



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. DE ENFERMERÍA**

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO EN
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL
DEL COMEDOR POPULAR VIRGEN DE LOURDES DEL PUEBLO
JOVEN LA LIBERTAD – COMAS, 2014**

**PRESENTADO POR
CORONADO INCA, MARLENE
PÉREZ HUAMÁN, MELISSA FIORELLA**

**ASESOR
MORALES QUISPE, JUAN**

Los Olivos, 2016



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO
EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES
EN EDAD FÉRTIL DEL COMEDOR POPULAR
VIRGEN DE LOURDES DEL PUEBLO JOVEN LA
LIBERTAD – COMAS, 2014**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

PRESENTADA POR:

**Coronado Inca, Marlene
Pérez Huamán, Melissa Fiorella**

Lima - Perú

2016

SUSTENTADO Y APROBADO ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Rosa Eva Pérez Siguas

Presidente

Doris Mellina Alvines Fernández

Secretario

Pedro Pablo Quispe rosales

Vocal

Juan Morales Quispe

Asesor

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO
EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES
EN EDAD FÉRTIL DEL COMEDOR POPULAR
VIRGEN DE LOURDES DEL PUEBLO JOVEN LA
LIBERTAD – COMAS, 2014**

Dedicatoria

Este trabajo lo dedicamos a nuestros padres: por ser nuestros guías, ya que contamos con todo su apoyo y confianza. A nuestros hijos, porque son nuestros motivos para alcanzar nuestras metas.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Formulación de la pregunta de investigación.....	16
1.3 Justificación del estudio	16

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco contextual histórico social de la realidad.....	18
2.2 Marco Teórico – Conceptual.....	19
2.2.1 Conocimiento	19
2.2.2 Autocuidado	21
2.2.2.1 Autocuidado en la Salud y Teorías Asociadas.....	21
2.2.2.2 Tipos de autocuidado.....	24
2.2.3. Planificación familiar	25
2.2.4 Métodos anticonceptivos.....	27
2.2.4.1 Métodos naturales	28
2.2.4.2 Métodos de barrera.....	29
2.2.4.3 Métodos hormonales	30
2.2.5. Mujeres en edad fértil.....	32
2.2.5.1 La mortalidad materna en edad fértil	34
2.2.6 Principales mitos sobre los métodos anticonceptivos.....	35
2.2.6.1 Mitos	35
2.2.6.2 Creencias.....	35
2.3 Antecedentes de la investigación	36
2.3.1 Internacional	36
2.3.2 Nacional	38
2.4 Objetivos	39
2.4.1 Objetivo general	39
2.4.2 Objetivos específicos	40

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo – Diseño de investigación.....	41
3.2. Población.....	41
3.2.1 Criterio de inclusión.....	41
3.2.2 Criterios de exclusión.....	41
3.3 Variable	42
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	42
3.5. Plan de recolección de datos	45
3.6. Técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos.....	47
3.7. Aspectos éticos	47
3.7.1. Principio de autonomía	48
3.7.2. Principio de no maleficencia	48
3.7.3 Principio de beneficencia	48
3.7.4 Consentimiento informado	48

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados	49
4.1.1 Descripción de datos sociodemográficos	49
4.1.2 Descripción de autocuidados	49
4.2 Discusión.....	54

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	60
5.2 Recomendaciones.....	61

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
---	-----------

ANEXOS	66
---------------------	-----------

Índice de gráficos

Gráfico 1	Nivel de conocimiento del autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del pueblo joven La Libertad – Comas, 2014	50
Gráfico 2	Nivel de conocimiento en relación a las prácticas en el autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del pueblo joven La Libertad – Comas, 2014.....	51
Gráfico 3	Nivel de conocimiento en relación a los métodos anticonceptivos en el autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del pueblo joven La Libertad – Comas, 2014	52
Gráfico 4	Nivel de conocimiento en relación a los mitos y creencias en el autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del pueblo joven La Libertad – Comas, 2014	53

Índice de anexos

Anexo A: Operacionalización de la variable.....	67
Anexo B: Proceso de construcción y validación del instrumento	68
Anexo C: Cuestionario (CAPFME)	69
Anexo D: Resumen de prueba de jueces.....	71
Anexo E: Resultado de la prueba piloto	72
Anexo F: Carta de aceptación	73
Anexo G: Coeficiente de intraclase	74
Anexo H: Consentimiento informado.....	75
Anexo I: Características sociodemográficas de la población.....	76

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento del Autocuidado en Planificación Familiar en mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes Comas.

Materiales y métodos: este estudio enfoque cuantitativo y descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 87 mujeres en edad fértil del comedor popular virgen de Lourdes. El instrumento utilizado fue el cuestionario: “Conocimiento del autocuidado en planificación familiar en mujeres en edad fértil” (CAPFME) cerrado con alternativas para marcar y como técnica, la encuesta.

Resultados: los resultados obtenidos indican que el nivel de conocimiento sobre autocuidado en planificación familiar es deficiente con un 43.68%; en la dimensión practicas es deficiente con un 37.93%; de métodos anticonceptivos es regular con 40.23%; y la de mitos y creencias es deficiente con 40.23%. **Conclusiones:** los conocimientos que predominaron en las mujeres en edad fértil con respecto a su autocuidado fueron deficientes.

Palabras clave: Conocimiento, autocuidado, mujeres en edad fértil, prácticas, métodos anticonceptivos, mitos y creencias.

Abstract

Objetives: The objectives are to determine the range of knowledge about self-care of family planning only on women who are on childbearing age. It was realized in a special place for poor families, called popular dining `Virgen del Carmen`. **Methods and materials:** It was a quantitative and descriptive research. The population was formed of 87 women of childbearing age of the popular dining named above. The useful material was the questionnaire whose name was `Knowledge of self-care of family planning on women of childbearing age`. It was a multi-choice cloze survey. **Results:** The results were not good at all. It showed an average of 43.68% about the knowledge of self-caring family planning, it was a deficient result. People who practiced family planning got 37.93%, it was as deficient as the first result. The use of contraceptive methods is not as bad as the ones named before, it got 40.23%. Talking about beliefs and myths, the result was 40.23%. **Conclusion:** Women of childbearing age do not have enough knowledge about family planning. The result was deficient.

Key words: Knowledge, self-care, women of childbearing age, contraceptive methods, myths and beliefs.

Introducción

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

Por lo tanto, es responsabilidad de enfermería promover el autocuidado de la persona, a través de métodos educativos dirigidos a la mujer en edad fértil, a fin de concientizar la importancia de prevenir embarazos no deseados. Esta actividad de enseñanza va permitir a la mujer participar activamente en su autocuidado.

Esta investigación, está estructurada de la siguiente manera:

En el Capítulo I: Planteamiento del problema, se exponen conceptos claves para la mejor comprensión de la investigación como son la formulación del problema, objetivos y justificación. En el Capítulo II: Marco teórico, se describen los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y las definiciones teóricas. En el Capítulo III: Metodología, se exponen el diseño metodológico, la muestra seleccionada, las técnicas e instrumentos para la recolección de datos, las técnicas para el análisis de los datos y el procedimiento. En el Capítulo IV, se muestran los resultados de la investigación con la respectiva discusión. En el Capítulo V, se muestra la conclusión y recomendaciones de la investigación. Finalmente, se mencionan las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La salud sexual y reproductiva está íntimamente ligada y son interdependientes. Con esta perspectiva, según Carpio L., la salud reproductiva se define como: “El estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva”, incluyendo la capacidad de las personas de tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse con libertad de decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual⁽¹⁾.

La Organización Mundial Salud (OMS) refiere que, a escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En África pasó de 23% a 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; en cada región es notable la variación entre países. Podemos apreciar una preocupación por las dos dimensiones de la salud en el tema de la reproducción y la prevención en la elección de métodos de regulación de la fertilidad y la posibilidad de una vida sexual segura sin temor a infección. Y por otra parte, la intervención, reflejada en la atención digna y adecuada para la mujer embarazada⁽²⁾.

De acuerdo a las estadísticas descritas por estudios realizados a nivel mundial, existe un alto nivel de mujeres que no hacen uso de ningún método anticonceptivo. Y este es un factor actual muy importante, que suele causar una alteración en su estado de salud, desde embarazos no deseados hasta consecuencias graves y puede llegar al aborto y en algunos casos hasta la muerte.

Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Los motivos son la poca variedad de métodos, el acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad, oposición por razones culturales o religiosas, servicio de mala calidad y barreras de género.

Otras de las causas es la necesidad insatisfecha de anticoncepción, la cual sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. En África, el 53% de las mujeres en edad fecunda tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia y América Latina y el Caribe regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta, las necesidades insatisfechas representan un 21% y un 22%, respectivamente⁽³⁾.

Por lo tanto, estas se encuentran totalmente alejadas de la realidad en su autocuidado. Esta situación influye negativamente en el bajo nivel de conocimiento en el autocuidado de su salud reproductiva. Debido a que también, existe en las mujeres, un desinterés y una falta de conocimiento de ciertos tipos de métodos anticonceptivos.

En Colombia no ha sido ajena a esta problemática, según la Encuesta Nacional Demográfica y Salud ENDES 2010, la tasa global de fecundidad en Colombia ha venido disminuyendo desde mediados de los años 60; dicha tasa fue de 2.1 hijos por mujeres sin embargo el 52% de los hijos nacidos en Colombia durante los últimos años no fueron planeados o deseados, y si este porcentaje de hijos no deseados se hubiese podido evitar cada mujer tendría un promedio de 1.6 hijos. Adicionalmente, en el año del 2007 fue reportado que 75.6 mujeres por

cada 100 mil nacidos vivos mueren en Colombia por causa asociadas a la maternidad⁽⁴⁾.

