó que la etnia tenía influencia en los conocimientos y empleo de métodos anticonceptivos. Esto dado que las mujeres indígenas y afrodescendientes no presentaban conocimientos elevados sobre los métodos, mientras las mestizas presentan un mayor acceso a información.

2.2.1.5. Economía

La economía es un indicador social que hace referencia al conjunto de bienes que integran el patrimonio de una persona (UNCOMO, 2023). El nivel económico también fue analizado en las investigaciones de Calderón (2022), Rosales y Sánchez (2021), este factor también tiene influencia en el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, siendo el nivel económico alto y medio los que tienen mayor acceso a información.

2.2.1.6. Área de residencia

Hace referencia a la vivienda o domicilio donde reside una persona (INEI, 2021). En las investigaciones de Calderón (2022), Rosales y Sánchez (2021) se concluyó que las mujeres que viven en zonas rurales tienen un menor porcentaje en cuanto a conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, mientras que las mujeres que viven

en zonas urbanas tienden a tener un mayor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

2.2.2. Métodos anticonceptivos (MAC)

La anticoncepción se considera uno de los servicios básicos de salud que fomenta ejercer el derecho de tomar decisiones libres, responsables y conscientes sobre la maternidad o paternidad, el número de hijos deseados y el espaciamiento entre ellos, junto con el acceso a información precisa y servicios de salud adecuados (Aguar et al., 2019).

Según Ortiz y Ignaciuk (2018)), es frecuente que los adolescentes comiencen su vida sexual con aprehensiones derivadas de la limitada de información y educación en sexualidad integral, que aborde la prevención del embarazo adolescente y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). Suelen evitar hacer preguntas por timidez, ya que generalmente en los hogares se habla poco o nada sobre sexualidad, en las escuelas el tema es abordado de manera limitada y los sistemas de salud no proporcionan información clara, a menudo propagando mitos y concepciones erróneas. Una correcta educación y acceso a métodos anticonceptivos para los adolescentes les permite prevenir embarazos no deseados en la adolescencia, así como ITS y complicaciones relacionadas con el embarazo en mujeres jóvenes, que se consideran de alto riesgo y pueden comprometer su salud y restringir sus oportunidades de desarrollo futuro.

Al prevenir embarazos no deseados o no planificados, se reducen los riesgos de abortos inseguros entre las adolescentes, que a menudo recurren a la interrupción del embarazo en condiciones sanitarias precarias o con personal no capacitado. Los métodos anticonceptivos (MAC) demuestran una alta efectividad cuando se comprende su uso adecuado y no interfieren con el disfrute de la actividad sexual, al tiempo que fomentan la participación de la pareja en la promoción de la salud sexual y reproductiva. Se sugiere la provisión de información basada en evidencia y la orientación por parte de profesionales de la salud cualificados, que puedan respaldar los criterios médicos de elegibilidad para la selección del anticonceptivo más adecuado, ya sea hormonal o quirúrgico, en función de las condiciones de salud específicas del usuario, mientras que los métodos de barrera no requieren tales consideraciones

2.2.2.1. Historia de los MAC

Hay varias formas de reducir la posibilidad de embarazos y acciones para prevenir la concepción o suprimir la ovulación. Los pueblos han adoptado tasas de natalidad desde la antigüedad, desarrollaron un nivel adecuado de conocimiento sobre el uso de plantas medicinales con este fin (Aguilar et al., 2019). El avance científico en el ámbito de los métodos anticonceptivos (MAC) occidentales en relación con la sexualidad y la reproducción se remonta a finales del siglo XIX, cuando se empezó a utilizar el látex para la fabricación de preservativos con el propósito de prevenir las enfermedades de transmisión sexual conocidas en ese entonces. En 1960, en Estados Unidos, se aprobó el uso de la primera píldora anticonceptiva, y los logros de las investigaciones subsiguientes permitieron el descubrimiento de nuevas formulaciones hormonales que ayudan a minimizar los riesgos y efectos secundarios de su uso. En esa misma década, se introdujo el primer dispositivo intrauterino (DIU) de plástico, que fue médicamente aceptado y que en la década de 1970 se mejoró con la adición de cobre para potenciar las propiedades y características de los MAC, al actuar antes de la fecundación del óvulo (Ortiz y Ignaciuk, 2018).

A lo largo de la historia en Argentina, la disponibilidad de los métodos anticonceptivos (MAC) estuvo sujeta a diversas restricciones impuestas por la normativa legal. Su uso comenzó a expandirse con el advenimiento de la democracia. Tras la aprobación de la Ley Nacional 25.673 en 2002, se estableció el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, actualmente conocido como la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) (Ortiz y Ignaciuk, 2018).

En 2006, la Ley Nacional 26.130 sobre anticoncepción quirúrgica reconoció la ligadura de trompas y la vasectomía como métodos anticonceptivos, facilitando su práctica de forma gratuita para personas mayores de edad. Actualmente, la anticoncepción no se contempla como una forma de control de la natalidad, sino más bien como una elección personal en la que las personas deciden si quieren tener hijos, cuántos y en qué momento desean hacerlo (Clavero, 2018).

En 2009, la Ley Nacional 26.485 estableció que obstaculizar el acceso a los métodos anticonceptivos se considera una forma de violencia contra la libertad sexual y reproductiva, y la negativa a proporcionarlos conlleva una responsabilidad total para las instituciones y los profesionales. El acceso a la información y a los métodos

anticonceptivos se reconoce como un derecho fundamental para todas las personas (Clavero, 2018).

2.2.2.2. Tipos de métodos anticonceptivos (MAC)

Según su mecanismo de acción, los métodos anticonceptivos (MAC) pueden clasificarse en:

2.2.2.2.1. Anticonceptivos de barrera

Impiden el acceso de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo (Bustos, 2021), en la Tabla 1 se observa su clasificación.

Tabla 1. Anticonceptivos de barrera

Anticonceptivo	Definición	Recomendaciones	Ventajas	Efectos secundarios
Preservativo masculino o peneano	Es una funda de poliuretano o látex que se coloca sobre el aparato reproductor masculino (pene) antes de la penetración, el hombre eyacula dentro del preservativo masculino y se evita la entrada de espermatozoides al aparato reproductor femenino (vagina) (Gutiérrez y Armenta, 2021).	<ul style="list-style-type: none"> • Su función es inmediata después de que es colocado • Es importante conservarlo en lugares secos y frescos, tener en cuenta la fecha de caducidad, la correcta manera de abrir el preservativo y uso correcto de este. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticoncepción de barrera • Previene (ITS), incluyendo VIH • Económico y fácil de conseguir • Carece de efectos colaterales hormonales y puede utilizarse como método de respaldo (doble protección). 	
Preservativo femenino o vaginal	Es una funda suave de poliuretano o látex que cubre el interior del aparato reproductor femenino	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionada de manera inmediata después de que es colocado 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivo de barrera, controlado por la mujer • Previene (ITS), incluyendo VIH • Carece de efectos colaterales hormonales 	

Diafragmas y espermicidas

(vagina) (Gutiérrez y Armenta, 2021).

Según la OPS (2019), es un capuchón de látex blando que cubre el cuello uterino, actúa impidiendo la entrada del espermatozoide. Se utiliza con espermicidas (anticonceptivo químico) que actúan sobre los espermatozoides impidiendo que entren en contacto con el óvulo (p. 271).

- Se puede colocar hasta 8 horas antes de tener relaciones sexuales
- No debe utilizarse al mismo tiempo que el preservativo masculino, ya que puede provocar fricción y agujerarse

Diafragma

- Se introduce profundamente en la vagina antes de tener relaciones sexuales, cubre el cuello uterino y junto a los espermicidas brindan protección anticonceptiva adicional
- Antes de utilizarlo es importante revisión ginecológica
- No causan cáncer cervicouterino

Espermicidas

- No reducen secreciones vaginales ni hacen que la mujer sangre durante las relaciones sexuales

- Se lo utiliza por todas las mujeres sin importar la edad, paridad o condición de salud

Diafragma

- Protege contra el riesgo de embarazo no deseado
- Protege de algunas ITS (clamidiasis, gonorrea, enfermedad inflamatoria pélvica, tricomoniasis)

Espermicidas

- Ayuda a proteger contra el riesgo de embarazo

- Irritación en la vagina o el pene o su alrededor
- Lesiones vaginales
- Infección urinaria
- Vaginosis bacteriana

- No causan cáncer cervicouterino ni defectos congénitos
- No protegen frente a las (ITS)

2.2.2.2.2. Anticonceptivos hormonales

Estos impiden la concepción mediante la acción a nivel del hipotálamo-hipófisis-gonadal o por acción local inhibiendo el acceso de espermatozoides (Bustos, 2021). Se clasifican en la Tabla 2:

Tabla 2. Anticonceptivos hormonales

Anticonceptivo	Definición	Recomendaciones	Ventajas	Efectos secundarios
Anticonceptivo hormonal combinado (AOC)	Están compuestos por hormonas que derivan de los estrógenos y de la progesterona (progestágenos). Su función es evitar que ovules, esto significa que impiden que los ovarios liberen un óvulo. También provoca cambios en la mucosa en el endometrio impidiendo que los espermatozoides se unan al óvulo.	<ul style="list-style-type: none"> • Al suspender o dejar de tomar estos anticonceptivos hormonales, la fertilidad es casi de inmediato 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo más bajo de tener cáncer de ovario, útero, quistes ováricos y enfermedad mamaria • Menos calambres menstruales (dismenorrea) • Tratamiento del síndrome premenstrual • Regulariza los ciclos menstruales • Anticonceptivo hormonal solo de progestágenos • Disminuye el flujo y cólico menstrual 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración en el patrón de sangrado menstrual (amenorrea) • Cefalea • Náuseas • Mareos • Mastalgia • Modificación de la libido y variaciones en el peso por retención hídrica

**Anticonceptivos
hormonales sólo de
progestágenos
(AOP)**

Este compuesto por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por la mujer, aumentan la cantidad y consistencia del moco cervical, así evitando que los espermatozoides penetren al aparato reproductor femenino (vagina), e inhibiendo la ovulación (salida del óvulo) (Casey, 2023).

- Deben ser tomados en la misma hora, todos los días, no incluye píldoras inactivadas
 - Se lo prescribe cuando el estrógeno está contraindicado
 - La tasa de embarazo con el uso correcto es similar a los (AOP)
 - Controla el acné y no existe pérdida de la densidad mineral ósea, al contrario, incrementa.
 - Acné
 - Nerviosismo
 - Aumento de peso
 - Riesgo de cáncer de cuello uterino
 - Cefalea
 - Náuseas, vómitos
-

2.2.2.2.3. Según su vía de administración:

En la Tabla 3 se detalla la clasificación para los métodos anticonceptivos según su vía de administración (Bustos, 2021).

Tabla 3. Anticonceptivos según su vía de administración

Anticonceptivo	Definición	Recomendaciones	Ventajas	Efectos secundarios
Inyectables	<p>Es la aplicación periódica que inhibe la ovulación y de alguna manera engrosa el moco cervical, hay dos tipos (Gutiérrez y Armenta, 2021).</p> <p>1. "Progestina, aplicación cada 2 meses (enantato de noretisterona) o para aplicar cada 3 meses (acetato de medroxiprogesterona).</p> <p>2. Aplicación mensual con dos hormonas (estrógenos y progestinas)"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debe colocarse en los primeros 7 días desde el inicio del periodo menstrual • Se coloca entre el primer y quinto día de menstruación • Las inyecciones subsiguientes se colocan cada 30 días, sin dejar pasar más de 3 días para su eficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivo hormonal, reversible de corta duración y aplicación intramuscular • No es evidente o perceptible • Ampliamente disponible • Fácil de utilizar o colocarse • No interfiere en las relaciones sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso • Cefalea • Sangrado vaginal ligero o flujo de color café entre periodos • Sensibilidad de los senos • Menstruaciones irregulares o ausencia de la menstruación
Implante subdérmico	<p>Es un pequeño cilindro no biodegradable flexible que se inserta debajo de la piel del antebrazo de la mujer, este libera una hormona progestacional para engrosar la mucosa del cuello del útero, lo que impide a los</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debe ser insertado después de los primeros 5 días del ciclo menstrual • Se debe utilizar un método de barrera por 7 días • No protege contra las (ITS) • Se debe mantener la zona seca por 24 h y aplicar un vendaje sin demasiada 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivo reversible de larga duración • Procedimiento no doloroso • Protección entre 3 a 5 años dependiendo el tipo • No interfiere en las relaciones sexuales • Una vez que se retire el implante, el retorno de la fertilidad es inmediato 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Aumento de peso • Acné • Dolor de mamas • Inflamación o sequedad vaginal • Amenorrea (ausencia del periodo menstrual)

	<p>espermatozoides penetrar el aparato reproductor de la mujer e inhibe la ovulación (Gutiérrez y Armenta, 2021).</p> <p>Una vez que se insertó el implante subdérmico por el personal capacitado, su efecto anticonceptivo va de los 3 a 5 años.</p>	<p>presión en la zona donde se insertó</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de presentar quistes ováricos
<p>Parches anticonceptivos</p>	<p>Es un pequeño parche de forma cuadrada y de color similar a la piel que contiene estrógeno y progestina, adherible a la piel de la mujer, ya sea en el abdomen, glúteos, o la parte superior del torso. Se lo cambia cada semana por tres semanas, y la cuarta semana no se usa (Gutiérrez y Armenta, 2021).</p> <p>Las hormonas inhiben la ovulación y aumenta la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No protege contra (ITS) • Es altamente efectivo, excepto en las mujeres que pesan 90 kg o más, su efectividad disminuye • Nunca deben pasar más de 7 días sin usar el parche, puede existir riesgo de quedar embarazada 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Dolor menstrual • Aumento de peso • Sangrado leve o manchado intermenstrual • Riesgo de padecer problemas de coagulación • Acné • Diarrea • Retención de líquidos

densidad del moco cervical impidiendo que los espermatozoides entren al útero.

- Amenorrea (ausencia de la menstruación)
- Dolor abdominal
- Vaginitis (irritación, enrojecimiento de la vagina)

2.2.2.2.4. Métodos intrauterinos

Son dispositivos flexibles que se colocan en cavidad uterina y actúan por mecanismo local alterando el medio uterino (Bustos, 2021). Hay dos tipos que se detallan en la Tabla 4:

Tabla 4. Métodos intrauterinos

Anticonceptivo	Definición	Recomendaciones	Ventajas	Efectos secundarios
Dispositivo intrauterino con cobre (DIU)	Es un método temporal (5-10 años) de fertilidad, que se introduce en la cavidad uterina, con la finalidad de liberar cobre impidiendo la fecundación, tiene la forma de T y el alambre de cobre enrollado alrededor del dispositivo produce reacción inflamatoria que actúa sobre los	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede colocar hasta 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección • Funciona de manera inmediata tras ser colocado • No protege contra (ITS) • Seguimiento de atención médica después de ser colocado, para verificar que 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivo de larga duración, discreto y difícilmente visible • Protección durante 5 a 10 años • Fácil de utilizar • No interfiere en las relaciones sexuales • Tiene un retorno inmediato una vez que se lo retire <ul style="list-style-type: none"> • Efectividad de más del 99% 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado entre periodos menstruales • Dolores menstruales • Sangrado intenso • Riesgo de embarazo ectópico (embarazo en el que el óvulo fecundado se implante fuera del útero)

	<p>espermatozoides y los óvulos, así evitando el embarazo (Gutiérrez y Armenta, 2021).</p>	<p>se haya colocado correctamente</p>	
<p>Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-LNG)</p>	<p>Es un método temporal de la fertilidad, pieza en forma de T, que libera hormona progestina (Levonorgestrel) dentro del cuerpo impidiendo la fecundación, incrementa la cantidad y consistencia del moco cervical impidiendo el paso de los espermatozoides en el sistema reproductor femenino (vagina), e inhibe la ovulación (Gutiérrez y Armenta, 2021).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El médico le dirá cuál es el momento para insertar el dispositivo intrauterino, dependiendo del tiempo transcurrido se debe utilizar un (MAC) no hormonal como condones y espermicida durante 7 días • Seguimiento de atención médica de 4 a 6 semanas después de ser colocado, para verificar que se haya colocado correctamente • Verificar alergia al Levonorgestrel o cualquier otro material que se utiliza en la fabricación de este dispositivo • No protege contra las (ITS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Estas hormonas en el (DIU) previenen el embarazo, disminuyen los periodos menstruales dolorosos o abundantes • Efectividad de más del 99% • Cefalea • Acné • Náuseas • Sensibilidad en los senos • Aumento de peso • Calambres o dolor durante la menstruación • Crecimiento del vello no deseado •

2.2.2.2.5. Anticoncepción quirúrgica

Son métodos prácticamente irreversibles y se describen en la Tabla 5:

Tabla 5. Métodos anticonceptivos quirúrgicos

Anticonceptivo	Definición	Recomendaciones	Ventajas	Efectos secundarios
Ligadura de trompas uterinas	Es un método irreversible que consiste en cortar o bloquear las trompas de Falopio en las mujeres, de esta manera evita que los óvulos liberados por los ovarios se desplacen a través de las trompas y no entren en contacto con los espermatozoides (Gutiérrez y Armenta, 2021).	<ul style="list-style-type: none"> • Para tener relaciones sexuales deben de esperar alrededor de una o dos semanas después de la cirugía • Tomar muy en cuenta el cuidado de la incisión • Evitar ejercicio pesado durante algunos días 	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene efectos colaterales a largo plazo • No existe contraindicaciones medicas para negar este método por razones de edad, paridad o condición civil • No se restablece la fertilidad • Procedimiento permanente 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor post operatorio • Riesgo de infección
Vasectomía	Es un procedimiento quirúrgico, se basa en el corte de los conductos deferentes impidiendo que los espermatozoides pasen al semen. En la eyaculación, se sigue expulsando semen, pero no	<ul style="list-style-type: none"> • Es segura alrededor de 3 meses después del procedimiento quirúrgico (tras unas 30 o 40 eyaculaciones) • Se debe utilizar un método alternativo durante este tiempo para sostener relaciones sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento sencillo, rápido y de corta recuperación • Se realiza de forma ambulatoria • Altamente eficaz para prevenir el embarazo • No afecta a la libido 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede tener ciertos efectos secundarios como: aparición de infecciones, dolor, hinchazón en la zona o hematomas que suelen

da lugar a un embarazo al no existir contacto con los espermatozoides (Gutierrez y Armenta, 2021).	<ul style="list-style-type: none"> • Tener en cuenta los cuidados post operatorios • No previne las (ITS) 	desaparecer en unos días
--	---	--------------------------

2.2.2.2.6. Método de la Lactancia Amenorrea (MELA)

Este método se detalla en la Tabla 6.