Por lo tanto, existe un alto porcentaje de hijos no deseados, lo cual puede llevar a un rechazo de esos hijos de parte de su progenitora, y todo por falta de conocimiento sobre la planificación familiar. Nosotros como área de la salud de Enfermería tenemos como objetivo brindar la información apropiada para su conocimiento y autocuidado para disminuir los embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012, el porcentaje de mujeres unidas que no deseaba tener más hijas e hijos ha disminuido tanto entre las que no tienen hijas e hijos vivos como en las que tuvieron una o dos hijas e hijos y entre las mujeres menores de 45 años de edad. En cambio, dado que mantienen patrones de alta fecundidad, se observa incremento entre las mujeres con tres o más hijas e hijos y entre las de 45 a 49 años de edad⁽⁵⁾.

Actualmente, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INEI) 2009, señala que, en el Perú, las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) son 7 millones 754 mil 839 actualmente, lo cual el 74.3 por ciento de las mujeres peruanas en edad fértil han empleado al menos un método anticonceptivo. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2009-2012 precisa que el 96.5 por ciento de las mujeres actualmente unidas y el 97.8 por ciento de mujeres no unidas sexualmente activa, usaron alguna vez métodos anticonceptivos.

Asimismo, señala que más del 99.3% de las mujeres peruanas conocen o han oído hablar de algún método anticonceptivo, de acuerdo al ENDES 2009-2012. En el área urbana todas las encuestadas señalaron conocer algún método de planificación familiar y en el área rural llegó al 97.6 por ciento. “Sin embargo, su uso está por debajo de este nivel, lo que revela una brecha en el acceso a oportunidades y ejercicio de derechos”⁽⁶⁾.

Con los estudios que se realizaron en ciertos países, tanto en América Latina como en el Perú, se encontró que un gran porcentaje de encuestadas hace un inadecuado uso de los métodos anticonceptivos modernos, lo cual permite ver que hay un bajo nivel de conocimiento sobre este tema en las mujeres en edad fértil.

Considerando que para Dorothea Orem, la enfermería se refiere especialmente a las necesidades del ser humano que están en relación con el autocuidado, definiéndose este como: "Las acciones que permite al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos". Además, refiere que en una sociedad siempre hay seres humanos que no son capaces de cumplir con acciones precisas para la supervivencia⁽⁷⁾.

Por lo tanto, es responsabilidad de enfermería promover el autocuidado de la persona, a través de métodos educativos dirigidos a la mujer en edad fértil, a fin de concientizar la importancia de prevenir embarazos no deseados. Esta actividad de enseñanza va permitir a la mujer participar activamente en su autocuidado.

Ahora bien, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, plantea como su misión principal: "Mejorar el estado de la salud reproductiva de los hombres y las mujeres en todas las etapas de su vida, mediante la provisión de servicios de promoción, tratamiento y rehabilitación de la mejor calidad posible, que lleguen sin restricciones a todos los habitantes del Perú y que respondan a las verdaderas necesidades de la población".

Hay que tener presente que el control de la fertilidad, para que sea eficaz, requiere la aceptación y la colaboración del paciente. Dentro de los métodos más utilizados son técnica del ritmo y la abstinencia seguido de los métodos de barrera, entre ellos el preservativo, dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales⁽⁸⁾.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en este marco, el Programa establece algunas metas al año tales como, disminuir la tasa de

mortalidad materna a un nivel no mayor de 100 por cien mil nacidos vivos, alcanzar una prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos y seguros para asegurar una tasa global de fecundidad de 2.5 hijos por mujer y reducir en 50% la tasa de mortalidad perinatal. Señala también metas para los servicios de salud como: lograr una cobertura en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil, al 70% de las mujeres en uniones estables y al 60% del total de mujeres adolescentes unidas⁽¹⁾.

Todos los años, el 99% de los cerca de medio millón de muertes maternas registradas se producen en países en desarrollo. Pese al incremento del uso de anticonceptivos en los últimos 30 años, siguen siendo muchas las necesidades sin atender en todas las regiones. Por ejemplo, en el África subsahariana, una de cada cuatro mujeres que desea espaciar sus embarazos o dejar de tener hijos no utiliza ningún método de planificación familiar⁽³⁾.

A pesar de lo antes mencionado, gran número de mujeres peruanas están insatisfechas en relación a la cantidad de hijos que desean tener, esto se debe a un inadecuado conocimiento que tienen sobre los métodos anticonceptivos, como a la accesibilidad de los mismos.

1.2 Formulación de la pregunta de investigación

De acuerdo a la problemática planteada, la presente investigación pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del Pueblo Joven la Libertad – Comas, 2014?

1.3 Justificación del estudio

El propósito de la investigación se justifica en varios puntos, los cuales pasamos a exponer:

El autocuidado de la persona en planificación familiar nos permitirá establecer como punto de partida: el diagnóstico inicial del grupo a evaluar, cuál es el nivel

de conocimiento en autocuidado en planificación familiar de ese grupo de mujeres, cuál es su cuidado personal como mujeres y como madres, los métodos anticonceptivos que utilizan y en caso de que no los usen averiguar por qué no lo usan, es decir, establecer cuál es la causa del no uso de dichos métodos anticonceptivos.

Viendo la alta tasa de mortalidad de todos los años, hasta hoy, el 99% de los cerca de medio millón de muertes maternas registradas se producen en países en desarrollo. Pese al incremento del uso de anticonceptivos en los últimos 30 años, siguen siendo muchas las necesidades sin atender en todas las regiones. Por ejemplo, en el África subsahariana, una de cada cuatro mujeres que desea espaciar sus embarazos o dejar de tener hijos no utiliza ningún método de planificación familiar. Los métodos anticonceptivos de la planificación familiar para las mujeres en edad fértil, el conocimiento y el autocuidado están íntimamente ligados para prevenir los riesgos que pueden causar el aborto, embarazo no deseado, enfermedades de transmisiones sexuales, tanto en adultos como en la población, la disminución de la mortalidad materna perinatal y la muerte. El personal de la salud altamente capacitado debe brindar más conocimientos sobre el autocuidado para disminuir la pobreza y gozar de los beneficios, así como en el aspecto sanitario⁽³⁾.

La importancia del Conocimiento y Autocuidado va a permitir al comedor popular de Pueblo Joven La Libertad – Comas, tomar conciencia acerca del número de hijos que cada familia desea tener, disminuir la pobreza y obtener una buena calidad de vida. La trascendencia de este estudio radica en que los resultados pueden tomarse como referencia para nuevos estudios en esta o en otras instituciones.

Es importante establecer el papel de la Enfermería en la difusión y en la ejecución de las metas establecidas por el Ministerio de Salud para este programa; asimismo, definir cuál es nuestra participación e importancia de involucrarnos, como personal de la salud, en el conocimiento del autocuidado en la planificación familiar en las mujeres del comedor popular Virgen de Lourdes del Pueblo Joven La Libertad – Comas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco contextual histórico social de la realidad

Antes de la creación del distrito de Comas, se llevaron a cabo las primeras invasiones organizadas para poblar la periferia de Lima Metropolitana. Los primeros pueblos jóvenes del distrito fueron La Libertad, Señor de Los Milagros y El Carmen. El 12 de diciembre de 1961 bajo la ley N° 13757 se creó el distrito de Comas con su capital en el barrio de La Libertad.

En 1989 al separarse el distrito de Los Olivos de San Martín de Porres, diversas poblaciones no quisieron cambiar de jurisdicción por lo que una zona en el distrito de Comas es reclamada por San Martín de Porres a pesar de encontrarse lejos de su jurisdicción⁽⁹⁾.

Alcaldes que asumieron el cargo de alcalde del distrito de Comas Periodo 1964 - 1966, Wenceslao Luque Ramírez, Partido político, APRA-Unión Nacional Odríista. Del 2011 - 2014, gobernó el alcalde Nicolás Octavio Kusunoki Fuego y el partido Siempre Unidos.

Cada comedor produce aproximadamente más de 100 raciones diarias en promedio, casi medio millón de raciones diarias en Lima. Es interesante observar a quiénes van dirigidas las raciones: el 60% a las socias y sus familias; un 12% a las socias que cocinan como compensación por su trabajo (no hay pago en efectivo); un 8% son donados a personas pobres del barrio (“casos sociales”). Sólo se venden el 18% de las raciones producidas por el comedor. La mitad de ese porcentaje se vende a gente del barrio, en general siempre la misma, y el otro 9% a gente “de paso”, o sea clientes como empleados de

empresas de servicios y otros. A las socias se les vende a un precio menor que a los clientes externos.

La mayor parte de los comedores realizan fiestas y rifas para tener otros ingresos ya que los aportes de alimentos del Estado apenas cubren el 20% del costo de la ración. Un estudio de la Federación de Mujeres Organizadas en Comedores Populares Autogestionarios (Femoccpaal) del año 2006, que agrupa a unos 1.800 comedores, asegura que “el comedor ya no es un complemento de salario alguno, porque ese salario ya no existe, para muchas familias es la única vía de acceso a la alimentación”⁽¹⁰⁾.

2.2 Marco Teórico – Conceptual

2.2.1 Conocimiento

Es el cúmulo de información adquirida de forma científica o empírica. Partiremos de que conocer es aprender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: sujeto – objeto⁽¹¹⁾.

Establecer qué es conocimiento es una preocupación que viene desde hace muchos años atrás, desde Platón (428-347 a.n.e.). De su mano se introdujo una preocupación que se convirtió en obsesión durante los años sesenta y setenta, una obsesión que, aunque últimamente ha remitido sin haber conseguido su objetivo, ha dado sus frutos en el tratamiento y comprensión de otros problemas epistemológicos, estrechamente relacionados. Se trata de decir que es el conocimiento, mediante una definición que recoja todos nuestros usos correctos de este concepto. Esa definición ha de consistir en ofrecer las condiciones individualmente necesarias y conjuntamente suficientes para decir de alguien que sabe algo. Es decir, debe proporcionar condiciones tales que, si se cumplen todas, no pueda darse el caso de que no haya conocimiento (condiciones suficientes) y, si falta alguna, no pueda darse el caso de que haya conocimiento (condiciones necesarias)⁽¹²⁾.

Para Henry Wallon, los conocimientos son: “Datos e información empírica sobre la realidad y el propio individuo, es decir, conocimientos inmediatos

situacionalmente útiles de tipo hábitos y costumbres que hace factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado” (13).

Rossental refiere que el conocimiento es: “El proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce con el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el conocido (14).

El conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. Se podría describir como un ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podríamos decir que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos(15).

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Así, tenemos un conocimiento sensorial (si el objeto se capta por medio de los sentidos), este se encuentra tanto en los hombres como en los animales, y un conocimiento racional, intelectual o intelectual, si se capta por la razón directamente. Podríamos citar unos ejemplos: un libro, un sonido, un olor se captan por medio de los sentidos; la belleza, la justicia, el deber se captan por medio de razón.

La actividad cognoscitiva es adquisitiva, cuando obtenemos un conocimiento; conservativa, cuando retemos o memorizamos un conocimiento; elaboraría, cuando, con base en conocimiento adquiridos y memorizados, elaboramos otros por medio de la imaginación, la fantasía o el razonamiento (14).

La ciencia explica la realidad mediante leyes, estas son las relaciones constantes y necesarias entre los hechos. Son proposiciones universales que establecen en qué condiciones sucede determinado hecho, por medio de ellas se comprenden hechos particulares. También permiten adelantarse a los sucesos, predecirlos. Las explicaciones de los hechos son racionales, obtenidas por medio de la observación y la experimentación (16).

2.2.2 Autocuidado

Es asumir voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de nuestra salud, implica el conocernos, estimarnos y cuidarnos para prolongar la condición de estar saludable y prevenir la aparición de las enfermedades, dejando su aparición para las etapas más tardías de la vejez y que cuando se presenten evitemos que estas se compliquen. El Autocuidado se aprende y cuando lo aplicamos estamos adoptando un estilo de vida saludable en beneficio de nosotros, la familia, la comunidad y el estado ⁽¹⁷⁾.

El Autocuidado etimológicamente está conformado de dos palabras: Auto del griego que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado del latín cogitatus que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente. El concepto de autocuidado es un constructo conceptual muy utilizado en la disciplina de Enfermería⁽¹⁸⁾.

La teoría del Autocuidado, tiene su origen en una de las más famosas teoristas norteamericana, Dorotea Orem nacida en Baltimore, Estados Unidos. "El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma⁽¹⁹⁾.

2.2.2.1 Autocuidado en la Salud y Teorías Asociadas

La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes, significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defectos que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, racional y

pensante. Existen muchas teorías que explican y estudian el autocuidado; tanto por conocerlo y promoverlo, por ejemplo, la teoría de Callista Roy, tiene la concepción del ser humano en sus tres dimensiones como un ser biopsicosocial, en interacción constante con un ambiente cambiante teniendo cuatro formas de adaptación: necesidades fisiológicas, imagen de sí mismo, dominio de su rol e interdependencia. Para ella, el fin de la enfermería es promover la adaptación del ser humano en sus cuatro formas ⁽²⁰⁾.

A. Teoría del Autocuidado según Martha Rogers

La teoría de Martha Rogers, tiene la concepción del ser humano como unitarios y sinérgicos es decir, un todo unificado que posee su propia integridad y que es más y distinto que la suma de sus partes. Para Rogers, el fin de la enfermería es promover la armonía entre el hombre y la mujer y su entorno, reforzar la coherencia y la integridad del campo humano, redirigir la integración del campo humano y de los campos ambientales con el propósito de ayudar al ser humano a alcanzar un estado de máxima salud física, mental y sociales OREM, permite un abordaje integral del individuo ⁽²⁰⁾.

B. Teoría del autocuidado según Dorotea Orem

Permite un abordaje integral del individuo en función de situar los cuidados básicos como vida centro de ayuda del ser humano a vivir feliz durante mas tiempo.es decir a mejorar su calidad de vida. Para Orem enfermería orienta sus acciones directamente al autocuidado expresando que “el autocuidado es indispensable porque cuando se ausenta este autocuidado, la enfermedad y la muerte se puede producir”, “el autocuidado entonces es un acto propio del individuo que sigue un patrón, una secuencia y cuando se lleva a cabo eficazmente y al desarrollo del ser humano”, “el autocuidado es el conjunto de acciones positivas y prácticas que precisan para su realización de una elección, una decisión”⁽⁷⁾.

A pesar de los diversos modelos planteados como la solución para alcanzar el desarrollo, el autocuidado como una práctica de dimensión individual y colectiva es una herramienta para avanzar en los objetivos del desarrollo humano pues

permite que el proceso de cuidados no sea un hecho aislado y limitado a medicación y atención, sino que supera el ámbito biológico y se adentra en la subjetividad de cada individuo para hacer posible el reconocimiento de su especificidad, promover el autoestima y autonomía para llegar a un estado en el que su autocuidado sea el resultado de un valoración individual, que recupera el valor de las acciones correlativas y que promueva la generación de una conciencia respecto de lo saludable y lo no saludable.

Para llegar hacia esta nueva conciencia colectiva requiere de un proceso de promoción e inserción de un nuevo sentido para el autocuidado. El concepto de autocuidado explica, como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “como un conjunto de acciones intencionados que realiza o realizara la persona para controlar los factores (internos o externos) que puedan comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma”⁽⁷⁾.

Según Orem, el autocuidado no es innato, se debe aprender, por lo tanto, requiere que se enseñen, esta actividad de enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de salud, uno de ellos el enfermero, donde la educación juega un papel importante, en la medida que permite a las personas hacer frente a los problemas de salud.

Considerando que Orem define al ser humano como un todo desde una visión holística en el que cada persona es una combinación única de factores físicos, cognitivos, emocionales y espirituales, en interrelación estrecha con su entorno cambiante y concede mucha importancia a la adaptación de este ser humano al mundo en el que vive. Asimismo, debemos tener presente que el autocuidado, son acciones que permiten mantener la vida y la salud no son innatos deben aprenderse y dependen de las costumbres, creencias y prácticas habituales del grupo social al cual el individuo pertenece.

Orem sostiene que la salud se relaciona con la estructura y funciones normales, ya que cualquier desviación de la estructura o del funcionamiento se denomina correctamente una ausencia de salud en el sentido de unidad integral; el ser humano es considerado como unidad biológica y socialmente.

2.2.2.2 Tipos de autocuidado

A. Autocuidado universal

También llamados necesidades de base, son comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida, dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria, que comprenden: la conservación de ingestión suficiente de aire, agua y alimento.

Suministro de cuidados asociados con la procesión de eliminación. Manteniendo el equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la soledad y la interacción social, evitar riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar, promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de lo normal.

B. Autocuidado de desarrollo

Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

C. Autocuidado en relación a la desviación de la salud

Cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de autocuidado, el cual tiene como objetivos prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad denominándoles demanda de autocuidado para la prevención secundaria. La demanda de autocuidado relacionada con la prevención terciaria tiene que ver el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes⁽⁷⁾.

2.2.3. Planificación familiar

El Ministerio de Salud (MINSA) plantea que la planificación familiar está asociada a la reducción de los índices de mortalidad materna previniendo que las gestantes mueran durante el embarazo, parto o puerperio y proporcionándoles los elementos necesarios para evitar los riesgos que se presentan, así como la información requerida que les permita aplazar la gestación hasta que se encuentren preparadas tanto física, emocional y económicamente ⁽²¹⁾.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad en esta nota se aborda solo la anticoncepción ⁽²²⁾.

Es decir, es la capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

“La demanda de los servicios de planificación familiar y la urgencia de combatir la diseminación del VIH, son dos importantes temas de la larga lista de necesidades, establecidas en el marco de la conferencia internacional sobre población y desarrollo celebrada en el Cairo 1994” ⁽²²⁾.

Lo importante sería la reorganización de los servicios de planificación familiar; es decir darle una especial atención a la mujer al comienzo de su vida reproductiva.

Ambos concluyen que hay diferentes métodos de planificación familiar, todos sirven para un mismo fin; prevenir embarazos no planeados. Pero cada método es diferente, su utilidad o bondad dependen de los principios, valores y necesidades de cada persona y pareja, así como de la seguridad que cada método ofrece. A cada persona y a cada pareja le corresponde el derecho de

elegir de manera libre, responsable e informada, el método de planificación familiar que prefiera utilizar. El estado trabaja desde hace varios años en mejorar los servicios en los establecimientos de salud y cumplir con la entrega de los métodos anticonceptivos a la población en general, para la mejora de su calidad de vida, proporcionando información sobre salud sexual y reproductiva.

2.2.3.1 Beneficios de la planificación familiar

La promoción de la planificación familiar, los accesos a los métodos anticonceptivos son preferidos por las mujeres y sus parejas ya que resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y al mismo tiempo apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres. La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

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

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos ⁽²²⁾.

2.2.3.2 Prevención de la infección por el VIH y el SIDA

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH ⁽²²⁾.

2.2.3.3 Poder de decisión y una mejor educación

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo⁽¹⁴⁾.

2.2.3.4 Menor crecimiento de la población

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo⁽²³⁾.

2.2.4 Métodos anticonceptivos

El Ministerio de Salud (MINSA) define que los métodos anticonceptivos evitan los embarazos no deseados y es la ayuda para una buena planificación y también es la toma de decisión de parejera. La planificación familiar tiene diferentes estrategias: retraso del primer embarazo, espaciamiento de los nacimientos, y limitación definitiva de los mismos cuando se ha alcanzado el tamaño de familia deseada⁽²¹⁾.

Según la OMS métodos anticonceptivos reduce la mortalidad materna y la mejora la salud de las personas ya que previenen los embarazos no deseados y los altos riesgos. También disminuyendo el aborto que puede ser realizado en condiciones de riesgo el uso de preservativo (condón) esto va ayudar a prevenir las enfermedades contagiosas (ITS, VIH) y otros⁽³⁾.