Tabla 6. Método de la Lactancia Amenorrea (MELA)

Anticonceptivo	Definición	Recomendaciones	Ventajas	Efectos secundarios
Método de la Lactancia Amenorrea (MELA)	<p>Este método consiste en utilizarlo durante los primeros seis meses de vida del/de la bebé la lactancia exclusiva, mientras continúe la amenorrea (ausencia de la menstruación).</p> <p>Requiere de 3 condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La madre no haya vuelto a menstruar 2. Alimentación completa o casi 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe mayor riesgo de embarazo cuando la mujer no puede alimentar a su bebe de manera completa con (LM) • Su efectividad hasta los 6 meses después del parto, siempre y cuando la madre no haya menstruado • La mayoría de las ingestas del bebé deberán ser de leche materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve los mejores patrones de (LM) que benefician tanto la salud de la madre como la del bebé • Protege contra riesgos de embarazo 	

-
- completa
 - mediante lactancia materna (LM)
 - 3. Bebé menor de 6 meses
-

2.2.2.2.7. Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad (MBCF)

Los métodos son dos y se detallan en la Tabla 7.

Tabla 7. Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad (MBCF)

Anticonceptivo	Definición	Recomendaciones	Ventajas	Efectos secundarios
Calendario (método del ritmo)	Es una forma natural de planificación familiar, para utilizar este método debes realizar o llevar un seguimiento de tu última menstruación con la finalidad de predecir cuándo ovularás. Según la OPS (2019), usar el método del ritmo como (MAC) requiere un registro cuidadoso, sino quieres	Consta de los siguientes pasos: <ul style="list-style-type: none"> • Registrar la duración de 6 a 12 de tus ciclos menstruales • Determinar la duración de tu ciclo menstrual más corto • Determinar la duración de tu ciclo menstrual más largo • Planificar las relaciones sexuales durante los días fértiles • Actualizar los cálculos todos los meses 		

concebir un hijo, a su vez la utilización de un (MAC) de barrera durante los días fértiles de cada mes. Se considera unos de los menos eficaces (p.309).

Existen muchos factores, como los medicamentos, estrés y las enfermedades, que pueden afectar el momento exacto de la ovulación, es por ello que este método puede ser impreciso, especialmente si la mujer tiene un ciclo irregular (OPS, 2019).

**Píldora
anticonceptiva de
emergencia (PAE)**

Es un método electivo hormonal que se lo utiliza en emergencias como, por ejemplo; actividad coital sin protección, o falla de métodos de barrera, con la finalidad de prevenir un embarazo no deseado. Su función es inhibir la ovulación (salida del óvulo a la cavidad uterina), aumenta la consistencia del moco cervical, impidiendo que los espermatozoides tengan contacto o encuentro con el óvulo (Gutiérrez y Armenta, 2021).

- Deben tomarse tan pronto como sea posible, preferible entre el 1 al 4 día después de las relaciones sexuales sin protección
- No es abortiva
- No previene las (ITS)
- No causan abortos
- No causan defectos congénitos si se produce el embarazo
- Pueden ser utilizadas por mujeres de cualquier edad, incluidas las adolescentes

- Náuseas
- Dolor abdominal
- Fatiga
- Cefalea
- Mayor sensibilidad en los senos
- Alteración del ciclo menstrual (antes o después de lo previsto)
- Leve sangrado irregular durante el 1 0 2 día después de haberla utilizado

2.2.3. Planificación familiar

La planificación familiar constituye una estrategia fundamental para lograr una plena salud sexual y reproductiva. Todos los individuos deben tener acceso y la capacidad de elegir entre los avances científicos en materia de métodos anticonceptivos. Esta labor es continua, considerando que generación tras generación habrá personas que necesitarán planificación familiar, incluyendo control preconcepcional, anticoncepción y atención de la infertilidad (Del Toro et al., 2018).

Sin embargo, existe una brecha en el acceso y el conocimiento de las opciones anticonceptivas y su uso. Muchos usuarios recurren a anticonceptivos para evitar el embarazo, pero fracasan debido a diversas razones, como la falta de instrucciones claras sobre su uso, la incapacidad para encontrar el método más adecuado para sus necesidades o el desconocimiento de los efectos secundarios. Por lo tanto, es crucial contar con servicios de salud que dispongan de personal capacitado para proporcionar información clara y precisa, permitiendo a los usuarios elegir un método acorde con su situación y necesidades específicas. Esto promoverá que la decisión sea voluntaria y se base en una información y asesoramiento adecuados (Rodríguez, 2018).

2.2.3.1. La Planificación Familiar se compone de tres momentos:

Según Rodríguez (2018), los distintos momentos en la planificación familiar abarcan diversas etapas y necesidades de las usuarias y los usuarios:

- El primer momento se enfoca en aquellas personas que desean concebir y planifican su familia con el objetivo de lograr un embarazo exitoso, conocido como Control Preconcepcional.
- El segundo momento atiende a las personas que ejercen su derecho a la sexualidad y no desean un embarazo en ese momento, por lo que planifican su familia a través del asesoramiento y el uso de métodos de Anticoncepción.
- El tercer momento se dirige a las personas que enfrentan dificultades para concebir y buscan orientación y apoyo en la gestión de la infertilidad para lograr su objetivo, conocido como Asesoramiento y Manejo en Infertilidad.

Por su parte, el asesoramiento en el ámbito de la salud implica una serie de prerequisites fundamentales desde la perspectiva del equipo de atención médica Del Toro et al. (2018).

1. El reconocimiento de cada persona en consulta como un individuo con derechos, merecedor de respeto y consideración, sin importar su situación vital, condición social, cultural, étnica, religiosa u orientación sexual o reproductiva.
2. La reevaluación de la labor profesional en función de los principios de la bioética, que fomenta el respeto y promoción de la autonomía de la persona en consulta. Esto implica empoderar a los individuos para que tomen decisiones fundamentadas tras recibir información precisa y completa. De esta manera, se fomenta el principio de beneficencia al permitir que la persona asesorada tome la mejor decisión para su vida y salud, y se garantiza la no maleficencia al evitar exponer a la persona a riesgos innecesarios y respetar su derecho a elegir sin discriminación por ningún motivo.

Según López (2020), el asesoramiento en Planificación Familiar debe estar bien integrado en los tres niveles de atención del sistema de salud nacional para garantizar una asistencia continua y coherente. Este proceso se basa en la complejidad de las necesidades de atención de los usuarios/as y aborda de manera integral aspectos bio-psico-sociales, individualizando así el proceso de atención. El enfoque integral busca generar respuestas que reduzcan los riesgos y daños en la salud, todo en el marco de tomar una decisión asertiva por parte de la usuaria/o. Para asegurar un asesoramiento efectivo, se deben seguir cuatro acciones básicas:

1. Crear un ambiente de confianza, fomentando la interacción con la usuaria/o para que pueda expresar sus propias necesidades e inquietudes. El uso de un lenguaje claro, sencillo y respetuoso favorece una comunicación adecuada, demostrando disponibilidad para discutir abiertamente cualquier tema y responder todas las preguntas y dudas.
2. Garantizar la confidencialidad absoluta, asegurando a la usuaria/o (y a su pareja o acompañante) que la información discutida durante la asesoría se mantendrá en estricta confidencialidad. Este aspecto es crucial para todos los pacientes, especialmente para aquellos grupos vulnerables como los adolescentes, las víctimas de violencia de género e intrafamiliar, y las personas en riesgo de ITS/VIH y SIDA.
3. Abordar a la usuaria/o (y a su pareja o acompañante) de manera individualizada en función de sus características específicas, como la edad, la paridad, el deseo de embarazo, las condiciones sociales, económicas,

culturales, religiosas, emocionales, las capacidades especiales, el riesgo y la prevención de ITS, la violencia de género e intrafamiliar.

4. Facilitar la interacción con la usuaria/o para que pueda determinar libremente su situación, necesidades y preocupaciones con respecto a su planificación familiar.

2.2.3.1.1. Edad fértil

Según Hernández et al. (2018), el periodo de fertilidad de una mujer abarca desde la menarquia, es decir, la primera menstruación, hasta la menopausia, que marca la ausencia definitiva de la menstruación. Dentro de este intervalo, que en promedio comprende alrededor de 30 a 35 años, se encuentra un período de máxima fertilidad que se extiende desde los 18 hasta los 35 años. A partir de los 14 años, la mayoría de las mujeres comienzan a ovular, mientras que después de los 44 años las posibilidades biológicas de concebir se reducen considerablemente.

La edad fértil de una mujer se puede dividir en cinco etapas distintas. La primera etapa comienza a los 14 años, cuando la mayoría de las niñas experimentan su primera menstruación y comienzan a ovular. Después de siete años, a partir de los 21, inicia su período más fértil, durante el cual su cuerpo está óptimamente preparado para el embarazo. Esta segunda fase se extiende hasta los 30 años. A partir de los 30, comienza la tercera etapa, cuando la fertilidad femenina comienza a disminuir gradualmente, a menudo coincidiendo con el inicio de carreras profesionales y la postergación de la formación de una familia. A medida que las mujeres consideran la posibilidad de tener hijos más adelante, las dificultades para concebir aumentan debido a la disminución progresiva de la fertilidad con el paso de los años. La cuarta y quinta etapa, que abarca de los 37 años en adelante, se caracteriza por una disminución acelerada de la fertilidad, y las posibilidades biológicas de concebir o de ser madre son muy reducidas. A partir de esta etapa, se recomienda buscar asesoramiento médico para evaluar la reserva ovárica mediante ecografías, recuento de folículos antrales (RFA) y análisis de la hormona antimulleriana (AMH) durante los primeros días del ciclo (Quintero, 2021)

2.2.3.1.2. Mujeres peri menopáusicas

Acorde a Áviles et al. (2022), la menopausia se define como el cese natural de la menstruación y la ovulación en una mujer. Se considera que una mujer ha alcanzado la menopausia cuando han transcurrido 12 meses consecutivos sin menstruación. Este

periodo generalmente ocurre entre los 45 y los 55 años, con un promedio de edad de 50 años para la mayoría de las mujeres. Hacia los 55 años, alrededor del 96% de las mujeres ya ha experimentado la menopausia. A pesar de este cambio fisiológico, no se considera que la edad en sí misma limite el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres mayores, siempre y cuando no presenten ninguna condición que contraindique el uso de estos métodos.

2.2.3.1.3. Adolescentes

Es importante destacar que los adolescentes y jóvenes también pueden beneficiarse al consultar a proveedores de planificación familiar. Estas consultas no solo abordan los métodos anticonceptivos, sino que también brindan asesoramiento sobre cambios físicos, sexualidad, relaciones, dinámicas familiares y otros problemas relacionados con el crecimiento. Las necesidades de los jóvenes varían según sus circunstancias individuales. Algunos pueden estar solteros y sexualmente activos, mientras que otros pueden no estarlo. Además, hay quienes ya están casados o incluso tienen hijos. La edad en sí marca una gran diferencia, pues durante la adolescencia y juventud, los jóvenes experimentan un rápido proceso de maduración (Del Toro et al., 2018).

Es fundamental que los jóvenes tengan acceso a servicios de salud reproductiva que satisfagan sus necesidades de manera imparcial y respetuosa, sin importar su edad. Las críticas o actitudes desconsideradas podrían alejar a los jóvenes de la atención que requieren. El asesoramiento y los servicios no tienen la intención de fomentar la actividad sexual entre los jóvenes, sino de ayudarles a proteger su salud. Todos los adolescentes, sin importar su género, deben tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados, incluida la anticoncepción, sin necesidad de autorización de sus padres o tutores, de acuerdo con la ley, las políticas y las prácticas establecidas. Los programas deben evitar desalentar a los adolescentes de buscar servicios y evitar restringir la elección de anticonceptivos debido a problemas de costo siempre que sea posible (López et al., 2020).

2.2.4. Conocimiento

El conocimiento, una de las habilidades más significativas del ser humano, posibilita la comprensión de la naturaleza de los objetos circundantes, sus conexiones y características mediante la aplicación de la razón. Bajo esta perspectiva, el conocimiento puede ser definido como el conjunto de representaciones abstractas interconectadas que se adquieren a través de la experiencia. Este proceso tiene su

raíz en la percepción sensorial del entorno, evolucionando progresivamente hacia una comprensión más profunda que se nutre de la razón (Braidotti, 2020).

Según Braidotti (2020), el conocimiento puede ser adquirido de dos maneras: "a priori", es decir, independiente de la experiencia, y "a posteriori", que requiere la experiencia directa. El proceso del conocimiento consta de cuatro elementos fundamentales: el sujeto, el objeto, la operación y la representación interna, que se refiere al proceso cognitivo mediante el cual se construye la comprensión del objeto de estudio.

Las personas inician su proceso de conocimiento al establecer una relación con su objeto de estudio, lo que conduce a la adquisición de sabiduría. A medida que desarrollan conceptos sobre los fenómenos reales que los rodean, pueden comprender mejor el mundo que los envuelve (Braidotti, 2020).

Según Neill y Cortez (2018), el conocimiento suele ser entendido en dos direcciones:

- Como un proceso que se manifiesta en el acto de conocer, es decir, la percepción de una realidad.
- Como un producto o resultado de un proceso, que se traduce a conceptos, imágenes y representaciones acerca de la realidad.

Por lo tanto, el conocimiento se define como el proceso en el cual la realidad es reflejada en el pensamiento del ser humano, y está vinculado estrechamente a las actividades prácticas.

Características del conocimiento

El conocimiento, según Jürgen (2023) presenta las siguientes características:

- Racional: Surge de una actividad superior exclusiva del ser humano, la razón.
- Objetivo: Busca la verdad objetiva, es decir, el conocimiento debe reflejar la realidad sin distorsiones del objeto de estudio.
- Intelectual: Proceso lógico basado en la percepción, sensación y representación para conceptualizar el conocimiento.
- Universal: Tiene validez en todos los lugares y para todas las personas.
- Verificable: Puede ser sometido a verificación, ya sea mediante experimentación o procesos de demostración.

Preciso: Está orientado a la exactitud, identificando los aspectos de la realidad.

2.2.4.1. Nivel del conocimiento

El conocimiento, arraigado en la metodología científico-filosófica y descrito en términos de la abstracción adquirida en la relación sujeto-objeto, se distingue por sus niveles que representan un aumento en la forma en que se explica o comprende la realidad (Jürgen, 2023).

La medición del conocimiento, acorde a Jürgen (2023) puede realizarse de la siguiente manera:

- Cuantitativamente: Alto, regular y bajo.
- Cualitativamente: Verdadero o falso, correcto e incorrecto.

2.2.4.2. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos (MAC)

El conocimiento en relación a los métodos anticonceptivos (MAC) se refiere a la capacidad de comprender y utilizar estos métodos con el fin de prevenir riesgos asociados a embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS). El conocimiento de los (MAC) no solo permite evaluar la eficacia de los programas de salud reproductiva a lo largo de los años, sino que también facilita la identificación de grupos que enfrentan restricciones en el acceso a los servicios de planificación familiar (Pérez y Sánchez, 2020).

2.3. MARCO LEGAL

2.3.1. Constitución de la República

Dentro de los límites del más alto estándar del Ecuador, podemos mencionar algunos artículos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de la persona, los cuales son:

Art. 32.- La salud es un derecho garantizado por el Estado, cuya realización está relacionada al ejercicio de otros derechos, incluyendo el derecho al agua, alimentación, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, medio ambiente sano y otros derechos que sustentan una buena vida. El Estado garantiza este derecho a través de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y acceso permanente, oportuno y no exclusivo a programas, actividades y servicios para promover la salud, la salud sexual y reproductiva y promover la atención integral. La prestación de los servicios de salud se guía por los principios de igualdad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad,

eficiencia, eficacia, prevención y bioética, así como por un enfoque de género e intergeneracional (Asamblea Nacional, 2011, pág. 9).