La disponibilidad de métodos contraceptivos altamente eficaces ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. Sin embargo, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos⁽²⁴⁾.

2.2.4.1 Métodos naturales

Los métodos naturales consisten en la observación del comportamiento del aparato reproductivo del hombre y de la mujer. Cuando una mujer usa uno de estos métodos, debe tener en cuenta los días fértiles donde se produce la ovulación y el hombre debe tener el control de la eyaculación.

La falla de estos métodos es de un 30%, y su efectividad puede variar de acuerdo con el uso y el conocimiento del organismo, por eso se dice que son métodos que dependen cien por ciento de quien los pone en práctica. Adicionalmente, quienes usan los métodos naturales, para prevenir el embarazo, no están protegidos contra las infecciones de transmisión sexual. Entre los métodos naturales tenemos:

A. Coito interrumpido

Este es uno de los métodos anticonceptivos más antiguos que se conocen y es poco efectivo. El coito interrumpido o marcha atrás, consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.

Este método es de alto riesgo debido a que el líquido seminal que sale antes de la eyaculación, contiene espermatozoides y hay riesgo de fecundación o de contraer una infección de transmisión sexual. Tiene un 70% de eficacia.

B. Ritmo o calendario

Consiste en registrar el intervalo de los ciclos menstruales durante 6 meses, para identificar cuáles son los días fértiles de la mujer. Se requiere de una operación matemática.

Cuando se usa este método se deben evitar las relaciones sexuales coitales durante la ovulación y solo funciona en mujeres con ciclos menstruales regulares. o tener las relaciones usando condón⁽²⁵⁾.

C. Método de Lactancia Materna

El Método de Lactancia y Amenorrea (MELA) es un método anticonceptivo basado en la infertilidad natural que resulta del amamantamiento completo o casi completo.

Para usar el MELA se deben cumplir las siguientes condiciones: La menstruación de la madre no ha vuelto, la madre amamanta a su bebé completa o casi completamente a demanda de día y de noche, el bebé tiene menos de 6 meses de edad⁽²⁶⁾.

Tiene una eficacia del 98%. Este método consiste en utilizar la lactancia como método temporal de planificación familiar. El efecto anticonceptivo de la lactancia natural se basa en la supresión de la ovulación por los cambios hormonales provocados por la succión del pezón, que estimula la producción de las hormonas prolactina y oxitocina⁽²⁷⁾.

2.2.4.2 Métodos de barrera

Los métodos de barrera son una de las formas anticonceptivas (control de la natalidad) más seguras. Estos métodos actúan como una barrera y no permiten que el espermatozoide del hombre llegue al óvulo de la mujer. Algunos métodos también protegen contra las enfermedades de transmisión sexual⁽²⁸⁾.

A. Condón

Hay dos tipos de condones disponibles: masculino y femenino. El condón masculino es una capa protectora delgada de látex (goma), poliuretano (plástico) o de membrana natural (animal) que lo usa el hombre sobre el pene erecto. Los condones de látex y poliuretano ofrecen la mejor protección disponible contra muchas enfermedades de transmisión sexual, incluida la del VIH. Los condones de membrana natural no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual ni el VIH tan bien como lo hacen los de látex y poliuretano.

El condón femenino es un saco plástico y delgado que cubre la vagina. Se mantiene en su sitio mediante un anillo interno cerrado a la altura del cuello uterino y un anillo externo que se encuentra en la entrada de la vagina. El condón femenino puede ser una buena opción en las mujeres que no están seguras si sus parejas usarán un condón masculino cada vez que se tengan relaciones sexuales. Este condón se puede introducir hasta 8 horas antes del acto sexual y ofrece algo de protección contra las enfermedades de transmisión sexual⁽²⁹⁾.

Tanto el condón masculino como el femenino son más eficaces en evitar embarazos cuando se usan con un espermicida. El uso de un condón masculino y un espermicida juntos son igual de eficaces que la píldora anticonceptiva. Cuando se usa un espermicida con un condón masculino, el espermicida se debe colocar en la vagina, no en el condón. Los espermicidas solo se deben usar si su riesgo de contraer el VIH es mínimo. El uso frecuente de espermicidas puede aumentar el riesgo de contraer el VIH de una pareja infectada.

Ambos tipos de condones se deben usar con un lubricante para evitar que el condón se desgarre o rompa y reducir las irritaciones. Los condones de látex solo se deben usar con lubricantes a base de agua o silicona. Los lubricantes a base de aceite, como el aceite de bebé, los humectantes para las manos y la jalea de petróleo, pueden debilitar el látex y aumentar el riesgo de que se rompa el condón. Puede comprar condones que ya tienen lubricantes a base de agua. Si corre un alto riesgo de contraer una infección del VIH, asegúrese de que el lubricante no contenga un espermicida⁽²⁸⁾.

2.2.4.3 Métodos hormonales

Funcionan por medio de hormonas especiales que inhiben (impiden) la ovulación y alteran el moco del cuello del útero para que no pasen los espermatozoides. La eficacia de estos métodos es de 98% para prevención del embarazo. Entre los métodos hormonales se incluye las píldoras anticonceptivas de emergencia.

Entre los métodos hormonales, previa prescripción médica y saber que no evitan las infecciones de Transmisión sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA⁽²⁹⁾, tenemos los siguientes:

A. Combinados monofásicos

Este tipo de anticonceptivos hormonales han tenido tan importante desarrollo que, cuando se habla genéricamente de "anticonceptivos orales", se suele hacer alusión a este tipo de asociación. Se componen de un estrógeno Etinilestradiol más un gestágeno, Todas las grageas tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos (de allí la denominación de monofásicos).

Todos los anticonceptivos orales monofásicos actúan de igual manera. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación a través de la inhibición de la secreción de FSH (Hormona Foliculoestimulante) y LH (Hormona Luteinizante) por parte de la hipófisis.

B. Combinados trifásicos

La dosis de estrógeno y progestágeno no es la misma en todas las grageas, sino que tienen tres combinaciones diferentes que se identifican por los distintos colores de los comprimidos. La dosis de etinilestradiol es similar en todos los comprimidos o aumenta levemente en la mitad del ciclo, mientras que la del gestágeno aumenta en forma progresiva, siendo sensiblemente más elevada en los últimos 7 comprimidos. Por ello es muy importante que la toma sea ordenada, es decir, que se respete la numeración de los comprimidos impresa en el blíster del producto. Estos preparados surgieron con la ambición de asemejarse al ciclo normal de la mujer, reproduciendo la variación de las cantidades de hormonas secretadas por el ovario en las distintas fases del ciclo. Pero para mantener la eficacia anticonceptiva fue necesario introducir al gestágeno desde el primer comprimido. Es por ello que no presentan ventajas con respecto a los anticonceptivos monofásicos y han sido ampliamente superados por estos⁽³⁰⁾.

C. Inyectable hormonal

Son inyectables que contienen progestágeno y se aplican en la nalga. Este método protege por tres meses.

Existen dos modelos: el que contiene progestágeno y el combinado (estrógeno y progestágeno).

Con progestágeno: medicamento que en dosis elevadas impide la ovulación, por lo que se emplea como componente de los anticonceptivos orales.

Combinado: son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno.

D. Dispositivos Intrauterinos (DIU)

El DIU es un objeto pequeño de plástico (polietileno) flexible que mide 4 cm aproximadamente. Existen varios tipos de DIU, los más comunes son: los que contienen cobre, los que liberan la hormona progestina. Puede tener diferentes formas, pero la más común es una "T".

Se coloca dentro del útero para ofrecer protección anticonceptiva y tiene unos hilos guía para su localización y extracción. Su función es alterar las condiciones del útero para dificultar el paso de los espermatozoides y evitar que lleguen al ovulo. Su acción es local e inmediata. Es un método anticonceptivo que ayuda a prevenir embarazos no planeados, pero no protege contra infecciones de transmisión sexual. Para ello es necesario utilizar un método de barrera como el condón masculino o femenino⁽³¹⁾.

2.2.5. Mujeres en edad fértil

La mejor edad reproductiva de una mujer es cerca de los 20 años. La fertilidad disminuye gradualmente a partir de los 30 años, sobre todo después de los 35 años. Cada mes que lo intente, una mujer sana y fértil de 30 años de edad tiene una probabilidad del 20% de quedar embarazada. Eso significa que por cada 100 mujeres fértiles de 30 años de edad que intentan quedar embarazadas en un ciclo, 20 tendrán éxito y los 80 restantes tendrán que intentarlo de nuevo. A la edad de 40 años, la probabilidad de una mujer es

inferior al 5% por ciclo; por lo tanto, se espera que menos de 5 de cada 100 mujeres tengan éxito cada mes⁽²⁹⁾.

Las mujeres no son fértiles hasta la menopausia. La edad promedio de la menopausia es a los 51 años, pero la mayoría de las mujeres se vuelven incapaces de lograr un embarazo con éxito alrededor de los 45 años. Estos porcentajes son válidos tanto para la concepción natural como para la concepción por medio de un tratamiento de fertilidad, incluida la fertilización in vitro (FIV). A pesar de que las historias que se ven en los medios de comunicación pueden llevar a las mujeres y sus parejas a creer que serán capaces de utilizar tratamientos de fertilidad, como la FIV, para quedar embarazadas, la edad de la mujer afecta las tasas de éxito de los tratamientos de la infertilidad. La pérdida de la fertilidad femenina relacionada con la edad se debe a que tanto la calidad como la cantidad de óvulos disminuyen gradualmente.

Los años entre la pubertad y la menopausia representan, para muchas mujeres, un espacio temporal para desarrollarse y realizarse personalmente. No obstante, la edad reproductiva puede ser un periodo lleno de riesgos para la salud de las mujeres, asociados, por un lado, con el sexo y la reproducción, y, por el otro, con los estereotipos de género y las tradiciones vigentes en la sociedad⁽³²⁾.

Por razones biológicas y socioculturales, las mujeres son más vulnerables a las infecciones con VIH, Muchas veces no se les proporciona la información que necesitan para protegerse o no se encuentran en la posición para aplicar las medidas adecuadas para prevenir una infección. Mujeres socialmente marginadas, como las usuarias de drogas o las trabajadoras del sexo, son especialmente vulnerables, ya que muchas veces la estigmatización les impide acceder a los servicios de salud. Por consiguiente, el embarazo y el post-parto son etapas de la vida reproductiva que ofrecen una buena oportunidad para educar a las mujeres sobre la importancia del espaciamiento de los hijos y sobre los métodos anticonceptivos⁽³³⁾.

De igual manera, las mujeres se ven más afectadas que los hombres por otras infecciones transmitidas por vía sexual. Así, la OMS calcula que, en América Latina y el África Subsahariana, una en cuatro mujeres padece infecciones tratables como gonorrea, clamidia, sífilis o tricomoniasis. Los síntomas tienden a ser menos evidentes en las mujeres que en los hombres. Al mismo tiempo, las mujeres tienen un acceso limitado a los servicios de diagnóstico y tratamiento⁽³⁴⁾.

2.2.5.1 La mortalidad materna en edad fértil

La mortalidad materna es uno de los problemas de salud pública de mayor trascendencia en el país. Pese a los esfuerzos llevados a cabo en respuesta a la iniciativa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los niveles de mortalidad materna observados en México en años recientes permiten prever que difícilmente este indicador disminuirá a 22.5 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, con lo que se alcanzaría la meta señalada para 2015⁽³⁵⁾.

La información empleada proviene de las bases de datos compiladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de garantizar la comparabilidad temporal de los datos utilizados en el estudio, el análisis se llevó a cabo empleando las defunciones registradas para 2005, aun cuando para México el año más reciente disponible es 2010. Debido a la agrupación etaria de las bases de datos empleadas, la población en edad fértil está conformada por mujeres de entre 15 y 44 años y no por las de 15 a 49⁽³⁵⁾. Las tasas estimadas fueron estandarizadas usando la población mexicana como referencia. El análisis presentado plantea una visión global que busca resaltar, a través de la comparación con nueve países, tanto latinoamericanos como desarrollados, algunos rasgos de la situación que guarda la salud de las mujeres mexicanas en edad fértil⁽³⁶⁾.

La mortalidad por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio es una de las principales causas de mortalidad femenina, y sin duda es uno de los mayores obstáculos que frenan el desarrollo en los países de rentas medias y bajas. Las estimaciones indican que entre el 70 y 90% de estas muertes

relacionadas al embarazo serían evitables si todas las mujeres tuvieran acceso a servicios efectivos de salud reproductiva.

Conocer la magnitud de la mortalidad materna, sus causas y factores asociados, es un aspecto fundamental para orientar las políticas sociales, definir las acciones en salud pública y monitorear los progresos de las acciones para lograr una maternidad segura⁽³⁷⁾.

2.2.6 Principales mitos sobre los métodos anticonceptivos

2.2.6.1 Mitos

Los mitos forman parte del sistema de creencias de una cultura o de una comunidad, la cual los considera historias verdaderas la cual nos indica puede ser un riesgo de la población.

La OMS sostiene que los gobiernos locales deben reforzar la equidad mediante una red de servicios de salud accesibles y de calidad, con especial énfasis en la estrategia de atención primaria en salud (APS), con la finalidad de ofrecer a la población a su cargo condiciones que posibiliten un desarrollo pleno, y que permitan a cada persona participar integralmente de los beneficios del progreso económico y social⁽³⁸⁾.

2.2.6.2 Creencias

Estado de la mente en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento y la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa.

Es muy frecuente encontrar percepciones erróneas, rumores falsos, e incluso información inexacta transmitida de personas a persona e incluso a través de los métodos disponibles hoy en día⁽³⁹⁾.

2.3 Antecedentes de la investigación

2.3.1 Internacional

Liliana Franco Hincapié, Gabriela María Mora Zapata, Ana Lucía Mosquera Hinestroza, Víctor Daniel Calvo Betancur, Medellín – Colombia, en 2011, realizaron un estudio sobre planificación familiar en mujeres en condiciones de vulnerabilidad social, con el objetivo de evaluar los conocimientos básicos sobre planificación familiar y su aplicación en mujeres en edad reproductiva que viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad en un barrio de la ciudad de Medellín, Colombia. El método que se utilizaron fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 100 mujeres elegidas por muestreo abierto. Los instrumentos realizados fueron entrevista personal instrumento cuestionario Semi – estructura. Concluyeron entre otros:

El nivel de conocimiento de los métodos de planificación familiar es aceptable, sin embargo, esto no se ve reflejado en el uso. La edad de inicio de las relaciones sexuales temprana es un factor determinante de vulnerabilidad, dado que está influenciado por la condición de pobreza de estas mujeres⁽⁴⁾.

Laura Carolina Maiztegui, en Cordova, en el 2006, realizó un estudio sobre “Conocimientos Sobre Métodos Anticonceptivos y Conductas de Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres del Hospital Materno Provincial de Cordoba, con el objetivo de determinar el grado de conocimiento que poseen las multíparas sobre métodos anticonceptivos (MAC) y conocer si las multíparas adoptan conductas de salud sexual y reproductiva en base a estos conocimientos. El método que utilizó fue descriptivo, transversal y prospectivo. La población estuvo constituida por las mujeres multíparas. Los instrumentos utilizados fue una encuesta anónima.

Concluyó entre otros:

El 85% Conoce los MAC pero a la hora de usar alguno el 25% Ninguno, el 24% Píldora seguido del 21% Preservativos. Se observó un desinterés por consultar al médico sobre los MAC; hubo

un 52% prefieren los MAC contra un 48% elige ligarse las trompas. Encontramos que un 96% se controlaron sus embarazos. Se concluye que los conocimientos que tienen las mujeres no alcanzan para adoptar conductas, pues no se reflejan en su comportamiento sexual y reproductivo⁽⁴⁰⁾.

Maribel del Carmen Cabrera Hernández, en Barquisimeto-Colombia, en 2000, realizó un estudio sobre "Nivel de Conocimiento Sobre Métodos Anticonceptivos de las pacientes en Puerperio de los Servicios de Maternidad del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda", con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos que tienen las puérperas de la Maternidad del Hospital Central "Antonio María Pineda" y la relación que esta guarda con algunas características generales de la población. El método que utilizó fue descriptivo, transversal. La población estuvo constituida por 400 puérperas. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario compuesto de 20 ítems.

Concluyó entre otros:

De los resultados arrojados predominó el bajo nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos que se ubicó en la categoría deficiente (60,5%). Fue mayoritario el grupo etario entre 20 y 29 años con un 47% mostrando así mismo un nivel de conocimiento deficiente en un 61.8%. A medida que aumentó el grado de instrucción aumentó el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos. La ocupación más común entre las encuestadas fue la de Oficios del Hogar, de estas el 70,7% tenían conocimiento deficiente. El 50% de las encuestadas pertenecía a la clase obrera y de estas el 70,5% tenían conocimiento deficiente. La edad de inicio de las relaciones sexuales fue precoz (14-19 años), en este grupo el 67,6% tenían conocimiento deficiente. En cuanto al nivel socioeconómico se observó que a medida que este aumenta también lo hace el nivel de conocimiento. Las multíparas presentaron el mayor volumen de la muestra (60%) teniendo nivel de conocimiento deficiente. Independientemente que la pareja ayudará o no a escoger el método anticonceptivo, el nivel de conocimiento es deficiente⁽⁴¹⁾.

2.3.2 Nacional

Doris de La Cruz - Peñarán, Ana Langer-Glas, Bernardo Hernández-Prado, González - Rengijo, realizaron un estudio sobre: “Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú, 2003”, con el objetivo de investigar la asociación entre los conocimientos y actitudes, y la práctica de la planificación familiar en parejas de la región de la Selva del Perú. El método que utilizaron fue el transversal. La población estuvo constituida por 600 parejas unidas, varones $> o = 15$ años y mujeres entre 15 y 49 años. Los instrumentos utilizados fue un cuestionario sobre la práctica de planificación familiar, así como los conocimientos y actitudes sobre la planificación familiar.

Concluyeron entre otros:

El conocimiento de los métodos anticonceptivos y las actitudes hacia la planificación familiar entre los hombres se asocian con la práctica de esta en la pareja. Este estudio indica que la aceptación masculina constituye un factor necesario, importante y de gran influencia en la promoción y la práctica de la planificación⁽⁴²⁾.

Elia Kua, en el Instituto Nacional Materno Perinatal Lima-Perú, en 2006, realizó un estudio sobre: “Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal”, con el objetivo de determinar las causas de la necesidad insatisfecha en planificación familiar asociadas al embarazo no deseado, en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. El método de que utilizaron fue el descriptivo trasversal, correlacionar. La población fue de 102 mujeres hospitalizadas en el Servicio 4 del Instituto Nacional Materno Perinatal. Los instrumentos utilizados fue la entrevista semiestructurada.

Concluyó entre otros:

El temor por los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos fue la primera causa que determinó la necesidad insatisfecha en planificación familiar (92.2%) y su presencia fue un factor de riesgo para que la mujer no utilice la anticoncepción y

acabe teniendo un embarazo no deseado (OR: 11.1, IC 95%: 2.08-59.25). La subestimación del riesgo de embarazo fue la segunda causa que determinó la necesidad insatisfecha en planificación familiar (71.6%), mas no tuvo influencia en el embarazo no deseado. La oposición de la pareja al uso de MAC determinó la necesidad insatisfecha en un 22.5% y su presencia fue un factor de riesgo para que la mujer no utilice la anticoncepción y acabe teniendo un embarazo no deseado⁽⁴³⁾.