Por otro lado, cabe mencionar los derechos de libertad en el art. 66, donde se reconoce y garantiza a la persona:

9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, vida y orientación sexual. El Estado incentiva la disponibilidad de los recursos necesarios para que estas decisiones se tomen en condiciones seguras.

10. El derecho a tomar una decisión libre, responsable e informada sobre su salud y vida reproductiva ya decidir cuándo y cuántos hijos e hijas tener.

2.3.2. Ley Orgánica de Salud

El artículo 6 de la Ley Orgánica de Salud establece las funciones del Ministerio de Salud Pública:

2. Práctica del Sistema Nacional de Salud

6. Formular y ejecutar políticas, programas y actividades para la promoción, prevención y atención integral de la vida sexual de acuerdo ciclo de vida y la salud reproductiva, que posibilitan la aplicación, el respeto y el goce de los derechos sexuales y reproductivos y declaran su necesidad en las condiciones de las realidades epidemiológicas nacionales y locales (Ministerio de Salud Pública, 2022).

2.2.3. Salud Sexual y reproductiva

Art. 20.- Las políticas y programas en materia de salud sexual y reproductiva aseguran a hombres y mujeres, incluidos los jóvenes, el acceso a recursos y servicios de salud que garanticen la igualdad de género y el acceso multicultural, ayuda a eliminar conductas de riesgo, violencia, estigma y explotación sexual (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Art. 21.- El país reconoce la mortalidad materna, el embarazo adolescente y el aborto como problemas de salud pública en países en riesgo; y garantiza a las usuarias el acceso gratuito a los servicios de salud pública en el marco de la Ley de Atención Gratuita al Niño y la Maternidad. soluciones morales que prioricen el derecho constitucionalmente garantizado a la vida (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Art. 23.- Los programas y servicios de planificación familiar garantizan el derecho de hombres y mujeres a decidir libre, voluntaria, responsable, independiente, sin

coerción, violencia o discriminación, cuántos hijos pueden tener, mantener y educar, una condición sin consentimiento de terceros; y acceder a la información necesaria (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Art. 24.- Los anticonceptivos importados por la autoridad sanitaria nacional requieren, además del registro sanitario del país de origen, el registro sanitario nacional, así como el control de calidad e inocuidad del producto antes de su distribución (Ministerio de Salud Pública, 2022).

III. METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

3.1.1. Enfoque cuantitativo

El enfoque cuantitativo, según Arteaga (2021), se caracteriza por su empleo de mediciones objetivas y análisis estadísticos, matemáticos y numéricos. En este tipo de enfoque, los datos se recopilan a través de encuestas o mediante el uso de herramientas informáticas diseñadas para la manipulación de datos estadísticos previamente existentes. El investigador que adopta esta perspectiva formula una pregunta de investigación que busca respuestas objetivas y concretas. Los datos recolectados se representan habitualmente en tablas, gráficos y otros formatos visuales. El objetivo general de este enfoque es clasificar características, cuantificarlas y, a menudo, desarrollar modelos matemáticos con el fin de proporcionar una comprensión precisa de los fenómenos observados.

La presente investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo, ya que utiliza la recopilación de datos basada en la medición numérica y el análisis estadístico para poner a prueba las hipótesis. Este enfoque brinda la capacidad de establecer y cuantificar la relación entre una variable dependiente y una variable independiente en una población determinada. Además, permite obtener resultados que son generalizables y aplicables a una amplia gama de situaciones, lo que contribuye a una comprensión más completa de los fenómenos estudiados, como en este caso el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

3.1.2. Tipo de Investigación

El presente estudio se enmarcó en un tipo de investigación multidimensional, incluyendo el tipo descriptiva, bibliográfica, de campo y correlacional. En primer lugar, se establece como un estudio descriptivo, con el propósito de presentar una visión detallada y clara de la situación actual de la muestra en relación con su conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Además, se destaca la naturaleza bibliográfica de la investigación, dado que se realizaron exhaustivas revisiones de la

literatura para contextualizar y contrastar los resultados finales en la discusión de hallazgos, enriqueciendo así el marco teórico y contextual del estudio. Asimismo, al adoptar un enfoque de campo, se llevaron a cabo encuestas directas en el lugar de estudio, lo que permitió no solo recopilar información detallada sobre los métodos anticonceptivos, sino también capturar las percepciones y reacciones de los individuos en su entorno natural. Por último, al establecer la relación entre los factores sociodemográficos y el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, la investigación asumió un enfoque correlacional, profundizando en la comprensión de cómo estos factores pueden influir en las actitudes y comportamientos de la población en estudio.

3.2. HIPÓTESIS

H1: Los factores sociodemográficos influyen en el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud San Sebastián del Coca.

H0: Los factores sociodemográficos no influyen en el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud San Sebastián del Coca.

3.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.3.1. Definición de las variables

3.3.1.1. Variable independiente: Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos abarcan una amplia gama de características que definen a una población o grupo de individuos, incluyendo aspectos como la edad, el género, la etnia o raza, el nivel educativo, el estado civil, la situación económica, la ubicación geográfica y muchas otras variables de naturaleza social y demográfica. Estos factores desempeñan un papel esencial en la configuración de la vida de las personas, influyendo en sus oportunidades, sus perspectivas y sus comportamientos. Además, los factores sociodemográficos son fundamentales en la formulación de políticas públicas y estrategias de salud, educación y bienestar social, ya que proporcionan información crucial sobre las necesidades y desafíos específicos de diferentes grupos de población. El estudio y la comprensión de estos factores son esenciales para abordar de manera efectiva una amplia variedad de cuestiones sociales y contribuir a la creación de sociedades más equitativas y justas.

3.3.1.2. Variable dependiente: Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

El nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos es un tema de suma importancia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. El conocimiento adecuado de los métodos anticonceptivos es esencial para que las personas tomen decisiones informadas sobre su salud y planificación familiar. Esto implica comprender cómo funcionan los diferentes métodos disponibles, sus ventajas, desventajas y efectividad, así como la importancia de su uso constante y adecuado. Además del conocimiento, el uso efectivo de los métodos anticonceptivos es crucial para prevenir embarazos no deseados y reducir la propagación de infecciones de transmisión sexual. El acceso a información precisa y servicios de planificación familiar desempeña un papel fundamental en el empoderamiento de las personas para tomar decisiones que se ajusten a sus necesidades y circunstancias individuales, promoviendo así una salud sexual y reproductiva óptima.

3.3.2. Operacionalización de variables

En la Tabla 8 se detalla la operacionalización de las variables que contiene definición, dimensión operacional, indicadores y técnica e instrumento de recolección de información.

Tabla 8. Operacionalización de variables dependiente e independiente

Variable	Definición conceptual	Dimensión Operacional	Dimensiones	Indicadores	Técnica	Instrumento
Independiente: Factores sociodemográficos	Son los indicadores que describen a la persona en termino de edad, raza/etnia, sexo, género, nivel educativo, economía, condiciones de vida, cultura y factores similares., etc.	Describir el perfil sociodemográfico mediante la encuesta realizada por los autores.	1. Edad	Intervalo	Encuesta a mujeres en edad fértil	Cuestionario
			2. Estado civil	Soltero	Encuesta a mujeres en edad fértil	Cuestionario
				Casado		
				Divorciado		
				Viuda		
			3. Nivel educativo	Unión libre	Encuesta a mujeres en edad fértil	Cuestionario
				Sin instrucción		
				Primaria		
				Secundaria		
Superior						

manera consiente y responsables, elegido voluntariamente de acuerdo con el conocimiento pleno de las características del método y la fisiología del cuerpo.

2. Tipos de métodos anticonceptivos

1. Implante subdérmico

2. Condón masculino y femenino

3. Inyección mensual y trimestral

4. Calendario (método de ritmo)

Encuesta a mujeres en edad fértil Cuestionario

3.4. MÉTODOS UTILIZADOS

3.4.1. Métodos

El método empleado en esta investigación se ha caracterizado por ser principalmente deductivo-inductivo. En un enfoque deductivo, se descompusieron meticulosamente las variables de estudio en sus componentes fundamentales, permitiendo un análisis exhaustivo de cada uno de ellos. De manera complementaria, el enfoque inductivo permitió la generalización de los resultados obtenidos de la muestra hacia la población en su conjunto. Además, es importante mencionar que la investigación adoptó un enfoque no experimental, ya que no se manipularon directamente las variables en estudio, sino que se llevó a cabo una investigación detallada a través de encuestas para comprender la percepción de la muestra sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Por último, se utilizó un método analítico-sintético que permitió integrar y sintetizar de manera coherente los hallazgos clave derivados del análisis de los datos recopilados. Este método permitió no solo comprender los aspectos específicos de la problemática estudiada, sino también obtener una visión más holística y completa de la dinámica general del uso de métodos anticonceptivos en la población en cuestión.

3.4.2. Técnicas e instrumentos de la investigación

En el marco de esta investigación, se empleó la técnica de la encuesta como herramienta principal para recopilar datos de manera eficiente y precisa. El instrumento utilizado fue un cuestionario con preguntas cerradas, diseñado específicamente para este estudio, se eligió estratégicamente para estandarizar las respuestas y simplificar el proceso de recopilación de datos. Esta técnica permitió obtener información cuantitativa sobre las variables sociodemográficas, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, lo que facilitó el análisis y la interpretación de los resultados de manera efectiva.

3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

3.5.1. Población y muestra

Población

La población está constituida por 700 mujeres en edad fértil de 13 a 45 años que acuden al centro de Salud San Sebastián del Coca.

Muestra

El proceso de selección para la muestra se realizó mediante el muestreo aleatorio simple. Se consideró un margen de confiabilidad de 95% y un error máximo tolerable del 5% y la determinación de las unidades 248 muestrales obedece a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times P \times Q \times Z^2}{E^2 \times (N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Dónde:

n: Tamaño de muestra

N: 700

Z: 1.96 (Confiabilidad al 95%)

P: 0.50 (Proporción estimada de mujeres en edad fértil que utilizan un método anticonceptivo)

Q: 0.50 (Complemento P)

E: 0.05 (Tolerancia de error en las mediciones)

Aplicando la formula:

$$n = \frac{700 \times (1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50)}{(0.05)^2 \times (700 - 1) + (1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50)}$$

$$n = 248.9$$

3.5.2. Chi cuadrado y tablas cruzadas

El chi cuadrado es una técnica estadística utilizada para determinar si existe una asociación significativa entre dos variables categóricas en un conjunto de datos. Se utiliza ampliamente en diversas disciplinas, como la sociología, la medicina, la genética y las ciencias sociales, para evaluar la relación entre variables y para determinar si la distribución observada difiere significativamente de la distribución esperada bajo la hipótesis nula de independencia. El análisis de tablas cruzadas, por otro lado, es una herramienta que permite examinar la relación entre dos variables categóricas al presentar los resultados en forma de una tabla bidimensional. Esta técnica es útil para resumir y visualizar la asociación entre variables y puede ser

utilizada en conjunto con el chi cuadrado para evaluar la significación estadística de la asociación.

En conjunto, el chi cuadrado y el análisis de tablas cruzadas proporcionan una visión detallada de la relación entre variables categóricas en un conjunto de datos, lo que permite a los investigadores identificar patrones, tendencias y asociaciones significativas en su análisis. Estas herramientas son fundamentales para comprender la naturaleza de la asociación entre distintos factores y para realizar inferencias significativas sobre la población en estudio. Al utilizar el chi cuadrado y el análisis de tablas cruzadas de manera efectiva, los investigadores pueden obtener información valiosa que puede guiar la toma de decisiones informadas y la implementación de estrategias efectivas en una amplia gama de contextos de investigación y aplicaciones prácticas.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Características sociodemográficas

El estudio se llevó a cabo en una muestra compuesta exclusivamente por mujeres, y sus características sociodemográficas arrojaron información significativa sobre este grupo. En cuanto al estado civil, un destacado 62% de las participantes se encontraba en unión libre, lo que sugiere una relación con una tendencia hacia una mayor flexibilidad en las estructuras familiares. En cuanto a la edad, un considerable 66% de las mujeres tenía edades comprendidas entre 18 y 29 años, lo que refleja que la población joven constituyó la mayoría de la muestra. En términos de raza o etnia, un abrumador 68% se identificó como indígena, lo que indica la diversidad cultural en la población estudiada. En cuanto al área residencial, la mayoría de las participantes, es decir, el 52%, residía en áreas urbanas, señalando un enfoque en contextos más densamente poblados. En lo que respecta al nivel educativo, el 50% había completado la educación secundaria, destacando la importancia de la educación a nivel medio en esta población. Finalmente, en cuanto al nivel económico, el 56% se encontraba en la categoría de nivel económico bajo, lo que resalta la necesidad de abordar las desigualdades económicas en este grupo demográfico y subraya la importancia de considerar factores socioeconómicos al abordar cuestiones de salud y bienestar en esta población.

Tabla 9. Sexo

Sexo		
	Respuesta	Porcentaje
Femenino	248	100%
Total	248	100%

La elección de que la muestra en este estudio esté compuesta al 100% por mujeres es un aspecto fundamental que se relaciona directamente con el enfoque del estudio, que busca investigar la situación de las mujeres en lo que respecta a su conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (Tabla 9). Esta decisión de género en la composición de la muestra es relevante debido a las diferencias biológicas y de género que existen en el campo de la salud sexual y reproductiva. Las mujeres, por naturaleza, enfrentan desafíos y responsabilidades específicas en relación con la anticoncepción y la planificación familiar, lo que justifica la necesidad de comprender su situación particular en profundidad.

Tabla 10. Estado Civil

Estado civil		
	Población	Porcentaje
Casada	23	9%
Divorciada	5	2%
Soltera	66	27%
Unión Libre	154	62%
Total	248	100%

La distribución del estado civil en la muestra, con un notable 62% de participantes en unión libre, un 27% solteras, 9% casadas y un 2% divorciadas, revela una interesante dinámica en el contexto de la salud sexual y reproductiva (Tabla 10). El hecho de que la mayoría de las participantes se encuentre en una unión libre podría reflejar cambios significativos en las estructuras familiares y en las relaciones de pareja. Las parejas en unión libre a menudo enfrentan circunstancias y desafíos únicos en

comparación con las parejas casadas legalmente, lo que puede influir en sus decisiones sobre la anticoncepción y la planificación familiar. Además, la presencia de un 27% de mujeres solteras subraya la diversidad de situaciones de vida en la muestra, y es relevante considerar las necesidades de este grupo en particular. La proporción relativamente baja de mujeres divorciadas, al 2%, podría indicar una menor presencia de mujeres que han pasado por un proceso de separación, pero sus experiencias pueden ser igualmente dignas de exploración, pues la disolución de una relación previa puede afectar las decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Tabla 11. Edad

Edad		
	Población	Porcentaje
13-17	71	29%
18-19	164	66%
30-59	13	5%
Total	248	100%

La muestra del estudio se compuso en su mayoría de mujeres de 18 a 29 años, lo que representa el 66% de los participantes (Tabla 11). Esto puede deberse a que este grupo de edad es el que tiene mayor probabilidad de estar sexualmente activo y de tener hijos. La menor proporción de participantes correspondió al rango de edad de 30 a 59 años, con solo el 5%. Esto puede deberse a que este grupo de edad ya tiene hijos o que es menos propenso a estar sexualmente activo. Este sesgo de edad puede limitar la generalización de los resultados del estudio. Es posible que los resultados no sean aplicables a personas de otros grupos de edad. Por ejemplo, es posible que las personas mayores sean menos propensas a considerar que la consejería para la planificación familiar es importante.

Tabla 12. Raza/Etnia

Raza/Etnia		
	Población	Porcentaje
Afroecuatoriana	5	2%
Indígena	169	68%
Mestiza	74	30%
Total	248	100%

La muestra del estudio se compuso en su mayoría de personas de raza/etnia indígena, con un 68% de los participantes (Tabla 12). Esto puede deberse a que la población indígena de Ecuador es la más numerosa, representando el 7% del total de la población. La proporción de participantes mestizos fue del 30%, mientras que la proporción de afroecuatorianos fue del 2%. Este sesgo racial o étnico puede limitar la generalización de los resultados del estudio. Es posible que los resultados no sean aplicables a personas de otras razas o etnias. Por ejemplo, es posible que las personas de otras razas o etnias tengan diferentes percepciones sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y la importancia de la consejería para la planificación familiar.

Tabla 13. Área de residencia

Área de residencia		
	Población	Porcentaje
Urbano	130	52%
Rural	118	48%
Total	248	100%

La división de la muestra en un 52% que reside en áreas urbanas y el restante en áreas rurales ofrece una visión valiosa de la influencia del entorno geográfico en la toma de decisiones y en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (Tabla 13). Los contextos urbanos y rurales presentan diferencias significativas en cuanto a la disponibilidad de servicios de atención médica, acceso a información, educación sexual y factores socioeconómicos. Las mujeres que residen en áreas urbanas

generalmente tienen un mayor acceso a instalaciones de atención médica y educación, lo que podría reflejarse en un mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos y un uso más efectivo. Por otro lado, las mujeres de áreas rurales pueden enfrentar desafíos adicionales, como la distancia a los centros de atención médica y la disponibilidad limitada de recursos. Esto podría influir en sus opciones anticonceptivas y su conocimiento sobre las mismas. Comprender cómo el entorno geográfico afecta las decisiones y la atención de salud sexual y reproductiva es esencial para diseñar estrategias efectivas que aborden las necesidades específicas de mujeres en áreas urbanas y rurales, y garantizar la equidad en el acceso a servicios de planificación familiar y educación sexual.