Luis Tavera Orozco en Lima- Perú, en 2011, realizó un estudio sobre: “Análisis de la Oferta de Anticonceptivos en el Perú”, con el objetivo de realizar búsqueda bibliográfica sobre anticoncepción, analizar la gama de métodos anticonceptivos ofrecida por el Ministerio de Salud (MINSA) y el sector privado, verificar el listado de anticonceptivos disponibles en el mercado, examinar la doble protección y recomendar qué nuevos métodos deben ser incluidos en la oferta. El método que utilizó fue la revisión de la literatura científica, análisis de las ENDES y de los reportes del MINSA, revisión del listado de anticonceptivos en el mercado, de las ventajas y satisfacción de las usuarias con las nuevas metodologías, entrevista con funcionarios del MINSA y profesionales que entregan anticonceptivos en el sector privado y sistematización de hallazgos. La población estuvo constituida por las mujeres encuestada por ENDES 2009. Los instrumentos utilizados fue Literatura científica, encuesta ENDES 2009 y los reportes del MINSA.

Concluyó, entre otros:

En el Perú, la tasa de fecundidad no se ha modificado sustancialmente y en gran medida se debe a las deficiencias del programa de planificación familiar, que no satisface la oferta y presenta una mezcla de anticonceptivos reducida⁽⁴⁴⁾.

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo general

- Determinar el nivel de conocimiento del Autocuidado en Planificación Familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del pueblo joven la Libertad – Comas, 2014

2.4.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento en relación a la practica en el Autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del pueblo joven la Libertad – Comas, 2014
- Identificar el nivel de conocimiento en relación a los Métodos Anticonceptivos en el autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del pueblo joven la Libertad – Comas, 2014.
- Identificar el nivel de conocimiento en relación a los Mitos y Creencias en el autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del pueblo joven la Libertad – Comas, 2014

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo – Diseño de investigación

El estudio de investigación es de tipo descriptivo por que describe el nivel de conocimiento del autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del pueblo joven la Libertad comas. El diseño es de corte transversal por que se realizó en un determinado tiempo durante el mes de mayo 2014 y es de enfoque cuantitativo por que los datos recolectados permitieron su análisis al estadístico en cantidades numéricas.

3.2. Población

La población fue del 100% del total de 87 mujeres que se encuentran en edad fértil que asisten al comedor popular Virgen de Lourdes la cual pertenece al distrito de Comas y cumplan con nuestros criterios de inclusión.

3.2.1 Criterio de inclusión

- Mujeres entre 15 a 45 años.
- Mujeres asociadas al comedor
- Mujeres que acepten participar voluntariamente al estudio y firmen el consentimiento informado.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Mujeres con alteraciones mentales o psicológicamente dependiente.
- Mujeres analfabetas

3.3 Variable

- Variable Univariable

Conocimiento del autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil (Anexo A).

3.3.1 Definición conceptual de la variable

Es el conjunto de informaciones básicas adquiridas mediante un proceso de enseñanza y aprendizaje.

3.3.2 Definición operacional

Es el conjunto de informaciones básicas que tienen las mujeres en edad fértil sobre el autocuidado en planificación familiar.

- Variables intervinientes

Socio demográfico: Edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para el presente estudio se utiliza como técnica la encuesta, y como instrumento el cuestionario (CAPFME) respectivamente por considerarse el más adecuado para cumplir con los objetivos del estudio y obtener información sobre nivel de conocimiento del autocuidado en planificación familiar en mujeres en edad fértil del comedor popular virgen de Lourdes del pueblo joven La Libertad – Comas, 2014

A. Construcción y validación del instrumento

En esta etapa se ha considerado, los antecedentes, definición de dimensiones, de acuerdo a la dimensión en conocimiento en relación a la práctica del autocuidado en planificación familiar constan de 3 preguntas, en relación a los métodos anticonceptivos en el autocuidado en planificación familiar esta dimensión consta de 11 ítems y en relación a mitos y creencias en autocuidado en planificación familiar se consideró 5 ítems. En suma total del cuestionario se

realizó un constructo total de 19 ítems y su respectiva alternativa de dos respuestas para el constructor, dándole como resultado válido según la escala Likert al constructo, así como el proceso de validación (Anexo B).

B. Antecedentes del instrumento

Este instrumento ha sido creado y validado por el equipo de investigación basándose de los antecedentes de los siguientes cuestionarios:

Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos y Conductas de Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres del Hospital Materno Provincial de Cordoba, 2006. Diseñado y validado por Maiztegui Laura carolina a través de prueba de expertos, prueba piloto y midió la confiabilidad.

C. Definición de dimensiones del instrumento

Se partió del marco conceptual descrito por la Investigadora Maiztegui Laura carolina, se revisó la bibliografía para vincularlas según el nivel de conocimiento del autocuidado en planificación familiar de las mujeres en edad fértil.

D. Selección de preguntas y confección del cuestionario

En función al constructo teórico se obtuvo un conjunto de preguntas y se clasificaron en función de las dimensiones de autocuidado en relación a prácticas, métodos anticonceptivos y mitos y creencias en planificación familiar.

E. Proceso de validación

Para esta etapa se consideró validar el contenido y la confiabilidad del instrumento.

- Validez de contenido del cuestionario se efectuó a través del juicio de expertos: 3 enfermeras encargadas de la consulta de enfermería y 2 médicos especialistas.

- Pretests: se realizaron dos pretests con el fin de valorar el conocimiento del autocuidado en relación a las prácticas, métodos anticonceptivos y mitos y creencias en planificación familiar.

En el primero se aplicó el cuestionario a 12 mujeres del comedor popular Palermo en el distrito de puente piedra. En el segundo pre test se estudió su viabilidad en condiciones reales y participaron 13 mujeres del comedor popular nueva semilla en el distrito de comas de diferentes edades y niveles socioeconómicos.

Basándose en los resultados obtenidos se realizaron los cambios oportunos en el cuestionario.

- Prueba piloto: Para realizarla se planteó seleccionar a una muestra del 10% de la población planificada, sin embargo, se llevó a cabo la encuesta a 15 usuarias del comedor popular nueva estrella con características similares a la población de investigación, para luego evaluar la confiabilidad del constructo

La muestra estuvo compuesta por el 100% de 13 mujeres de procedencia de la sierra (53,85%), de 15 a 25 años de edad. el trabajo de campo se llevó a cabo en el mes abril del 2014. Se obtuvo el consentimiento informado de cada encuestado y se les comunico el derecho a rechazar su participación en la encuesta; se les aseguro la privacidad y la confidencialidad de los datos.

Se estableció la fiabilidad de las escalas del cuestionario mediante el valor de Alfa de Cronbach, que oscila entre 0 y 1 (mínima y máxima consistencia interna, respectivamente), y se considerado bueno ya que los valores eran de 0,804.

Los análisis estadísticos se efectuaron con el paquete estadístico SPSS 22.

A partir del análisis piloto se introdujeron algunas modificaciones en el cuestionario, analizadas y consultadas en una reunión del equipo investigador.

F. Versión final del instrumento validado

El cuestionario (CAPFME) (Anexo C), en versión final, consta de 19 preguntas cerradas y está estructurado en 3 dimensiones autocuidado en planificación familiar en relación a prácticas, métodos anticonceptivos y mitos y creencias.

La escala de valoración es tipo Likert para las 3 primeras dimensiones:

- La dimensión de nivel de conocimiento del autocuidado en planificación familiar en relación a las prácticas son de 3 preguntas que involucran (importancia y uso)
- La dimensión de nivel de conocimiento del autocuidado en planificación familiar en relación a los métodos anticonceptivos son de 11 preguntas que involucran (métodos naturales, métodos de barrera y métodos hormonales).
- La dimensión de nivel de conocimiento del autocuidado en planificación familiar en relación a los mitos y creencias son de 5 preguntas que involucran (píldora del día siguiente, métodos anticonceptivos).

El nivel de autocuidado global se obtiene según las siguientes categorías: Bueno (26- 38), Regular (13 -25), Deficiente (0 -12).

3.5. Plan de recolección de datos

A. Fase Previa: Validación del instrumento

▪ Prueba de jueces

Se invitó de forma verbal a cinco expertos solicitando su participación como evaluadores de nuestro instrumento.

Se les entregó el formato de validación de expertos, el cual en un periodo de 12 días devolvieron para su tabulación. Descripción de los datos de validación del instrumento.

En la prueba de jueces se obtuvo un nivel de significancia de 0,003; lo que significa que se rechaza la hipótesis nula concluyendo que existe concordancia entre los jueces (Anexo D).

En la prueba piloto se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,788 lo que significa que el instrumento es aceptable por estar en el rango superior a 0,7 (Anexo E).

▪ **Prueba piloto**

- Se solicitó autorización al Comedor Popular “Nueva Semilla” con población de características similares al estudio.

- Se coordinó con la presidenta del comedor Popular, para la recolección de datos del piloto.

- En el mes de mayo del 2014 se reunió al grupo sujeto de estudio en el mismo comedor de dicha institución se les dio a conocer el objetivo de la investigación y consentimiento informado y luego iniciaron a responder en instrumento, con apoyo directo de las investigadoras quienes brindamos orientación oportuna individualmente, finalizaron en 20 minutos.

B. Fase 1: autorización de recolección de datos

Se emitió una carta de presentación a la presidenta responsable, solicitando la obtención de la autorización para que nos permita realizar el trabajo de investigación en el Comedor popular pueblo joven la liberta- Comas. El cual fue autorizado el 22 de abril del 2014, identificando con firma y sello (Anexo F).

C. Fase 2: Coordinaciones para recolección de datos

Después de la repuesta se establece la fecha y la hora, quedando para recolectar en dos días después del almuerzo.

D. Fase 3: Aplicación del instrumento

Para realizar la encuesta, se presentó a todas las madres presentes, la encuesta se demoró aproximadamente 45 minutos, la cual duro dos días se aplicó la encuesta a dicha población que cumplan con nuestros criterios de inclusión determinada de la investigación.