Tabla 14. Nivel Académico

Nivel Académico		
	Población	Porcentaje
Primaria	119	48%
Secundaria	123	50%
Tercer Nivel	6	2%
Total	248	100%

La distribución del nivel académico en la muestra destaca una diversidad de niveles educativos entre las participantes, esto se detalla en la (Tabla 14). Un 50% de las mujeres cuentan con educación a nivel secundario, lo que sugiere un cierto grado de acceso a la educación formal y a la información sobre salud sexual y reproductiva. El 48% que posee educación a nivel primario podría representar una población que requiere una atención específica en términos de educación y acceso a servicios de planificación familiar, ya que es fundamental comprender y tomar decisiones informadas en esta área. El reducido 2% con educación a tercer nivel indica una proporción menor de participantes con una formación educativa más avanzada. Reconocer esta variabilidad en los niveles educativos es esencial, ya que influye directamente en la comprensión, toma de decisiones y acceso a servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva. El diseño de estrategias de educación y atención en salud debe ser inclusivo y adaptarse a las diversas necesidades y niveles de educación presentes en la muestra, con el objetivo de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a información y servicios equitativos.

Tabla 15. Nivel Económico

Nivel Económico		
	Población	Porcentaje
Alto	0	0%
Medio	109	44%
Bajo	139	56%
Total	248	100%

La distribución del nivel económico en la muestra, con un 56% de participantes clasificadas en el nivel económico bajo y un 44% en el nivel medio, pone de manifiesto la influencia directa de las condiciones socioeconómicas en la salud sexual y reproductiva (Tabla 15). Las mujeres con un nivel económico bajo a menudo se enfrentan a desafíos adicionales en lo que respecta al acceso a servicios de atención médica, educación y recursos para la planificación familiar. Esto podría traducirse en un menor conocimiento sobre métodos anticonceptivos y en una menor capacidad para acceder a ellos. Por otro lado, las mujeres con un nivel económico medio pueden tener una mayor disponibilidad de recursos, lo que podría reflejarse en una mejor educación sexual y una mayor capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Reconocer estas disparidades socioeconómicas es esencial para desarrollar estrategias que aborden de manera efectiva las necesidades de las mujeres en diferentes niveles económicos y aseguren que todos tengan acceso a servicios de planificación familiar y educación sexual equitativos.

4.1.1. Desarrollo

El análisis detallado de los datos recopilados en la investigación revela una serie de percepciones y comportamientos significativos en relación con los métodos anticonceptivos. En primer lugar, es alentador observar que un alto porcentaje de las participantes, un 93%, tiene un conocimiento sobre qué son los métodos anticonceptivos. Esto es fundamental, ya que el conocimiento es el primer paso para tomar decisiones informadas sobre la salud sexual y reproductiva. Además, un 92% de las mujeres identifican correctamente los métodos anticonceptivos como una forma de prevenir el embarazo. Este alto nivel de conciencia es esencial, ya que

reconoce la función fundamental de estos métodos en la planificación familiar y la prevención de embarazos no deseados.

Es relevante notar que el 78% de las participantes reconoce el condón como un método de barrera. Esta percepción es esencial, ya que el condón es una herramienta efectiva para prevenir enfermedades de transmisión sexual, además del embarazo. Sin embargo, algunos hallazgos destacan la necesidad de una mayor educación y concienciación sobre los métodos anticonceptivos. Por ejemplo, el 41% de las participantes cree que el uso del condón disminuye la producción de semen, lo cual es una creencia incorrecta y subraya la importancia de abordar mitos y conceptos erróneos en la educación sexual. También, el 39% de las mujeres asocia el implante anticonceptivo con el aumento o disminución de peso y problemas de acné. Esto sugiere la necesidad de proporcionar información precisa y fiable sobre los efectos secundarios y beneficios de los métodos anticonceptivos. El dato de que el 41% de las participantes piensa que el implante dura de 1 a 2 años refleja la importancia de aclarar las duraciones efectivas de los métodos anticonceptivos para evitar malentendidos.

Es interesante observar que el 96% de las participantes no considera que la pastilla de emergencia sea un método anticonceptivo, lo que destaca la necesidad de educar sobre la función y el propósito de esta opción anticonceptiva. La fuente de información es un aspecto crucial. El 40% de las mujeres obtiene información sobre métodos anticonceptivos en el centro de salud, lo que resalta la importancia de mantener fuentes confiables y accesibles para la educación en salud sexual. Es relevante destacar que el 61% de las participantes no utiliza métodos anticonceptivos. Esto subraya la necesidad de programas de educación y concienciación para promover la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos. Por otro lado, el 32% utiliza el implante, lo que demuestra que este método es popular entre las participantes y resalta la importancia de garantizar su disponibilidad y acceso.

Es prometedor que el 98% de las mujeres reconozca la importancia de la consejería y orientación en relación con los métodos anticonceptivos. Esto sugiere una disposición a recibir información y apoyo. Además, el 97% de las participantes manifiesta su disposición a recibir charlas educativas, lo que resalta la importancia de los programas educativos en este contexto. El hecho de que el 54% siempre utilice

métodos anticonceptivos y el 56% adquiera sus métodos en el centro de salud es alentador, ya que demuestra un nivel razonable de adherencia a la planificación familiar y la búsqueda de métodos seguros y eficaces.

Tabla 16. Conocimiento de métodos anticonceptivos

¿Conoce qué son los métodos anticonceptivos?		
	Población	Porcentaje
Si	18	7%
No	230	93%
Total	248	100%

El hecho de que un impresionante 93% de la muestra manifieste un conocimiento previo sobre los métodos anticonceptivos es un hallazgo relevante y positivo en el contexto de la salud sexual y reproductiva (Tabla 16). Esto sugiere que la gran mayoría de las participantes están conscientes de la existencia de métodos anticonceptivos y tienen al menos un entendimiento básico de su funcionamiento. Un alto nivel de conocimiento en esta área es fundamental para tomar decisiones informadas y responsables sobre la planificación familiar y la prevención de embarazos no deseados. Sin embargo, es importante destacar que, a pesar de este alto porcentaje, es necesario evaluar más detenidamente la profundidad y precisión de ese conocimiento. La educación y la promoción de la salud sexual no solo deben enfocarse en la conciencia general, sino también en garantizar que las mujeres tengan una comprensión completa y precisa de los métodos anticonceptivos, así como en fomentar su acceso y uso adecuado.

Tabla 17. Entendimiento de los métodos

¿Qué entiendes por métodos anticonceptivos?		
	Población	Porcentaje
Son métodos para prevenir el embarazo	230	92,74%
Sustancias peligrosas para la salud del hombre	7	2,82%
Productos que ayudan en la economía familias	11	4,44%
Total	248	100%

La percepción de la muestra en cuanto a la función de los métodos anticonceptivos es un aspecto de gran importancia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. El hecho de que un sólido 92% de las participantes entienda que los métodos anticonceptivos son medios para prevenir el embarazo es una indicación positiva de que existe una comprensión básica de su propósito principal (Tabla 17). Este conocimiento es esencial para tomar decisiones informadas en la planificación familiar y la prevención de embarazos no deseados. Sin embargo, es igualmente relevante destacar que un 4% de las participantes manifiesta que los métodos anticonceptivos son productos que ayudan en la economía familiar. Esto podría reflejar una percepción errónea de su función principal, lo que destaca la importancia de la educación y la información precisa en este ámbito. Más aún, el 2% que considera que los métodos anticonceptivos son sustancias peligrosas para la salud señala la necesidad de abordar y corregir posibles conceptos erróneos sobre estos métodos. En conjunto, estos hallazgos subrayan la importancia de una educación sexual integral que asegure una comprensión precisa de los métodos anticonceptivos y promueva su uso adecuado para la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Tabla 18. Métodos de barrera

Señala el método anticonceptivo de barrera.		
	Población	Porcentaje
Ligadura	50	20%
Vasectomía	5	2%
Condón	193	78%
Total	248	100%

El análisis de las percepciones de la muestra en relación con los métodos anticonceptivos específicos arroja datos interesantes. El hecho de que un considerable 78% considere que el condón es un método de barrera es un signo positivo de la comprensión de este método, que funciona efectivamente como una barrera física para prevenir el embarazo y proteger contra infecciones de transmisión sexual (Tabla 18). Sin embargo, es relevante señalar que un 20% percibe la ligadura como un método de barrera, lo que podría reflejar cierta confusión sobre su funcionamiento. La ligadura de trompas y la vasectomía son métodos de

esterilización y no actúan como barreras. El 2% que considera la vasectomía como un método de barrera resalta la importancia de aclarar conceptos erróneos sobre estos métodos. Estos hallazgos indican que, si bien existe un entendimiento significativo sobre ciertos métodos anticonceptivos, es esencial brindar información precisa y completa para garantizar la comprensión adecuada de cada método y promover la toma de decisiones informadas en la salud sexual y reproductiva.

Tabla 19. Uso del preservativo

¿Para qué sirve el preservativo (condón) en la relación sexual?		
	Población	Porcentaje
Evita el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y SIDA	86	34,68%
Disminuye la producción de semen	103	41,53%
Favorece el deseo sexual	59	23,79%
Total	248	100%

Las percepciones de la muestra sobre el condón arrojan una serie de datos interesantes. El hecho de que el 41% considere que el uso del condón disminuye la producción de semen refleja ciertas creencias erróneas en torno a este método (Tabla 19). Es importante aclarar que el condón no tiene un impacto significativo en la producción de semen y no altera la fertilidad masculina. Por otro lado, el 34% que considera que el condón evita el embarazo, enfermedades y la transmisión del VIH/SIDA demuestra una comprensión acertada de la función del condón como una herramienta de prevención integral. Esto es un dato positivo, ya que resalta la importancia de la educación y la información adecuada. El 23% que piensa que el condón favorece el deseo sexual podría reflejar la percepción de que su uso puede contribuir a una experiencia sexual más segura y relajada. En conjunto, estos resultados subrayan la necesidad de seguir educando sobre el uso correcto y los beneficios del condón como un método efectivo para la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual, al tiempo que se corrigen conceptos erróneos relacionados con su funcionamiento.

Tabla 20. Complicaciones de usar el implante

¿Qué complicaciones pueden ocasionar el método anticonceptivo "Implante subdérmico"?		
	Población	Porcentaje
Sangrado por la nariz	52	20,97%
Hinchazón del rostro y manos	96	38,71%
Aumento y disminución de peso/acné	100	39,92%
Total	248	100%

Las percepciones de la muestra sobre las posibles complicaciones del uso del implante anticonceptivo proporcionan información importante sobre las preocupaciones y el conocimiento de este método específico. El hecho de que un 39% de las participantes considere que una complicación del implante es el aumento o disminución de peso y la aparición de acné refleja la preocupación común sobre los efectos secundarios en la salud y la apariencia (Tabla 20). Estas preocupaciones pueden influir en la elección de métodos anticonceptivos y subrayan la importancia de brindar información precisa sobre los posibles efectos secundarios. El 38% que menciona la hinchazón de rostro y manos como complicación podría indicar cierta confusión o malentendido, ya que estos síntomas no son efectos típicos del implante. Por último, el 20% que considera el sangrado por la nariz como una complicación podría reflejar la necesidad de educar sobre los efectos secundarios reales y los riesgos relacionados con el uso del implante. Estos resultados destacan la importancia de proporcionar información completa y precisa sobre los métodos anticonceptivos para abordar preocupaciones legítimas y corregir conceptos erróneos.

Tabla 21. Duración del implante

¿Cuánto crees que dura el implante subdérmico?		
	Población	Porcentaje
1 a 2 años	102	41,13%
3 a 5 años	81	32,66%
6 meses	20	8,06%
10 años	45	18,15%

Total	248	100%
-------	-----	------

Las percepciones de la muestra en relación con la duración del implante anticonceptivo ofrecen una visión interesante sobre el conocimiento de este método. El 42% que considera que el implante dura de 1 a 2 años indica una posible confusión o falta de información precisa, ya que la mayoría de los implantes anticonceptivos tienen una duración de acción más prolongada, generalmente de 3 a 5 años (Tabla 21). El 32% que estima una duración de 3 a 5 años demuestra una comprensión más acertada de la duración típica del implante. Sin embargo, el 18% que piensa que el implante dura 10 años y el 8% que considera que dura solo 6 meses reflejan posibles malentendidos sobre la duración real del método. Estos hallazgos subrayan la necesidad de proporcionar información clara y precisa sobre la duración de los implantes anticonceptivos para garantizar que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y utilizar este método de manera efectiva en su planificación familiar.

Tabla 22. Píldora de emergencia

¿La píldora de emergencia es un método anticonceptivo?		
	Población	Porcentaje
1 a 2 años	9	4%
10 años	239	96%
Total	248	100%

El sorprendente hallazgo de que el 96% de la muestra considere que la píldora de emergencia no es un método anticonceptivo destaca un punto de vista común y significativo (Tabla 22). La píldora de emergencia, como su nombre indica, se utiliza para prevenir un embarazo después de una relación sexual no protegida o un fallo en el método anticonceptivo utilizado. Sin embargo, la percepción generalizada de que no es un método anticonceptivo podría indicar una falta de información o una confusión sobre su función. Es fundamental aclarar que la píldora de emergencia es un método anticonceptivo de uso ocasional y no sustituye a los métodos anticonceptivos regulares. La diferencia en percepción en el pequeño porcentaje que la considera un método anticonceptivo podría reflejar una comprensión más precisa de su función. Estos resultados enfatizan la necesidad de educar de manera

efectiva sobre la píldora de emergencia y su papel en la planificación familiar y la prevención de embarazos no deseados. La información precisa y la conciencia sobre todos los métodos anticonceptivos son esenciales para que las mujeres tomen decisiones informadas en su salud sexual y reproductiva.

Tabla 23. Fuente de información

¿Cuál es tu fuente de información sobre los métodos anticonceptivos?		
	Población	Porcentaje
Amigos	37	15%
Familia	24	10%
Centro de salud	98	40%
Redes sociales	39	16%
Escuela/colegio	50	20%
Total	248	100%

Los datos que muestran que el 40% de la muestra obtiene información sobre los métodos anticonceptivos a través del centro de salud son alentadores, ya que indican que una parte significativa de las mujeres recurre a fuentes de información confiables y profesionales en el campo de la salud sexual y reproductiva (Tabla 23). Esto resalta la importancia de los servicios de atención médica en la promoción de la educación y el acceso a métodos anticonceptivos. Por otro lado, el 20% que obtiene información en la escuela o el colegio demuestra la relevancia de la educación sexual en el entorno educativo. Sin embargo, es importante destacar que un considerable 16% recurre a las redes sociales como fuente de información, lo que plantea desafíos en términos de garantizar la calidad y la precisión de la información que se encuentra en línea. El 15% que confía en la información proporcionada por amigos y el 10% que se basa en la familia reflejan la influencia de las redes personales en la toma de decisiones en salud sexual. En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de promover fuentes de información confiables y basadas en evidencia, como los servicios de salud y la educación formal, para garantizar que las mujeres tengan acceso a información precisa y segura sobre los métodos anticonceptivos.

Tabla 24. Utilización de métodos anticonceptivos

¿Utiliza métodos anticonceptivos actualmente?		
	Población	Porcentaje
SI	96	39%
NO	152	61%
Total	248	100%

El hecho de que el 61% de la muestra no utilice métodos anticonceptivos es un dato importante que subraya la diversidad de necesidades y decisiones en materia de planificación familiar (Tabla 24). Esto podría reflejar diversas razones, como la falta de acceso a métodos anticonceptivos, la elección consciente de no utilizarlos, la falta de información, o barreras económicas o sociales que dificultan su uso. Por otro lado, el restante 39% que sí utiliza métodos anticonceptivos indica una disposición a tomar medidas para prevenir embarazos no deseados y controlar su salud sexual y reproductiva. Este grupo puede estar formado por mujeres que han buscado información y acceso a métodos anticonceptivos efectivos y están tomando decisiones informadas sobre su salud. Estos resultados destacan la importancia de brindar acceso equitativo a métodos anticonceptivos, así como de ofrecer educación y servicios de salud sexual y reproductiva para empoderar a las mujeres en la toma de decisiones sobre su planificación familiar.

Tabla 25. Método que utiliza

¿Qué método anticonceptivo es el que utiliza?		
	Población	Porcentaje
Condón	62	25%
Implante subdérmico	79	32%
Inyección mensual o trimestral	64	26%
Calendario	43	17%
Total	248	100%

El análisis de los métodos anticonceptivos utilizados por la muestra refleja una variedad de opciones que las mujeres han seleccionado de acuerdo con sus necesidades y preferencias. El 32% que utiliza el implante subdérmico opta por un método de larga duración y alta efectividad que no requiere una atención constante (Tabla 25). El 26% que prefiere la inyección mensual o trimestral elige un método hormonal de fácil administración que ofrece flexibilidad. El 25% que utiliza el condón, además de ser un método de barrera efectivo, también ayuda en la prevención de infecciones de transmisión sexual. Por otro lado, el 17% que sigue el método de calendario demuestra una preferencia por un enfoque natural de la planificación familiar. Estos resultados indican la importancia de ofrecer una variedad de opciones anticonceptivas para satisfacer las necesidades individuales y brindar información y acceso adecuados a cada método. Además, subrayan la relevancia de la educación sexual continua para garantizar que las mujeres tomen decisiones informadas en su salud sexual y reproductiva.

Tabla 26. Importancia de la consejería y orientación

¿Crees que la consejería y orientación sobre métodos anticonceptivos es muy importante?		
	Población	Porcentaje
De acuerdo	243	98%
Indeciso	5	2%
Desacuerdo	0	0%
Total	248	100%

El elevado porcentaje del 98% que muestra acuerdo en la importancia de la consejería y orientación sobre métodos anticonceptivos refleja un consenso sólido dentro de la muestra sobre la relevancia de recibir información y apoyo en cuestiones de salud sexual y reproductiva (Tabla 26). Esto indica un alto grado de conciencia sobre la necesidad de orientación para tomar decisiones informadas y responsables en la planificación familiar. El pequeño 2% que se muestra indeciso podría indicar la presencia de dudas o inquietudes que necesitan ser abordadas, lo que subraya aún más la importancia de brindar acceso a servicios de consejería y orientación en salud sexual. Estos resultados respaldan la necesidad de promover programas de educación y servicios de salud que enfatizan la importancia de la consejería y

orientación como elementos fundamentales en la toma de decisiones informadas y en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Tabla 27. Disposición a recibir charlas educativas

¿Le gustaría recibir charlas educativas del uso de métodos anticonceptivos?		
	Población	Porcentaje
De acuerdo	240	97%
Indeciso	8	3%
Desacuerdo	0	0%
Total	248	100%

El contundente 97% de la muestra que expresa su deseo de recibir charlas educativas sobre el uso de métodos anticonceptivos refleja un fuerte interés por la educación y la información en temas de salud sexual y reproductiva (Tabla 27). Este alto grado de interés demuestra la disposición de las mujeres a aprender y comprender más sobre métodos anticonceptivos, lo que puede contribuir significativamente a la toma de decisiones informadas y a una mayor autonomía en su planificación familiar. El pequeño 3% que se muestra indeciso podría indicar la presencia de dudas o inquietudes que necesitan ser abordadas antes de tomar una decisión con respecto a la educación en este tema. Estos resultados respaldan la importancia de proporcionar programas de educación sexual y oportunidades de orientación que se ajusten a las necesidades y deseos de las mujeres, permitiéndoles acceder a información precisa y confiable sobre métodos anticonceptivos.

Tabla 28. Frecuencia de uso de métodos anticonceptivos

¿Con que frecuencia hace uso de los métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales?		
	Población	Porcentaje
Siempre	135	54%
Casi siempre	87	35%
Nunca	26	10%
Total	248	100%

El análisis de la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en la muestra revela una variedad de enfoques y prácticas en la planificación familiar. El 54% que utiliza métodos anticonceptivos de manera constante indica un compromiso sólido con la prevención de embarazos no deseados y el control de su salud sexual y reproductiva (Tabla 28). Por su parte, el 35% que lo hace casi siempre también muestra un grado significativo de consistencia en la utilización de métodos anticonceptivos. En contraste, el 10% que nunca utiliza métodos anticonceptivos plantea preocupaciones sobre la falta de prevención en términos de salud sexual y reproductiva. Estos hallazgos resaltan la importancia de promover la educación y el acceso a métodos anticonceptivos de manera continua, así como de abordar cualquier barrera o inseguridad que pueda estar contribuyendo a la falta de uso en ese 10%. La toma de decisiones informadas en la planificación familiar es fundamental, y estos resultados subrayan la diversidad de enfoques que adoptan las mujeres en su cuidado de la salud sexual.

Tabla 29. Lugar de adquisición del método anticonceptivo

¿Dónde adquiere método anticonceptivo?		
	Población	Porcentaje
Centro de salud	138	56%
Farmacias	110	44%
Total	248	100%

Los datos que muestran que el 56% de la muestra adquiere sus métodos anticonceptivos en el centro de salud y el 44% en la farmacia reflejan las distintas opciones de acceso a estos métodos (Tabla 29). El hecho de que más de la mitad opte por obtenerlos en el centro de salud indica la confianza en los servicios médicos y la disponibilidad de asesoramiento profesional en cuestiones de planificación familiar. Por otro lado, el 44% que elige la farmacia destaca la conveniencia y la accesibilidad de adquirir métodos anticonceptivos en un lugar de venta al público. Estos resultados subrayan la importancia de ofrecer opciones variadas para acceder a métodos anticonceptivos, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias individuales. Además, resaltan la necesidad de promover la educación y la conciencia sobre la disponibilidad de estos métodos en diferentes entornos,

garantizando que las mujeres tengan acceso a información precisa y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.

4.1.2. Cruce de variables (sociodemográficas – uso y conocimiento de métodos anticonceptivos)

En el análisis de los datos de la encuesta, se utilizaron técnicas estadísticas como las tablas cruzadas y la prueba de chi cuadrado para examinar la relación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

4.1.2.1. Estado civil y conocimiento de métodos anticonceptivos

En la tabla cruzada (Tabla 30), se está examinando la relación entre el estado civil y el conocimiento sobre qué son los métodos anticonceptivos. La tabla muestra los recuentos observados y los recuentos esperados para cada categoría de estado civil y conocimiento sobre métodos anticonceptivos. La prueba de chi cuadrado se utiliza para evaluar si hay una asociación significativa entre estas dos variables.

En este caso, la mayoría de las personas en todas las categorías de estado civil tienen conocimiento sobre qué son los métodos anticonceptivos, especialmente aquellos que están "Casados" y "Divorciados", pues no se observan recuentos en la categoría "No". Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Tabla 30. Tabla cruzada (Estado civil y conocimiento)

		Tabla cruzada Estado Civil*Conoce que son los métodos anticonceptivos			
		Conoce que son los métodos anticonceptivos		Total	
		No	Si		
Estado Civil	Casada	Recuento	0	23	23
		Recuento esperado	1,7	21,3	23,0
	Divorciado	Recuento	0	5	5
		Recuento esperado	,4	4,6	5,0
	Soltera	Recuento	7	59	66
		Recuento esperado	4,8	61,2	66,0
	Unión libre	Recuento	11	143	154
		Recuento esperado	11,2	142,8	154,0

Total	Recuento	18	230	248
	Recuento esperado	18,0	230,0	248,0

Los resultados presentados en la Tabla 10 corresponden a una prueba de chi-cuadrado que se realizó para evaluar la asociación entre dos variables categóricas. De ello se obtuvo el valor de chi cuadrado de Pearson correspondiente a 3,293 con 3 grados de libertad y valor de significación (bilateral) correspondiente a 0,349, lo que indica que no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y el conocimiento sobre qué son los métodos anticonceptivos en la muestra analizada.

Además, se proporciona la razón de verosimilitud, que es de 5,194 con 3 grados de libertad y una significación (bilateral) de 0,158. La advertencia de que 4 casillas (el 50,0% de las casillas) tienen un recuento esperado menor que 5 y que el recuento mínimo esperado es 0,36 sugiere la existencia de problemas con los supuestos del análisis de chi cuadrado, lo que influye en la interpretación.

Tabla 31. Chi cuadrado (Estado civil y conocimiento)

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	3,293a	3	,349	
Razón de verosimilitud	5,194	3	,158	
N de casos válidos	248			

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,36.

4.1.2.2. Edad y conocimiento de métodos anticonceptivos

En la tabla cruzada presentada (Tabla 31), se observa la distribución del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos según diferentes rangos de edad. Se muestran los recuentos observados y los recuentos esperados para cada grupo de edad y su conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Al observar la tabla, se destaca que la mayoría de los individuos en los grupos de edad de "13-17" y "18-29" tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, mientras que en el grupo de edad de "30-59" no se observan individuos sin conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Tabla 32. Tabla cruzada (Edad y conocimiento)

		Conoce que son los métodos anticonceptivos		Total	
		No	Si		
Edad	13-17	Recuento	15	56	71
		Recuento esperado	5,2	65,8	71,0
	18-29	Recuento	3	161	164
		Recuento esperado	11,9	152,1	164,0
	30-59	Recuento	0	13	13
		Recuento esperado	,9	12,1	13,0
Total	Recuento	18	230	248	
	Recuento esperado	18,0	230,0	248,0	

Los resultados que proporciona la Tabla 32 establecen un valor de chi cuadrado de Pearson: de 28,486 con 2 grados de libertad y un valor de significación (bilateral) de 0,000, lo que indica que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Además, se proporciona la razón de verosimilitud, que es de 25,919 con 2 grados de libertad y una significación (bilateral) de 0,000.

Se observa una advertencia que indica que el 16,7% de las casillas tienen un recuento esperado menor que 5, y el recuento mínimo esperado es 0,94. Esto puede indicar posibles problemas con los supuestos del análisis de chi cuadrado, lo que podría afectar la interpretación de los resultados. Dado el valor altamente significativo y la advertencia sobre los recuentos esperados, es crucial considerar detenidamente estos resultados al interpretar la asociación entre la edad y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la muestra analizada.

Tabla 33. Chi cuadrado (Edad y conocimiento)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,486 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	25,919	2	,000
N de casos válidos	248		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,94.

4.1.2.3. Raza/etnia y conocimiento de métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 33) muestra la relación entre la raza/etnia y el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Se muestran los recuentos observados y los recuentos esperados para cada categoría de raza/etnia y su conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables. Se observa que la mayoría de las personas en las categorías de "Indígena" y "Mestiza" tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. En la categoría "Afro" no se observa ningún individuo sin conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Tabla 34. Tabla cruzada (Raza/etnia y conocimiento)

Tabla cruzada Raza/etnia *Conoce que son los métodos anticonceptivos					
		Conoce que son los métodos anticonceptivos		Total	
		No	Si		
Raza/etnia	Afro	Recuento	0	5	5
		Recuento esperado	,4	4,6	5,0
	Indígena	Recuento	17	152	169
		Recuento esperado	12,3	156,7	169,0
	Mestiza	Recuento	1	73	74
		Recuento esperado	5,4	68,6	74,0
Total	Recuento	18	230	248	

Recuento esperado	18,0	230,0	248,0
-------------------	------	-------	-------

Los resultados de la Tabla 34 establecen un valor de chi cuadrado de Pearson de 6,197 con 2 grados de libertad y un valor de significación (bilateral) de 0,045, lo que indica que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que existe una asociación estadísticamente significativa entre la raza/etnia y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Además, se proporciona la razón de verosimilitud, que es de 8,179 con 2 grados de libertad y una significación (bilateral) de 0,017.

Se observa una advertencia que indica que el 33,3% de las casillas tienen un recuento esperado menor que 5, y el recuento mínimo esperado es 0,36. Esto puede sugerir posibles problemas con los supuestos del análisis de chi cuadrado, lo que podría afectar la interpretación de los resultados.

Tabla 35. Chi cuadrado (Raza/etnia y conocimiento)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,197 ^a	2	,045
Razón de verosimilitud	8,179	2	,017
N de casos válidos	248		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,36.

4.1.2.4. Área de residencia y conocimiento de métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 35) muestra la relación entre el área de residencia y el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Se presentan los recuentos observados y los recuentos esperados para cada categoría de área de residencia y su conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperarían en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Se observa que la mayoría de las personas tanto en áreas rurales como urbanas tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, aunque el número de personas que no tienen conocimiento es mayor en el área rural en comparación con el área urbana.

Tabla 36. Tabla cruzada (Área de residencia y conocimiento)

Tabla cruzada Área de residencia*Conoce que son los métodos anticonceptivos					
			Conoce que son los métodos anticonceptivos		Total
			No	Si	
Área de residencia	Rural	Recuento	16	114	130
		Recuento esperado	9,4	120,6	130,0
	Urbano	Recuento	2	116	118
		Recuento esperado	8,6	109,4	118,0
Total		Recuento	18	230	248
		Recuento esperado	18,0	230,0	248,0

Los resultados presentados en la Tabla 36 reflejan un valor de chi cuadrado de Pearson de 10,350 con 1 grado de libertad y un valor de significación asintótica (bilateral) de 0,001, lo que indica que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que existe una asociación estadísticamente significativa entre el área de residencia y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Por su parte, la prueba de Fisher también indica una significación bilateral de 0,001. El hecho de que no haya casillas con un recuento esperado menor que 5 y que el recuento mínimo esperado sea 8,56 sugiere que los resultados de la prueba de chi cuadrado son confiables y no se ven comprometidos por supuestos violados. Por lo tanto, la asociación observada entre el área de residencia y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos es robusta y estadísticamente significativa en la muestra analizada.

Tabla 37. Chi cuadrado (Área de residencia y conocimiento)

Pruebas de chi-cuadrado						
		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	10,350a	1	,001		

Corrección de continuidad ^b	de	8,833	1	,003		
Razón de verosimilitud		11,832	1	,001		
Prueba exacta de Fisher					,001	,001
N de casos válidos		248				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,56.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

4.1.2.5. Nivel Académico y conocimiento de métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 37) muestra la relación entre el nivel académico y el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Se presentan los recuentos observados y los recuentos esperados para cada categoría de nivel académico y su conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

En este caso, se observa que la mayoría de las personas con nivel académico "Primaria" y "Secundaria" tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, esto dado que son mayoría en la muestra. Mientras que en el grupo con nivel académico "Universitario" todos los individuos tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Tabla 38. Tabla cruzada (Nivel académico y conocimiento)

		Tabla cruzada Nivel Académico *Conoce que son los métodos anticonceptivos		
		Conoce que son los métodos anticonceptivos		Total
		No	Si	
Primaria	Recuento	18	101	119
	Recuento esperado	8,6	110,4	119,0
Nivel Acad. Secundaria	Recuento	0	123	123
	Recuento esperado	8,9	114,1	123,0
Universidad	Recuento	0	6	6
	Recuento esperado	,4	5,6	6,0

Total	Recuento	18	230	248
	Recuento esperado	18,0	230,0	248,0

Los resultados de la Tabla 38 definen un valor de chi cuadrado de Pearson de 21,040 con 2 grados de libertad y un valor de significación (bilateral) de 0,000, lo que indica que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel académico y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Además, se proporciona la razón de verosimilitud, que es de 27,967 con 2 grados de libertad y una significación (bilateral) de 0,000.

Se observa una advertencia que indica que el 16,7% de las casillas tienen un recuento esperado menor que 5, y el recuento mínimo esperado es 0,44. Esto sugiere que podrían existir problemas con los supuestos del análisis de chi cuadrado, lo que podría afectar la interpretación de los resultados.

Tabla 39. Chi cuadrado (Nivel Académico y conocimiento)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,040 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	27,967	2	,000
N de casos válidos	248		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,44.

4.1.2.6. Economía y conocimiento de métodos anticonceptivos

En la tabla cruzada (Tabla 39) se examina la relación entre el nivel económico y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Se presentan los recuentos observados y los recuentos esperados para cada categoría de nivel económico y su conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Se observa que la mayoría de las personas con nivel económico "Bajo" y "Medio" tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, aunque el número de

personas que no tienen conocimiento es mayor en el nivel económico "Bajo" en comparación con el nivel económico "Medio".

Tabla 40. Tabla cruzada (Economía y conocimiento)

		Tabla cruzada Economía *Conoce que son los métodos anticonceptivos			
		Conoce que son los métodos anticonceptivos		Total	
		No	Si		
Economía	Baja	Recuento	18	121	139
		Recuento esperado	10,1	128,9	139,0
	Media	Recuento	0	109	109
		Recuento esperado	7,9	101,1	109,0
Total	Recuento	18	230	248	
	Recuento esperado	18,0	230,0	248,0	

Los resultados presentados en la Tabla 40 establecen un valor de chi cuadrado de Pearson de 15,220 con 1 grado de libertad y un valor de significación asintótica (bilateral) de 0,000, lo que indica que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel económico y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la muestra analizada.

La prueba de Fisher también indica una significación bilateral de 0,000. El hecho de que no haya casillas con un recuento esperado menor que 5 y que el recuento mínimo esperado sea 7,91 sugiere que los resultados de la prueba de chi cuadrado son confiables y no se ven comprometidos por supuestos violados. Por lo tanto, la asociación observada entre el nivel económico y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos es robusta y estadísticamente significativa en la muestra analizada.

Tabla 41. Chi cuadrado (Economía y conocimiento)

Pruebas de chi-cuadrado				
Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)

Chi-cuadrado de Pearson	de	15,220a	1	,000		
Corrección de continuidad	de	13,357	1	,000		
Razón de verosimilitud		21,942	1	,000		
Prueba exacta de Fisher					,000	,000
N de casos válidos		248				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,91.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

4.1.2.7. Estado civil y uso de métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 41) muestra la relación entre el estado civil y el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Se presentan los recuentos observados y los recuentos esperados para cada categoría de estado civil y el uso de métodos anticonceptivos. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperarían en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Se observa que la mayoría de las personas en las categorías "Soltera" y "Unión" utilizan métodos anticonceptivos, mientras que en las categorías "Casada" y "Divorciada" no se observa el uso de métodos anticonceptivos.