3.6. Técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos

Para la cuantificación de los resultados del estudio de investigación se empleó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), la cual facilitó el cálculo de la media aritmética, los porcentajes, la desviación de estándar y las presentaciones en cuadros y gráficas. Para el proceso de validación por los jueces de expertos se hizo el uso de la prueba no paramétrica, de muestras no relacionadas del coeficiente de correlación de Kendall, el cual sirve para estudiar la relación acuerdo, concordancia.

Para evaluar la fiabilidad del instrumento de la prueba piloto, se hizo uso del estadístico Alpha de cronbach, se valoró estadísticos descriptivos para la escala si se elimina el elemento y coeficiente de correlación intra clase (Anexo G).

Con el instrumento validado, se procedió a la recolección de datos en el comedor popular Virgen de Lourdes en el distrito de Comas las cuales fueron analizadas a través de estadísticos descriptivos y frecuencias.

Las variables cualitativas fueron presentadas en gráficos de sectores y en porcentajes

Para las variables cuantitativas se ha empleado medidas de tendencia central como la media, dispersión, tales como la desviación estándar como mínima y máxima, las cuales se representaron en tablas de frecuencia.

3.7. Aspectos éticos

Los principios éticos básicos se refieren a los criterios generales que sirven de base, para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas.

Los principios que se aceptan de manera general en el trabajo de investigación, son particularmente relevantes para la ética.

3.7.1. Principio de autonomía

Respetaremos a las mujeres que asisten al comedor popular reconociendo su derecho como persona y valorando sus creencias, valores, ideas durante la investigación y se tendrá en cuenta en la ejecución del instrumento, siempre que con ello no perjudique a otros.

3.7.2. Principio de no maleficencia

Siendo nuestra principal responsabilidad las mujeres en edad fértil que asisten al comedor popular, nuestro deber es de no hacer daño con falsas esperanzas con el fin de obtener información, sino tener presente que el deber que nos es impuesto por la ley, como condición indispensable de la vida en sociedad, tomando conciencia de que la obligación es no hacer daño a otros.

3.7.3 Principio de beneficencia

Los resultados del estudio serán utilizados en beneficio de las usuarias del comedor popular Virgen de Lourdes como fuente para buscar estrategias de cómo mejorar la calidad de atención y al mismo tiempo para lograr las metas propuestas en el componente.

3.7.4 Consentimiento informado

El propósito del consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Para la recolección de datos, todas las mujeres en edad fértil que asisten al comedor popular firmaron voluntariamente el consentimiento informado para ser incluidos en el trabajo de investigación, dando a conocer los objetivos y procedimientos relacionados con la aplicación del instrumento (Anexo H).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Los datos que se presentan a continuación están articulados según los objetivos planteados en el estudio.

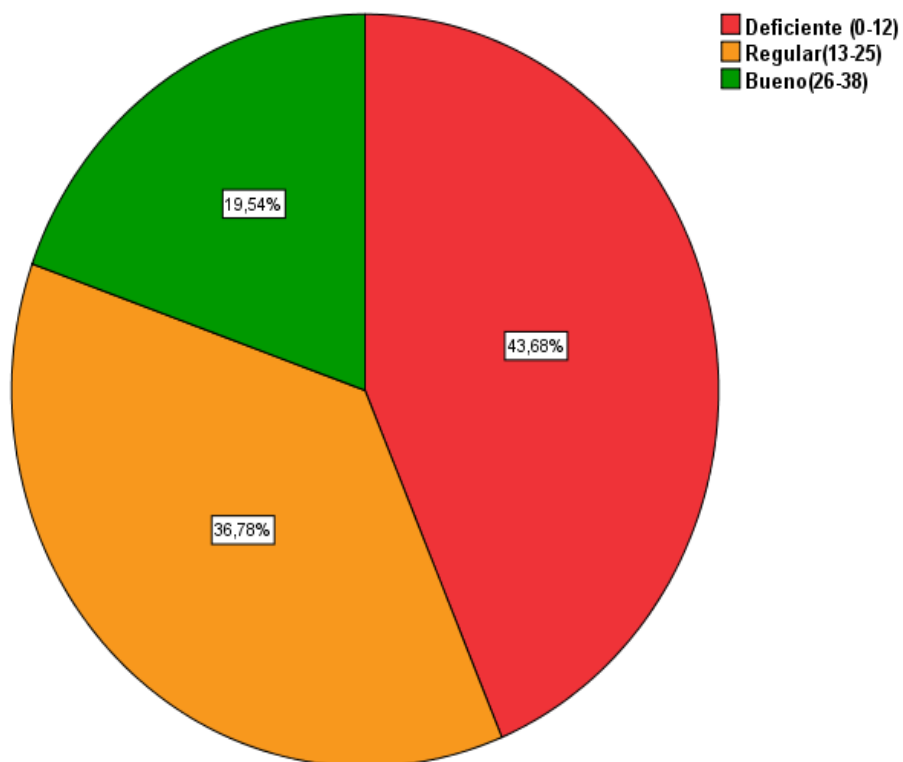
4.1.1 Descripción de datos sociodemográficos

Los datos socio-demográficos revelaron que la media de edad fue de 33 años, con una desviación típica de $\pm 8,452$, el 100 % de los participantes tuvieron entre 17 y 45 años, Según el estado civil el 34,48 % casados, el 49,43% convivientes, el 10,34% solteras y el 5,75% eran viudas. Acorde al nivel de estudios predominó el nivel secundario en el 45,96% de los participantes, seguido del nivel primario en el 36,76 %, y superior con el 17,24%. Acorde a lugar de procedencia el 55,17% de la sierra, el 31,03% de la costa y el 13,79% proceden de la selva (Anexo I).

4.1.2 Descripción de autocuidados

A continuación, presentamos los resultados de las dimensiones de las prácticas del autocuidado en planificación familiar, en relación a los métodos anticonceptivos y en relación a mitos y creencias.

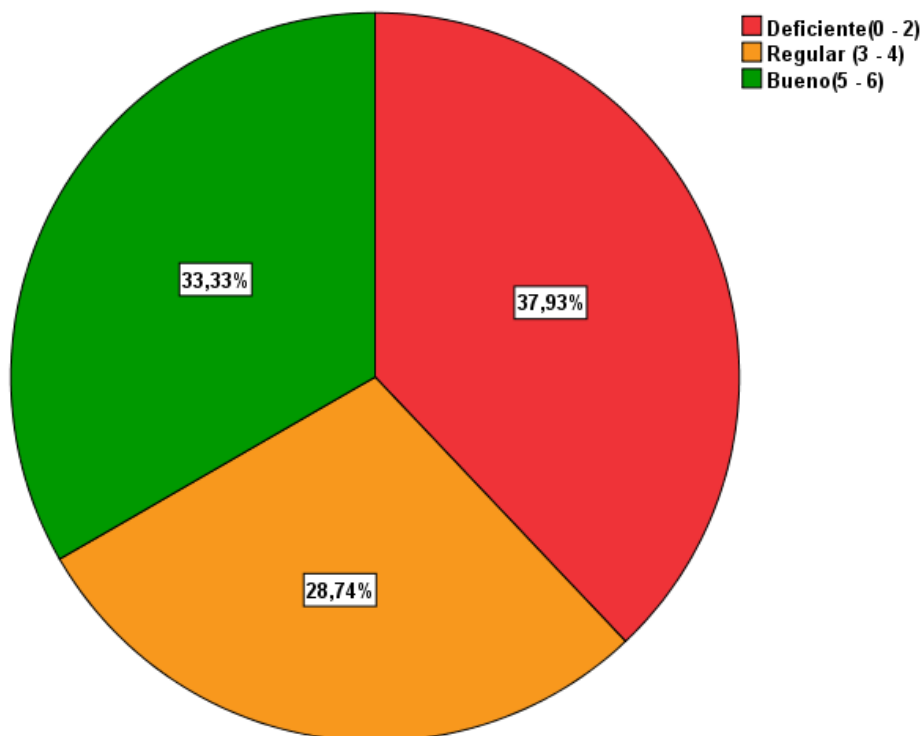
Gráfico 1: Nivel de conocimiento del autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del pueblo joven La Libertad – Comas, 2014



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- UCH

Cabe destacar que, con respecto al nivel de conocimiento del autocuidado en planificación familiar, el 43.68% obtuvo un nivel de conocimiento deficiente; el 36.78% obtuvo un nivel conocimiento regular y el 19.54% obtuvo un nivel bueno.

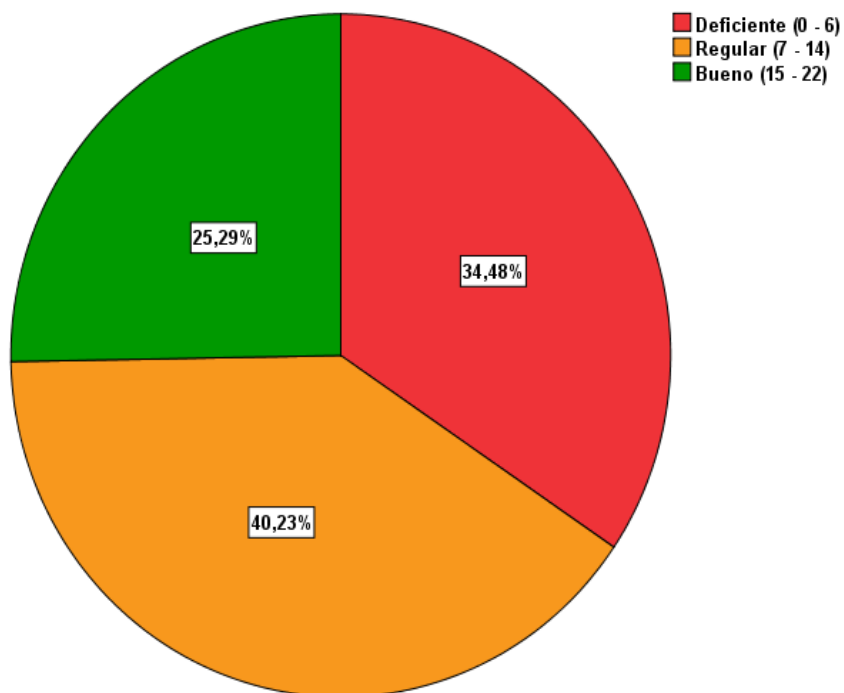
Gráfico 2: Nivel de conocimiento en relación a las prácticas en el autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del pueblo joven La Libertad – Comas, 2014



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- UCH

Al evaluar a la población de estudio (87 mujeres), en cuanto al nivel de conocimiento en relación a las prácticas en el autocuidado en planificación familiar, se identificó que el 37.93% obtuvo un nivel deficiente del autocuidado; el 33.33% obtuvo un buen nivel del autocuidado, y el 28.74%, un nivel del autocuidado regular.