Tabla 42. Tabla cruzada (Estado civil y uso)

		Tabla cruzada Estado Civil*Utiliza métodos anticonceptivos			
		Utiliza métodos anticonceptivos		Total	
		No	Si		
Estado Civil	Casada	Recuento	0	23	23
		Recuento esperado	4,0	19,0	23,0
Divorciado		Recuento	0	5	5
		Recuento esperado	,9	4,1	5,0
Soltera		Recuento	20	46	66
		Recuento esperado	11,4	54,6	66,0

	Recuento	23	131	154
Unión libre	Recuento	26,7	127,3	154,0
	esperado			
	Recuento	43	205	248
Total	Recuento	43,0	205,0	248,0
	esperado			

Los resultados de la Tabla 42 establecen que el valor de chi cuadrado de Pearson es de 14,234 con 3 grados de libertad y el valor de significación (bilateral) es de 0,003, lo que indica que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que existe una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada.

Además, se proporciona la razón de verosimilitud, que es de 17,946 con 3 grados de libertad y una significación (bilateral) de 0,000. Se observa una advertencia que indica que el 37,5% de las casillas tienen un recuento esperado menor que 5, y el recuento mínimo esperado es 0,87. Esto sugiere que podrían existir problemas con los supuestos del análisis de chi cuadrado, lo que podría afectar la interpretación de los resultados.

Tabla 43. Chi cuadrado (Estado civil y uso)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,234a	3	,003
Razón de verosimilitud	17,946	3	,000
N de casos válidos	248		

a. 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,87.

4.1.2.8. Edad y uso de métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 43) muestra la relación entre la edad y el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Se presentan los recuentos observados y los recuentos esperados para cada grupo de edad y su uso de métodos

anticonceptivos. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Se observa que la mayoría de las personas en el grupo de edad "18-29" son las que más utilizan métodos anticonceptivos, seguidas de las personas en el grupo de edad "13-17". Mientras tanto, en el grupo de edad "30-59", el número de personas que utilizan métodos anticonceptivos es el menor de los tres grupos.

Tabla 44. Tabla cruzada (Edad y Uso)

		Tabla cruzada Edad*Utiliza métodos anticonceptivos			
		Utiliza métodos anticonceptivos		Total	
		No	Si		
Edad	13-17	Recuento	32	39	71
		Recuento esperado	12,3	58,7	71,0
	18-29	Recuento	10	154	164
		Recuento esperado	28,4	135,6	164,0
	30-59	Recuento	1	12	13
		Recuento esperado	2,3	10,7	13,0
Total	Recuento	43	205	248	
	Recuento esperado	43,0	205,0	248,0	

Los resultados de la Tabla 44 establecen un valor de chi cuadrado de Pearson de 53,400 con 2 grados de libertad y un valor de significación (bilateral) de 0,000, lo que indica que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada.

Además, se proporciona la razón de verosimilitud, que es de 48,654 con 2 grados de libertad y una significación (bilateral) de 0,000. Se observa una advertencia que indica que el 16,7% de las casillas tienen un recuento esperado menor que 5, y el recuento mínimo esperado es 2,25. Esto sugiere que podrían existir problemas con los supuestos del análisis de chi cuadrado, lo que podría afectar la interpretación de los resultados.

Tabla 45. Chi cuadrado (Edad y uso)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53,400a	2	,000
Razón de verosimilitud	48,654	2	,000
N de casos válidos	248		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,25.

4.1.2.9. Raza/etnia y uso de métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 45) muestra la relación entre la raza/etnia y el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Se presentan los recuentos observados y los recuentos esperados para cada categoría de raza/etnia y su uso de métodos anticonceptivos. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Se observa que la mayoría de las personas en las categorías "Indígena" y "Mestiza" utilizan métodos anticonceptivos, mientras que en la categoría "Afro" el número de personas que utilizan métodos anticonceptivos es menor.

Tabla 46. Tabla cruzada (Raza/etnia y uso)

Tabla cruzada Raza/etnia *Utiliza métodos anticonceptivos					
		Utiliza métodos anticonceptivos		Total	
		No	Si		
	Afro	Recuento	1	4	5
		Recuento esperado	,9	4,1	5,0
Raza/etnia	Indígena	Recuento	30	139	169
		Recuento esperado	29,3	139,7	169,0
	Mestiza	Recuento	12	62	74
		Recuento esperado	12,8	61,2	74,0
Total		Recuento	43	205	248
		Recuento esperado	43,0	205,0	248,0

Los resultados presentes en la Tabla 46 establecen un valor de chi cuadrado de Pearson de 0,110 con 2 grados de libertad y un valor de significación asintótica (bilateral) de 0,947, lo que sugiere que no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto indica que no hay una asociación estadísticamente significativa entre la raza/etnia y el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada.

La razón de verosimilitud también proporciona un valor de 0,110 con 2 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,947. Es importante tener en cuenta que el 33,3% de las casillas tienen un recuento esperado menor que 5, y el recuento mínimo esperado es 0,87, lo que sugiere posibles problemas con los supuestos del análisis de chi cuadrado.

Tabla 47. Chi cuadrado (Raza/etnia y uso)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,110a	2	,947
Razón de verosimilitud	,110	2	,947
N de casos válidos	248		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,87.

4.1.2.10. Área de residencia y uso de métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 47) muestra la relación entre el área de residencia y el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Se presentan los recuentos observados y los recuentos esperados para cada categoría de área de residencia y su uso de métodos anticonceptivos. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Se observa que la mayoría de las personas tanto en áreas rurales como urbanas utilizan métodos anticonceptivos. Aunque el número de personas que no utiliza

métodos anticonceptivos es ligeramente mayor en el área rural en comparación con el área urbana.

Tabla 48. Tabla cruzada (Área de residencia y uso)

Tabla cruzada Área de residencia*Utiliza métodos anticonceptivos					
			Utiliza métodos anticonceptivos		Total
			No	Si	
Área de residencia	Rural	Recuento	27	103	130
		Recuento esperado	22,5	107,5	130,0
	Urbano	Recuento	16	102	118
		Recuento esperado	20,5	97,5	118,0
Total		Recuento	43	205	248
		Recuento esperado	43,0	205,0	248,0

Los resultados proporcionados en la Tabla 48 muestran un valor de chi cuadrado de Pearson de 2,243 con 1 grado de libertad y la significación asintótica (bilateral) de 0,134, lo que indica que no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que no hay una asociación estadísticamente significativa entre el área de residencia y el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada.

Se proporcionan valores de corrección de continuidad, razón de verosimilitud y prueba exacta de Fisher, que también muestran una falta de significación estadística en la asociación entre el área de residencia y el uso de métodos anticonceptivos.

La ausencia de casillas con un recuento esperado menor que 5 y el recuento mínimo esperado de 20,46 sugieren que los resultados de la prueba de chi cuadrado son confiables y no se ven afectados por supuestos violados.

Tabla 49. Chi cuadrado (Área de residencia y uso)

Pruebas de chi-cuadrado				
Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)

Chi-cuadrado de Pearson	de	2,243 ^a	1	,134	
Corrección de continuidad ^b	de	1,769	1	,184	
Razón de verosimilitud		2,269	1	,132	
Prueba exacta de Fisher				,179	,091
N de casos válidos		248			

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,46.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

4.1.2.11. Nivel Académico y uso de métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 49) muestra la relación entre el nivel educativo y el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Se presentan los recuentos observados y los recuentos esperados para cada categoría de nivel educativo y su uso de métodos anticonceptivos. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables. Se observa que la mayoría de las personas con educación de nivel primario y secundario utilizan métodos anticonceptivos, mientras que no se observa el uso de métodos anticonceptivos en personas con educación universitaria en la muestra analizada.

Tabla 50. Tabla cruzada (Nivel académico y uso)

		Tabla cruzada Nivel Académico*Utiliza métodos anticonceptivos			
		Utiliza métodos anticonceptivos		Total	
		No	Si		
Nivel Acad.	Primaria	Recuento	36	83	119
		Recuento esperado	20,6	98,4	119,0
	Secund	Recuento	7	116	123
		Recuento esperado	21,3	101,7	123,0
	Univ	Recuento	0	6	6
		Recuento esperado	1,0	5,0	6,0
Total		Recuento	43	205	248

Recuento esperado	43,0	205,0	248,0
-------------------	------	-------	-------

Los resultados definidos en la Tabla 50 establecen un valor de chi cuadrado de Pearson de 26,747 con 2 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,000, lo que indica que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada.

La razón de verosimilitud también muestra un valor de 29,151 con 2 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,000. Se observa que el 33,3% de las casillas tienen un recuento esperado menor que 5, y el recuento mínimo esperado es 1,04. Esto indica que pueden existir problemas con los supuestos del análisis de chi cuadrado.

Tabla 51. Chi cuadrado (Nivel académico y uso)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,747 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	29,151	2	,000
N de casos válidos	248		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,04.

4.1.2.12. Economía y uso de métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 51) muestra la relación entre el nivel económico y el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Se presentan los recuentos observados y los recuentos esperados para cada categoría de nivel económico y su uso de métodos anticonceptivos. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperarían en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Se observa que la mayoría de las personas tanto en la categoría de nivel económico "Baja" como en la categoría de nivel económico "Media" utilizan métodos anticonceptivos. Aunque el número de personas que no utiliza métodos

anticonceptivos es ligeramente mayor en la categoría de nivel económico "Baja" en comparación con la categoría de nivel económico "Media".

Tabla 52. Tabla cruzada (Economía y uso)

		Tabla cruzada Economía *Utiliza métodos anticonceptivos			
		Utiliza métodos anticonceptivos		Total	
		No	Si		
Economía	Baja	Recuento	31	108	139
		Recuento esperado	24,1	114,9	139,0
	Media	Recuento	12	97	109
		Recuento esperado	18,9	90,1	109,0
Total		Recuento	43	205	248
		Recuento esperado	43,0	205,0	248,0

Los resultados de la Tabla 52 establecen un valor de chi cuadrado de Pearson de 5,436 con 1 grado de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,020, lo que indica que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel económico y el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada.

Los valores de corrección de continuidad, razón de verosimilitud y prueba exacta de Fisher también muestran una significación estadística en la asociación entre el nivel económico y el uso de métodos anticonceptivos. Se observa que no hay casillas con un recuento esperado menor que 5 y que el recuento mínimo esperado es 18,90, lo que sugiere que los resultados de la prueba de chi cuadrado son confiables y no se ven afectados por supuestos violados.

Tabla 53. Chi cuadrado (Economía y uso)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,436 ^a	1	,020		

Corrección de continuidad ^b	de	4,677	1	,031		
Razón de verosimilitud		5,645	1	,018		
Prueba exacta de Fisher					,027	,014
N de casos válidos		248				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,90.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

4.1.2.13. Estado civil y consejería sobre métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 53) muestra la relación entre el estado civil y la percepción sobre la importancia de la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada. Se presentan los recuentos observados y los recuentos esperados para cada categoría de estado civil y su percepción sobre la importancia de la consejería y orientación. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Se observa que la mayoría de las personas en todas las categorías de estado civil consideran importante la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos, con un número mínimo de personas que no consideran importante este servicio en las categorías "Casada" y "Divorciada".

Tabla 54. Tabla cruzada (Estado civil y consejería)

Tabla cruzada Estado Civil*Consejería y orientación es importante					
		consejería y orientación es importante		Total	
		No	Si		
Estado Civil	Casada	Recuento	0	23	23
		Recuento esperado	,5	22,5	23,0
Estado Civil	Divorciado	Recuento	0	5	5
		Recuento esperado	,1	4,9	5,0
Estado Civil	Soltera	Recuento	1	65	66
		Recuento esperado	1,3	64,7	66,0

Unión libre	Recuento	4	150	154
	Recuento esperado	3,1	150,9	154,0
Total	Recuento	5	243	248
	Recuento esperado	5,0	243,0	248,0

Los resultados de la Tabla 54 definen un valor de chi cuadrado de Pearson de 0,923 con 3 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,820, lo que indica que no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que no hay una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la percepción sobre la importancia de la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada.

La razón de verosimilitud también muestra un valor de 1,474 con 3 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,688. Se observa que el 62,5% de las casillas tienen un recuento esperado menor que 5, y el recuento mínimo esperado es 0,10. Esto indica posibles problemas con los supuestos del análisis de chi cuadrado.

Tabla 55. Chi cuadrado (Estado civil y consejería)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,923 ^a	3	,820
Razón de verosimilitud	1,474	3	,688
N de casos válidos	248		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

4.1.2.14. Edad y consejería sobre métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 55) muestra la relación entre la edad de los encuestados y su percepción sobre la importancia de la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos. Se presentan los recuentos observados y los recuentos esperados para cada grupo de edad y su percepción sobre la importancia de la consejería y orientación. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Se observa que la mayoría de las personas en todas las categorías de edad consideran importante la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos, con un número muy pequeño de personas en el grupo de edad "13-17" que no consideran importante este servicio.

Tabla 56. Tabla cruzada (Edad y Consejería)

		Tabla cruzada Edad*consejería y orientación es importante			
		consejería y orientación es importante		Total	
		No	Si		
Edad	13-17	Recuento	5	66	71
		Recuento esperado	1,4	69,6	71,0
	18-29	Recuento	0	164	164
		Recuento esperado	3,3	160,7	164,0
	30-59	Recuento	0	13	13
		Recuento esperado	,3	12,7	13,0
Total	Recuento	5	243	248	
	Recuento esperado	5,0	243,0	248,0	

Los resultados de la Tabla 56 exhiben un valor de chi cuadrado de Pearson de 12,721 con 2 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,002, lo que indica que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que hay una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la percepción sobre la importancia de la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada.

La razón de verosimilitud también muestra un valor de 12,767 con 2 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,002. Se observa que el 50,0% de las casillas tienen un recuento esperado menor que 5, y el recuento mínimo esperado es 0,26. Esto sugiere que los resultados del análisis de chi cuadrado deben interpretarse con precaución, ya que algunos supuestos podrían no cumplirse adecuadamente.

Tabla 57. Chi cuadrado (Edad y Consejería)

Pruebas de chi-cuadrado		
Valor	df	Significación asintótica (bilateral)

Chi-cuadrado de Pearson	12,721 ^a	2	,002
Razón de verosimilitud	12,767	2	,002
N de casos válidos	248		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,26.

4.1.2.15. Raza/etnia y consejería sobre métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 57) muestra la relación entre la raza/etnia de los encuestados y su percepción sobre la importancia de la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos. Se presentan los recuentos observados y los recuentos esperados para cada grupo de raza/etnia y su percepción sobre la importancia de la consejería y orientación. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Se observa que la mayoría de las personas en todas las categorías de raza/etnia consideran importante la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos, con un número muy pequeño de personas que no consideran importante este servicio, particularmente en la categoría "Afro".

Tabla 58. Tabla cruzada (Raza/etnia y Consejería)

		Tabla cruzada Raza/etnia *consejería y orientación es importante			
		consejería y orientación importante	orientación es importante	Total	
		No	Si		
Raza/etnia	Afro	Recuento	1	4	5
		Recuento esperado	,1	4,9	5,0
	Indígena	Recuento	4	165	169
		Recuento esperado	3,4	165,6	169,0
	Mestiza	Recuento	0	74	74
		Recuento esperado	1,5	72,5	74,0
Total		Recuento	5	243	248
		Recuento esperado	5,0	243,0	248,0

Los resultados de la Tabla 58 muestra un valor de chi cuadrado de Pearson de 9,814 con 2 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,007, lo que

indica que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de significancia del 0,05. Esto sugiere que hay una asociación estadísticamente significativa entre la raza/etnia y la percepción sobre la importancia de la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada.

La razón de verosimilitud también muestra un valor de 6,081 con 2 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,048. Se observa que el 66,7% de las casillas tienen un recuento esperado menor que 5, y el recuento mínimo esperado es 0,10. Esto sugiere que se debe interpretar con precaución la significancia estadística debido a posibles limitaciones en los supuestos del análisis de chi cuadrado.

Tabla 59. Chi cuadrado (Raza/etnia y Consejería)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,814 ^a	2	,007
Razón de verosimilitud	6,081	2	,048
N de casos válidos	248		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

4.1.2.16. Área de residencia y consejería sobre métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 59) muestra la relación entre el área de residencia de los encuestados y su percepción sobre la importancia de la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos. Se presentan los recuentos observados y los recuentos esperados para cada área de residencia y su percepción sobre la importancia de la consejería y orientación. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Se observa que la mayoría de las personas, tanto en áreas rurales como urbanas, consideran importante la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos, con un número muy pequeño de personas en ambos grupos que no consideran importante este servicio.

Tabla 60. Tabla cruzada (Área de residencia y consejería)

Tabla cruzada Área de residencia*consejería y orientación es importante					
			consejería y orientación es importante		Total
			No	Si	
Área de residencia	Rural	Recuento	4	126	130
		Recuento esperado	2,6	127,4	130,0
	Urbano	Recuento	1	117	118
		Recuento esperado	2,4	115,6	118,0
Total	Recuento		5	243	248
	Recuento esperado		5,0	243,0	248,0

Los resultados de la Tabla 60 establece un valor de chi-cuadrado de Pearson de 1,556 con 1 grado de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,212. Además, se proporciona información sobre la corrección de continuidad, la razón de verosimilitud y la prueba exacta de Fisher. Sin embargo, ninguno de estos valores alcanza un nivel de significancia estadísticamente significativo, ya que todos tienen un valor de p mayor que 0,05.

Se observa que el 50,0% de las casillas tienen un recuento esperado menor que 5, y el recuento mínimo esperado es 2,38. Esto sugiere que el análisis de chi cuadrado debe interpretarse con precaución debido a posibles limitaciones en los supuestos del análisis.

Tabla 61. Chi cuadrado (Área de residencia y consejería)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,556a	1	,212		
Corrección de continuidadb	,632	1	,426		
Razón de verosimilitud	1,680	1	,195		
Prueba exacta de Fisher				,373	,217

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,38.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

4.1.2.17. Nivel Académico y consejería sobre métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 61) muestra la relación entre el nivel académico de los encuestados y su percepción sobre la importancia de la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos. La tabla muestra los recuentos observados y los recuentos esperados para cada nivel académico y su percepción sobre la importancia de la consejería y orientación. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Se observa que la gran mayoría de personas en todos los niveles académicos consideran importante la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos, con un número muy pequeño de personas en todos los grupos que no consideran importante este servicio.

Tabla 62. Tabla cruzada (Nivel Académico y consejería)

Tabla cruzada Nivel Académico*consejería y orientación es importante

			consejería y orientación		Total
			es importante		
			No	Si	
Nivel Académico.	Primaria	Recuento	5	114	119
		Recuento esperado	2,4	116,6	119,0
	Secundaria	Recuento	0	123	123
		Recuento esperado	2,5	120,5	123,0
	Universidad	Recuento	0	6	6
		Recuento esperado	,1	5,9	6,0
Total	Recuento	5	243	248	
	Recuento esperado	5,0	243,0	248,0	

Los resultados de Tabla 62 establecen un valor de chi-cuadrado de Pearson de 5,532 con 2 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,063.

También se proporciona el valor de la razón de verosimilitud, que es de 7,455 con 2 grados de libertad y una significación asintótica de 0,024. Se observa que el 50,0% de las casillas tienen un recuento esperado menor que 5, y el recuento mínimo esperado es 0,12. Esto sugiere que se debe interpretar con precaución la significancia estadística debido a posibles limitaciones en los supuestos del análisis de chi cuadrado.

En consecuencia, no se encontró una asociación significativa entre el nivel académico y la percepción sobre la importancia de la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada, ya que el valor de p más alto en la prueba de chi-cuadrado supera el umbral de significancia de 0,05.

Tabla 63. Chi cuadrado (Nivel Académico y consejería)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,532a	2	,063
Razón de verosimilitud	7,455	2	,024
N de casos válidos	248		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,12.

4.1.2.18. Economía y consejería sobre métodos anticonceptivos

La tabla cruzada (Tabla 63) muestra la relación entre la situación económica y la percepción sobre la importancia de la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos. La tabla muestra los recuentos observados y los recuentos esperados para cada nivel de situación económica y su percepción sobre la importancia de la consejería y orientación. Los recuentos esperados representan la cantidad de casos que se esperaría en cada celda si no hubiera asociación entre las variables.

Se observa que la mayoría de personas en ambas categorías de situación económica consideran importante la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos, con un número muy pequeño de personas que no consideran importante este servicio.

Tabla 64. Tabla cruzada (Economía y consejería)

Tabla cruzada Economía *consejería y orientación es importante					
		consejería y orientación es importante		Total	
		No	Si		
Economía	Baja	Recuento	4	135	139
		Recuento esperado	2,8	136,2	139,0
	Media	Recuento	1	108	109
		Recuento esperado	2,2	106,8	109,0
Total		Recuento	5	243	248
		Recuento esperado	5,0	243,0	248,0

Los resultados de la Tabla 64 establecen un valor de chi-cuadrado de Pearson de 1,188 con 1 grado de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,276. También se proporciona el valor de la razón de verosimilitud, que es de 1,296 con 1 grado de libertad y una significación asintótica de 0,255. Además, se presentan los resultados de la prueba exacta de Fisher, que muestra una significación bilateral de 0,388 y una significación unilateral de 0,270.

Se observa que el 50,0% de las casillas tienen un recuento esperado menor que 5, y el recuento mínimo esperado es 2,20. Esto sugiere que se debe interpretar con precaución la significancia estadística debido a posibles limitaciones en los supuestos del análisis de chi cuadrado.

En conclusión, no se encontró una asociación significativa entre la situación económica y la percepción sobre la importancia de la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos en la muestra analizada, ya que el valor de p más alto en la prueba de chi-cuadrado supera el umbral de significancia de 0,05.

Tabla 65. Chi cuadrado (Economía y consejería)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,188a	1	,276		

Corrección de continuidad ^a	,403	1	,525	
Razón de verosimilitud	1,296	1	,255	
Prueba exacta de Fisher			,388	,270
N de casos válidos	248			

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,20.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

4.2. DISCUSIÓN

La discusión de la investigación revela hallazgos significativos derivados del análisis de tablas cruzadas y Prueba de Chi cuadrado entre las variables sociodemográficas, nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Estos resultados proporcionan información de los factores sociodemográficos, como el estado civil, la edad, la raza, el área residencial, el nivel académico y el nivel económico se relacionan con las decisiones de planificación familiar de las mujeres en edad fértil.

La edad y el conocimiento de los métodos anticonceptivos presentó una asociación estadísticamente significativa dado que los rangos "13-17" y "18-29" tienen mayor conocimiento, esto también puede deberse a que las mujeres de 18 a 29 años constituyen el 66% de la muestra. Asimismo, en el uso de métodos anticonceptivos y la edad se estableció una relación estadísticamente significativa, de ello las personas en el grupo de edad "18-29" son las que más utilizan métodos anticonceptivos, mientras el grupo de edad "30-59" es el que menos utiliza. Esto podría estar relacionado con la etapa de vida en la que las mujeres tienden a tener un mayor interés en la prevención de embarazos no deseados, ya sea porque están en planificación familiar o desean evitar embarazos tempranos. En la investigación de Rosales y Sánchez (2021) se identificó una relación similar donde las mujeres de mayor edad tenían mayor conocimiento de los métodos. En la investigación de Calderón (2022) se identificó que las mujeres de mayor edad (20-29 años) conocen más sobre anticonceptivos que otros grupos etarios. Sin embargo, en la investigación de Vázquez et al. (2020) se identificó que en los adolescentes el 51,6% tenía un conocimiento deficiente de los métodos anticonceptivos, una situación similar se presentó en la investigación de García et al. (2021) donde el 71,2% presentó un nivel bajo de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. En consecuencia, la

educación y orientación en salud sexual dirigida a grupos más jóvenes podría ser esencial para garantizar un acceso temprano a información precisa y métodos anticonceptivos. (Vázquez, Gómez, Espinoza, y Camacho, 2017)

Respecto a la relación identificada entre el estado civil y el nivel de conocimiento no se identificó una asociación significativa a nivel estadístico. Sin embargo, en el uso de métodos anticonceptivos si se identificó una relación de modo que las mujeres en las categorías "Soltera" y "Unión libre" son las que más utilizan métodos anticonceptivos, mientras que en las categorías "Casada" y "Divorciada" no se observa un mayor uso de métodos anticonceptivos. Esto se replica en la investigación de Calderón (2022) donde el estado civil casada, unión libre y unión de hecho fueron las que más utilizaron y conocen sobre los métodos anticonceptivos. Asimismo, en la investigación de Butrón (2023) el 57% de las personas en estado civil "casadas" manifestaron usar y conocer los métodos anticonceptivos, reflejando una relación entre el estado civil y el nivel de conocimiento. En resumen, esto podría estar influenciado por la búsqueda de mayor control en la planificación familiar en comparación con las mujeres solteras o divorciadas, que muestran tasas más bajas de uso.

En la raza existe una asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento, de ello destacan los grupos "Indígena" y "Mestiza", donde el 68% de la muestra fue indígena y el 30% mestiza, generándose un sesgo de información significativo, donde el 90% de la población total tiene un nivel de conocimiento aceptable sobre métodos anticonceptivos. No obstante, en el uso de métodos anticonceptivos no hay una asociación estadísticamente significativa, destacando el grupo "Indígena" y "Mestiza". En la investigación Rosales y Sánchez (2021) se identificó que, en cuanto al uso de anticonceptivos, el 50,1% de las mujeres no estaban utilizando ningún método, mientras que el 49,9% sí lo hacía. Se identificó un mayor riesgo de no utilización en las mujeres indígenas.

El área residencial influye en el nivel conocimiento de métodos anticonceptivos, dado que existe una asociación estadísticamente significativa; sin embargo, el número de personas que no tienen conocimiento es mayor en el área rural. Entre el uso y el área residencial no hay una asociación estadísticamente significativa y se observa que la mayoría de las personas tanto en áreas rurales como urbanas utilizan métodos anticonceptivos. En el caso de Butrón (2023), se identificó que el 73,8% de las mujeres que viven en el área urbana tenía mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Esto podría deberse a diferencias en la disponibilidad de servicios

de salud y acceso a métodos anticonceptivos en áreas urbanas en comparación con áreas rurales. Esto resalta la importancia de abordar las disparidades geográficas y garantizar un acceso equitativo a servicios de planificación familiar.

En el nivel educativo existe una asociación estadísticamente significativa con el nivel conocimiento, donde los grupos de "Primaria" y "Secundaria" tienen mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. En el uso de métodos anticonceptivos también existe una relación donde la mayoría de las personas con educación de nivel primario y secundario utilizan métodos anticonceptivos, mientras que no se observa el uso de métodos anticonceptivos en personas con educación universitaria en la muestra analizada. Se destaca que el 50% de la muestra tiene un nivel de secundaria. En el caso de la investigación Butrón (2023) las mujeres con educación media también tienen mayor conocimiento sobre anticonceptivos con un 45,5%. En la investigación de Rosales y Sánchez (2021) también se encontró una relación entre el nivel educativo y el nivel de conocimiento, siendo esta positiva, es decir que a mayor nivel de educación mayor conocimiento.

En el nivel económico existe una asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento, donde el nivel "Medio" tiene mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, y el número de personas que tienen conocimiento bajo es mayor en el nivel económico "Bajo". En el uso de los métodos anticonceptivos también se identificó una relación, donde la mayoría de las personas tanto en la categoría de nivel económico "Baja" como en la categoría de nivel económico "Media" utilizan métodos anticonceptivos. Aunque el número de personas que no utiliza métodos anticonceptivos es ligeramente mayor en la categoría de nivel económico "Baja" en comparación con la categoría de nivel económico "Media". Cabe destacar que el 56% de la muestra corresponde a las mujeres de nivel económico bajo, lo que sugiere la existencia de las barreras económicas las cuales pueden influir en la decisión de uso de métodos anticonceptivos. En el caso de la investigación de Rosales y Sánchez (2021) se identificó una relación positiva entre el nivel económico, nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Este hallazgo subraya la importancia de programas de salud sexual y reproductiva que tengan en cuenta las necesidades de grupos con recursos limitados y que ofrezcan métodos anticonceptivos asequibles.

En el caso de la importancia de la consejería y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos se identificó una asociación estadísticamente significativa en la

edad y raza/Etnia. Es decir que la mayoría de las personas en todas las categorías de edad consideran importante la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos, con un número muy pequeño de personas en el grupo de edad "13-17" que no consideran importante este servicio. Asimismo, la mayoría de las personas en todas las categorías de raza/etnia consideran importante la consejería y orientación en el uso de métodos anticonceptivos, con un número muy pequeño de personas que no consideran importante este servicio, particularmente en la categoría "Afro".

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Factores sociodemográficos: El 62% de las mujeres estaban en unión libre, mientras que el 66% se encontraba en el rango de edad de 18 a 29 años. Se observó que el 68% pertenecía al grupo étnico indígena, y el 52% residía en áreas urbanas. Además, el 50% tenía educación secundaria y el 56% pertenecía a un nivel económico bajo. Estos resultados resaltan la importancia de comprender la diversidad sociodemográfica para adaptar las intervenciones de salud reproductiva.
- Uso de métodos anticonceptivos: El 61% de las mujeres no utilizaba métodos anticonceptivos, mientras que el 32% prefería el implante subdérmico y el 26% optaba por la inyección mensual o trimestral. Es crucial considerar estos datos para garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos preferidos por la población.
- Fuentes de obtención de conocimiento: Se encontró que el 40% de las mujeres adquiría información sobre métodos anticonceptivos en el centro de salud, seguido de un 26% a través de redes sociales, un 20% en la escuela o colegio, un 15% por medio de amigos y un 10% gracias a la familia. Estos resultados enfatizan la importancia de utilizar múltiples canales de comunicación para promover el conocimiento sobre métodos anticonceptivos.
- Tras realizar un análisis exhaustivo de las pruebas de chi-cuadrado, se revelaron varios hallazgos cruciales. En primer lugar, se observó una asociación significativa entre el conocimiento de métodos anticonceptivos y el grupo de edad de 18 a 29 años ($p < 0,05$), lo que sugiere una mayor conciencia en este segmento. Por otro lado, la etnia no pareció influir en el uso de métodos anticonceptivos en la muestra estudiada ($p > 0,05$). Además, aunque se notaron diferencias en la percepción de la importancia de la consejería entre áreas rurales y urbanas, esta asociación no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Sin embargo, el nivel académico mostró una conexión clara con la percepción sobre la importancia de la orientación y consejería, destacando

la relevancia de abordar estos factores sociodemográficos de manera integral para promover prácticas de salud sexual y reproductiva efectivas y equitativas.

5.2. RECOMENDACIONES

- **Diversificación de métodos anticonceptivos:** Dado que un porcentaje significativo de mujeres no utiliza métodos anticonceptivos, es crucial ampliar la disponibilidad de diferentes opciones, así como ofrecer asesoramiento personalizado para que las mujeres puedan elegir el método más adecuado para ellas. Se recomienda aumentar la disponibilidad y promoción de métodos como los dispositivos intrauterinos (DIU) y las píldoras anticonceptivas para ofrecer más opciones accesibles y efectivas.
- **Campañas educativas integrales:** Considerando que las fuentes de información sobre anticoncepción varían considerablemente, se recomienda implementar campañas educativas integrales en múltiples plataformas, incluyendo centros de salud, escuelas, redes sociales y la comunidad en general. Estas campañas deben enfocarse en brindar información precisa y actualizada sobre los diversos métodos anticonceptivos, sus efectos secundarios y su disponibilidad, con el fin de empoderar a las mujeres para que tomen decisiones informadas y responsables sobre su salud reproductiva.
- **Programas de capacitación para personal de salud:** Dado que la mayoría de las mujeres obtienen información sobre métodos anticonceptivos en el centro de salud, se recomienda implementar programas de capacitación para el personal de salud. Estos programas deberían enfocarse en mejorar las habilidades de comunicación y orientación, así como en garantizar que el personal esté actualizado con los avances más recientes en salud reproductiva. Esto asegurará que las mujeres reciban una asesoría adecuada y completa al momento de seleccionar un método anticonceptivo.
- **Intervenciones específicas para grupos vulnerables:** Dado que se identificaron disparidades significativas en el conocimiento y uso de anticonceptivos según el perfil sociodemográfico, se recomienda desarrollar intervenciones específicas dirigidas a grupos vulnerables, como mujeres de bajos ingresos, aquellas con menor nivel educativo y residentes de áreas rurales. Estas intervenciones podrían incluir programas de educación adaptados a sus necesidades específicas, así como la implementación de políticas que

faciliten el acceso a métodos anticonceptivos asequibles y de calidad en estas comunidades.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguayo, A., Calleja, F., Salazar, J., Onofre, M. d., Jaramillo, J., y Castellanos, E. (2022). Conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos en universitarios: estudio comparativo. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 6(3), 553-577. doi:DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2245
- Arteaga, G. (1 de octubre de 2020). Enfoque cuantitativo: métodos, fortalezas y debilidades. Obtenido de Testsiteforme: <https://www.testsiteforme.com/enfoque-cuantitativo/>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2011). Constitución de la República del Ecuador 2008. Quito: Asamblea Nacional del Ecuador. Obtenido de <https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2020-06/CONSTITUCION%202008.pdf>
- Braidotti, R. (2020). El conocimiento posthumano. Barcelona: Polity Press Ltd.
- Bravo, S., Guerra, D., Uguña, V., y Castillo, A. (2020). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de medicina y enfermería, 2020. *Recimundo*, 4(4), 236-248. doi:10.26820/recimundo/4.(4).noviembre.2020.236-248
- Bustos, S. (2021). Métodos anticonceptivos. Coporación Educ. San Sebastián. Obtenido de http://escuelasansebastian.cl/wp-content/uploads/2021/10/7A_Cs_Naturales_Guia_Metodos_Anticonceptivos_4_al_15_Oct_2021.pdf
- Butrón, J. (2023). Factores sociodemográficos y uso de métodos anticonceptivos en el Perú: Un análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar-ENDES 2019. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/19471/Butr%C3%B3n_gj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Butrón, J. (2023). Factores sociodemográficos y uso de métodos anticonceptivos en el Perú: Un análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar-ENDES 2019. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/19471/Butr%C3%B3n_gj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Calderón, N. (2022). Factores sociodemográficos y su relación con el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en ujeres de edad fértil según la encuesta

- ENSANUT 2018 en Ecuador. Obtenido de <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/5275/1/T-UIDE-0578.pdf>
- Casey, F. (febrero de 2022). Anticonceptivos orales. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/planificaci%C3%B3n-familiar/anticonceptivos-orales#:~:text=Anticonceptivos%20orales%20solo%20de%20progest%C3%A1genos&text=Los%20anticonceptivos%20orales%20solo%20de,endometrial%2>
- Clavero, J. (2018). Historia evolutiva de la anticoncepción. *Anales Ranm*, 1(10), 56-59. doi:DOI: 10.32440/ar.2018.135.01.rev09
- Del Toro, M., Ruidiaz, K., y Barrios, Z. (2018). Conocimientos y prácticas sobre métodos de planificación familiar en adolescentes escolarizados de Cartagena-Bolívar. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(2), 24-37. doi:<https://doi.org/10.22463/17949831.1399>
- DELSOL . (2023). Glosario. Obtenido de Estado civil : <https://www.sdelsol.com/glosario/estado-civil/>
- García, A., & Suárez, Y. (2023). Conocimientos de los métodos anticonceptivos y aplicación del uso en estudiantes de primero y segundo bachillerato. *RECIMUNDO*, 7(1), 307-321. doi:DOI:10.26820/recimundo/7
- García, Y., Araiza, D., Ángeles, C., y Gallegos, R. (2021). Nivel de conocimiento de método anticonceptivos en estudiantes universitarios. *Natural Life Medical Sciences*, 17(10), 1-12. doi:DOI: <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n10p305>
- González, J. (2014). Los niveles de conocimiento. *El Aleph en la innovación curricular. Innovación educativa*, 14(65), 133-141. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v14n65/v14n65a9.pdf>
- Gutierrez, L., y Armenta, B. (2021). Métodos anticonceptivos: de la prevención al disfrute. *Ipas*. Obtenido de <https://ipasmexico.org/pdf/DeLaTeoriaAccionSSyRAdolescentes/IpasCAM2021-Tomo10-Digital.pdf>
- Hernández, Z., Carrillo, G., Herrera, Y., De los Santos, L., y Mirón, G. (2018). Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. *Salud Quintana Roo*, 11(40), 7-10. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92448>
- Huariopata, G. (2019). Repositorio educativo. Recuperado el 2023, de Factores sociodemograficos: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/2663/T016_47181484_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- INE. (2023). Obtenido de Nivel Educativo : <https://inee.org/es/eie-glossary/nivel-educativo>
- INEI . (2021). Obtenido de Area de referencia : <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0040/AREA.RESI.htm>

- Instituto Marqués. (2017). Las 5 etapas de la vida fértil de la mujer. Obtenido de Instituto Marqués: <https://institutomarques.com/noticias/noticias-2017/las-5-etapas-la-vida-fertil-la-mujer/>
- JBT. (2023). Raza , etnia . Obtenido de <https://www.jbtc.com/es/about-us/diversity-and-inclusion/di-council/ethnicity/>
- Jürgen, H. (2023). Conocimiento e interés. Barcelona: Taurus.
- Machado, J. (7 de septiembre de 2022). Ecuador es uno de los países donde se usan menos preservativos. Primicias. Obtenido de <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/preservativos-ligadura-metodos-anticonceptivos-ecuador/#:~:text=El%20m%C3%A9todo%20anticonceptivo%20m%C3%A1s%20usado,Sur%20que%20m%C3%A1s%20lo%20emplea.>
- Mejía, C., Oporto, F., Taya, L., y Oscco, S. (2020). Factores socioeducativos asociados al no uso de métodos anticonceptivos en universitarias de cuatro países de Latinoamérica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(3), 245-254. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000300245>
- Ministerio de Salud Pública. (2022). Estrategia nacional intersectorial de planificación familiar. Quito: Ministerio de Salud Pública. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar/>
- Neill, D., y Cortez, L. (2018). Procesos y Fundamentos de la investigación científica. Machala: UTMACH. Obtenido de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14231/1/Cap.3-Niveles%20del%20conocimiento.pdf>
- OPS. (2019). Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. OPS. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (5 de septiembre de 2023). Planificación familiar/métodos anticonceptivos. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Pérez, A., y Sánchez, E. (2020). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(5), 508-515. doi:DOI:10.4067/S0717-75262020000500508
- Pérez, J., Castillo, J., Vázquez, S., y Benítez, M. (2020). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su uso en estudiantes de licenciatura. *Lux Médica*, 15(44), 21-31. doi:DOI:10.33064/44lm20202786
- Quintero, P. (2021). Caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil. *Arch méd Camagüey*, 25(3), 377-390. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v25n3/1025-0255-amc-25-03-e7795.pdf>

- RAE. (2023). Real Académica Española . Obtenido de Edad : <https://dle.rae.es/edad>
- Rodríguez, V. (2018). Planificación familiar en varones a través de la percepción de obstetras del primer nivel de atención, 2018. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/323347052.pdf>
- Rosales, S., y Sánchez, R. (2021). Factores sociodemográficos asociados al nivel de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes atendidos en un centro médico privado en el distrito de Lurín. Ibarra: Universidad Privada del Norte. Obtenido de <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/28562>
- Sampieri, R. H. (2014). Metodología de la investigación . Mexico : McGRAW-HILL.
- Tuza, T., y Castillo, R. (2022). Uso de plantas medicinales como método de planificación familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Urbano Tena, Napo 2022. Ibarra: Universidad Técnica del Norte. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/jspui/handle/123456789/13062?locale=en>
- UNCOMO . (2023). Fuente Financiera . Obtenido de <https://www.mundodeportivo.com/uncomo/negocios/articulo/diferencia-entre-situacion-economica-y-situacion-financiera-27003.html>
- Uriarte, D., y Asenjo, J. (2020). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de colegios estatales. CURAE, 3(2), 16-25. Obtenido de <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD70662.pdf>
- Vázquez, F., Gómez, B., Espinoza, A., y Camacho, J. (2017). Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 17 años. Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/321264784_Nivel_de_conocimientos_sobre_metodos_anticonceptivos_en_adolescentes
- Visconti, F. (2021). Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en universitarios de Lima, Perú. CIMEL, 26(2), 23-33. doi:<https://doi.org/10.23961/cimel.v26i2.1505>

VII. ANEXOS

Anexo 1. Acta de la sustentación de Predefensa del TIC


UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI


FACULTAD DE INDUSTRIAS AGROPECUARIAS Y CIENCIAS AMBIENTALES
CARRERA DE ENFERMERÍA
ACTA
DE LA SUSTENTACIÓN ORAL DE LA PREDEFENSA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

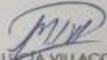
ESTUDIANTE:	CUACÉS PUETARE JOSÉ LUIS	CÉDULA DE IDENTIDAD:	0402109003
PERIODO ACADÉMICO:	2023B	DOCENTE TUTOR:	MSC. MAYRA MARIBEL CHAPI CHANDI
PRESIDENTE TRIBUNAL	MSC. MIRIAM LUCÍA VILLACORTE MÉNDEZ	DOCENTE:	MSC. JOHANNA ELIZABETH CAICEDO MINA
TEMA DEL TIC:	"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL"		

No.	CATEGORÍA	Evaluación cuantitativa	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1	PROBLEMA - OBJETIVOS	7,33	Mejor el texto de objetivos
2	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7,67	En la presentación resumir datos
3	METODOLOGÍA	6,67	mencione instrumentos utilizados
4	RESULTADOS	6,33	Utilizar el programa estadístico SPSS para mejor explicación
5	DISCUSIÓN	6,00	Hacer una relación entre los antecedentes y los resultados
6	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	7,00	Deben ir de acuerdo a los objetivos
7	DEFENSA, ARGUMENTACIÓN Y VOCABULARIO PROFESIONAL	6,00	mejorar presentación de diapositivas sin errores
8	FORMATO, ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	7,67	revisión de formato según guía

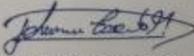
habiendo una nota de: **7,00** Por lo tanto, **APRUEBA** ; debiendo el o los investigadores acatar el siguiente artículo:

Art. 36.- De los estudiantes que aprueban el Informe final del TIC con observaciones.- Los estudiantes tendrán el plazo de 10 días para proceder a corregir su Informe final del TIC de conformidad a las observaciones y recomendaciones realizadas por los miembros del Tribunal de sustentación de la pre-defensa.

Para constancia del presente, firman en la ciudad de Tulcán el **lunes, 30 de octubre de 2023**


 MSC. MIRIAM LUCÍA VILLACORTE MÉNDEZ
 PRESIDENTE TRIBUNAL


 MSC. MAYRA MARIBEL CHAPI CHANDI
 DOCENTE TUTOR


 MSC. JOHANNA ELIZABETH CAICEDO MINA
 DOCENTE



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI



FACULTAD DE INDUSTRIAS AGROPECUARIAS Y CIENCIAS AMBIENTALES

CARRERA DE ENFERMERÍA

ACTA

DE LA SUSTENTACIÓN ORAL DE LA PREDEFENSA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

ESTUDIANTE:	YÁNDON ROYERO YASMÍN ESTAFANÍA	CÉDULA DE IDENTIDAD:	0401747230
PERIODO ACADÉMICO:	2023B		
PRESIDENTE TRIBUNAL:	MSC. MIRIAM LUCÍA VILLACORTE MÉNDEZ	DOCENTE TUTOR:	MSC. MAYRA MARIBEL CHAPI CHANDI
DOCENTE:	MSC. JOHANNA ELIZABETH CAICEDO MINA		
TEMA DEL TIC:	"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL"		

No.	CATEGORÍA	Evaluación cuantitativa	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1	PROBLEMA - OBJETIVOS	7,20	Mejor el texto de objetivos
2	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7,67	En la presentación resume datos
3	METODOLOGÍA	6,67	mencionar instrumentos utilizados
4	RESULTADOS	6,33	Utilizar el programa estadístico SPSS para mejor explicación
5	DISCUSIÓN	6,00	Hacer una relación entre los antecedentes y los resultados
6	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	7,00	Deben ir de acuerdo a los objetivos
7	DEFENSA, ARGUMENTACIÓN Y VOCABULARIO PROFESIONAL	6,00	mejorar presentación de diapositiva sin errores
8	FORMATO, ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	7,67	revisión de formato según guía

Obteniendo una nota de: **7,00** Por lo tanto, **APRUEBA**; debiendo el o los investigadores acatar el siguiente artículo:

Art. 36.- De los estudiantes que aprueban el informe final del TIC con observaciones.- Los estudiantes tendrán el plazo de 10 días para proceder a corregir su informe final del TIC de conformidad a las observaciones y recomendaciones realizadas por los miembros del Tribunal de sustentación de la pre-defensa.

Para constancia del presente, firman en la ciudad de Tulcán el **lunes, 30 de octubre de 2023**

MSC. MIRIAM LUCÍA VILLACORTE MÉNDEZ
PRESIDENTE TRIBUNAL

MSC. MAYRA MARIBEL CHAPI CHANDI
DOCENTE TUTOR

MSC. JOHANNA ELIZABETH CAICEDO MINA
DOCENTE

Anexo 2. Certificado del abstract por parte de idiomas



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI
FOREIGN AND NATIVE LANGUAGE CENTER**

ABSTRACT- EVALUATION SHEET				
NAME: Cuacés Puetate José Luis y Yandún Rosero Yasmin Estefanía				
DATE: 6 de noviembre de 2023				
TOPIC: "Factores sociodemográficos relacionados con el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud San Sebastián del Coca"				
MARKS AWARDED		QUANTITATIVE AND QUALITATIVE		
VOCABULARY AND WORD USE	Use new learnt vocabulary and precise words related to the topic	Use a little new vocabulary and some appropriate words related to the topic	Use basic vocabulary and simplistic words related to the topic	Limited vocabulary and inadequate words related to the topic
	EXCELLENT: 2 <input checked="" type="checkbox"/>	GOOD: 1 Vera Játiva Edwin Andrés,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
WRITING COHESION	Clear and logical progression of ideas and supporting paragraphs.	Adequate progression of ideas and supporting paragraphs.	Some progression of ideas and supporting paragraphs.	Inadequate ideas and supporting paragraphs.
	EXCELLENT: 2 <input checked="" type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
ARGUMENT	The message has been communicated very well and identify the type of text	The message has been communicated appropriately and identify the type of text	Some of the message has been communicated and the type of text is little confusing	The message hasn't been communicated and the type of text is inadequate
	EXCELLENT: 2 <input checked="" type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
CREATIVITY	Outstanding flow of ideas and events	Good flow of ideas and events	Average flow of ideas and events	Poor flow of ideas and events
	EXCELLENT: 2 <input type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input checked="" type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
SCIENTIFIC SUSTAINABILITY	Reasonable, specific and supportable opinion or thesis statement	Minor errors when supporting the thesis statement	Some errors when supporting the thesis statement	Lots of errors when supporting the thesis statement
	EXCELLENT: 2 <input type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input checked="" type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
TOTAL/AVERAGE	9 - 10: EXCELLENT 7 - 8,9: GOOD 5 - 6,9: AVERAGE 0 - 4,9: LIMITED		TOTAL 9	



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL
CARCHI FOREIGN AND NATIVE LANGUAGE
CENTER**

Informe sobre el Abstract de Artículo Científico o Investigación.

Autor: Cuacés Puetate José Luis y Yandún Rosero Yasmín Estefanía

Fecha de recepción del abstract: 6 de noviembre de 2023

Fecha de entrega del informe: 6 de noviembre de 2023

El presente informe validará la traducción del idioma español al inglés si alcanza un porcentaje de: 9 – 10 Excelente.

Si la traducción no está dentro de los parámetros de 9 – 10, el autor deberá realizar las observaciones presentadas en el ABSTRACT, para su posterior presentación y aprobación.

Observaciones:

Después de realizar la revisión del presente abstract, éste presenta una apropiada traducción sobre el tema planteado en el idioma Inglés. Según los rubrics de evaluación de la traducción en Inglés, ésta alcanza un valor de 9, por lo cual se valida dicho trabajo.

Atentamente



EDISON BOANERGES
PEÑAÑIEL ARCOS

Ing. Edison Peñañiel Arcos MSc
Coordinador del CIDEN

Anexo 3. Formato de encuesta

CUESTIONARIO

INDICACIONES: Lee con atención cada una de las preguntas, y marque con una (X) o un círculo (O) la respuesta que mejor describa lo que piensas.

Responder todas las preguntas.

DATOS GENERALES:

EDAD.....

SEXO: Femenino..... Masculino.....

ESTADO CIVIL: Soltero..... Casado..... Divorciado..... Unión libre.....

RAZA/ETNIA: Indígena..... Mestizo..... Montubio..... Afroecuatoriano.....

ÁREA DE RESIDENCIA: Rural..... Urbana.....

NIVEL ACADÉMICO: Primaria..... Secundaria..... Superior.....

CONTENIDO:

CONOCIMIENTOS
<p>1. ¿Qué entiendes por métodos anticonceptivos?</p> <p>a) Son métodos para prevenir el embarazo.</p> <p>b) Sustancias peligrosas para la salud del hombre.</p> <p>c) Productos que ayudan en la economía familiar.</p>
<p>2. ¿Señala el método anticonceptivo de barrera?</p> <p>a) Ligadura</p> <p>b) Vasectomía</p> <p>c) Condón</p>
<p>3. ¿Para qué sirve el preservativo (condón) en la relación sexual?</p> <p>a) Evita el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.</p> <p>b) Disminuye la producción de semen.</p>

c) Favorece el deseo sexual
4. ¿Qué complicaciones pueden ocasionar el método anticonceptivo “Implante subdérmico”
a) Sangrado por la nariz b) Hinchazón del rostro y manos c) Aumento y disminución de peso/acné
5. ¿Cuánto crees que dura el implante subdérmico?
a) 1 a 2 años b) 3 a 5 años c) 10 años
6. ¿La píldora de emergencia es un método anticonceptivo?
a) SI b) NO
7. ¿Cuál es tu fuente de información sobre los métodos anticonceptivos?
a) Familia b) Amigos c) Centro de Salud d) Redes sociales e) Escuela/Colegio
8. ¿Utiliza métodos anticonceptivos actualmente?
a) SI b) NO
9. ¿Qué método anticonceptivo es el que utiliza?
a) Condón b) Implante subdérmico c) Inyección mensual o trimestral

d) Calendario

10. ¿Crees que la consejería y orientación sobre métodos anticonceptivos es muy importante?

a) De acuerdo

b) Indeciso

c) Desacuerdo

11. ¿Le gustaría recibir charlas educativas del uso de métodos anticonceptivos?

a) De acuerdo

b) Indeciso

c) Desacuerdo

12. ¿Con que frecuencia hace uso de los métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales?

a) Siempre

b) Casi siempre

c) Nunca