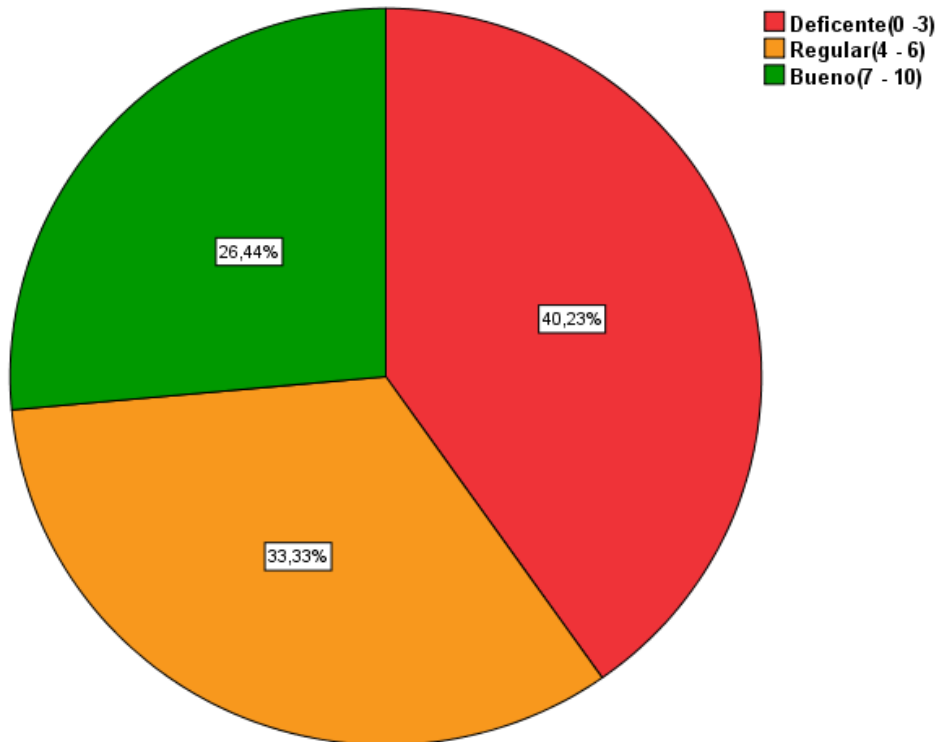
Gráfico 3: Nivel de conocimiento en relación a los métodos anticonceptivos en el autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del pueblo joven La Libertad – Comas, 2014



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- UCH

Al realizar la evaluación a la población de estudio (87) mujeres, en cuanto a su nivel de conocimientos en relación a los métodos anticonceptivos, se identificó que el 34.48% obtuvo un nivel deficiente del autocuidado, el 25.29% obtuvo un buen nivel del autocuidado, y el 40.23% obtuvo un nivel del autocuidado regular.

Gráfico 4: Nivel de conocimiento en relación a los mitos y creencias en el autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del pueblo joven La Libertad – Comas, 2014



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- UCH

Al evaluar a la población de estudio (87) mujeres, en cuanto al nivel de conocimiento en relación a los mitos y creencias, se identificó que el 40.23% obtuvo un nivel deficiente del autocuidado; el 33.33%, obtuvo un buen nivel del autocuidado, y el 26.44% obtuvo un nivel del autocuidado regular.

4.2 Discusión

La Organización Mundial de Salud (OMS) define a la salud reproductiva como: “El estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción”. Cabe destacar que enfermería es trabajar con promoción y prevención para brindar servicio de autocuidado en planificación familiar, no es cuestión de un esfuerzo aislado, sino de un continuo ofrecimiento de información clara, eficaz, adecuada a cada mujer o pareja, a manera de orientación, respetando su condición sociocultural, lo que garantizará un mejor uso y continuidad del método escogido⁽²²⁾.

En la población general del estudio predominó el nivel de conocimiento deficiente tal como lo muestra Girón, donde un 85 % de mujeres en edad fértil hacen mención que tienen deficiente conocimiento en planificación familiar⁽⁴⁵⁾. La planificación familiar ha logrado prevenir, en muy alta proporción, el embarazo no deseado; y este efecto, por sí solo, bien podría haber sido su única justificación, ya que del mismo se derivan la mayoría de sus impactos en salud. Sin embargo, además, ha contribuido a disminuir considerablemente las tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil, y constituye la mejor medida preventiva para evitar el embarazo de alto riesgo⁽⁴⁶⁾.

Tal como refiere Távara et al., donde un estudio hecho en Arequipa refiere que las actividades de planificación familiar, cada vez con más frecuencia, se han ido dejando en manos de personal no médico. La planificación familiar se ha debilitado, básicamente, por el poco interés de los médicos a partir de las críticas que se hicieron, desde diversos sectores⁽⁴⁷⁾. La falta de acceso a la planificación familiar también tiene implicancias en la persistencia intergeneracional de la pobreza. Los niños de familias grandes y pobres se ven muchas veces condenados a permanecer en la pobreza a lo largo de su vida adulta, sea por la depredación o agotamiento de los recursos públicos que utilizaron de manera libre sus padres, o por la escasa inversión que pudieron realizar en su educación y salud.

Lo anterior se refleja en la relación significativa encontrada siendo coherente con los resultados de ENDES, donde se reporta que las mujeres con menor nivel educativo tienden a tener más hijos⁽⁶⁾.

En relación a las prácticas en el autocuidado en planificación familiar el 37.93% de la población estudiada tuvo un nivel de conocimiento deficiente. Asimismo, Valdivia M. refiere que los resultados muestran que el tiempo que esperan las mujeres para tener su primer hijo es mayor en las zonas urbanas que en el ámbito rural. Asimismo, mientras mayor sea el nivel educativo de la mujer, mayor será el período que transcurre hasta tener su primer parto. Lo mismo ocurre para los intervalos entre los dos siguientes nacimientos. De otro lado, las estimaciones sugieren que casi el 20% de las mujeres urbanas y casi el 40% de las mujeres con educación superior no tienen más de dos hijos⁽⁴⁸⁾.

Diversas investigaciones han identificado factores que influyen en la adopción de las prácticas anticonceptivas. Por lo general, los niveles de educación formal, el lugar de residencia y el nivel socioeconómico han sido factores empleados para identificar las poblaciones menos proclives al uso de métodos anticonceptivos (MAC). Hombres y mujeres con mayor escolaridad, mejor nivel ocupacional, mejor nivel socioeconómico y residentes de áreas urbanas. Como refiere De la Cruz D. en su estudio donde los resultados indican que en la Selva del Perú la oposición de los hombres a los MAC y practica de planificación familiar tiene un efecto importante en su uso en la pareja; consecuentemente, estas parejas están expuestas a tener embarazos no planeados y posiblemente no deseados⁽⁴²⁾.

Otros estudios muestran que las mujeres de generaciones más recientes y más educadas son las que más utilizan el apoyo de los programas públicos de planificación familiar. Sin embargo, cabe señalar que las mujeres con menor educación son las que han modificado más su comportamiento en lo que respecta su cuidado.

En relación a los métodos anticonceptivos en el autocuidado en planificación familiar el 40.23 % de la población estudiada tuvo un nivel de conocimiento Regular. La necesidad insatisfecha en las mujeres en edad fértil en el uso de anticoncepción se traduce como un indicador de deficiencias en accesibilidad y calidad en el programa de planificación familiar al cual conlleva a una dificultad y la falta de información sobre métodos anticonceptivos (MAC). Según ENDES la edad promedio de la primera relación sexual para las mujeres es entre 25 y

49 años la proporción de este grupo que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años fue de 11%. Lo anterior se refleja en la relación significativa encontrada según Franco L. et al en su estudio donde el porcentaje de uso de métodos de planificación familiar fue de 59%, valor similar al de la población nacional en el 2010 que cuenta con un 61,2%⁽⁴⁾.

Como otro estudio que también concuerda según Cabrera M. donde el total de las pacientes encuestadas obtuvieron el 60,5% dando un nivel de conocimiento regular, de lo cual ninguna de las encuestadas tuvo calificación de excelente⁽⁴¹⁾.

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

A lo antes expuesto cabe agregar lo reportado por Cruz et al., donde en su estudio el 19% manifestaron el uso de métodos anticonceptivos (MAC) por indicación médica⁽⁴²⁾. Contrariamente en la presente encuesta realizada por estudio del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) señala que más del 99.3 % de las mujeres peruanas conocen o han oído hablar de algún método anticonceptivo. En el área urbana las encuestadas en el estudio de Cruz señalaron conocer algún método de planificación familiar y en el área rural llegó al 97.6%⁽⁶⁾.

Se sabe que el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres está en relación, entre otros factores, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad. A pesar de que 83% de las mujeres encuestadas sabía que los métodos de planificación son gratuitos; el 64% de las mujeres con vida sexual activa no deseaba concebir más hijos, y de estas el 26,6% no planificaba; valor muy alto comparado con los datos reportados por Lori para el año 2009, donde en Colombia el 83 % de las mujeres casadas entre los 15 y los 49 años no deseaban tener más hijos, sin embargo, el 6% no usa ningún método⁽⁴⁹⁾ y con los datos encontrados en la ENDES donde la demanda insatisfecha en planificación familiar entre mujeres casadas o unidas llega al 7%⁽⁶⁾.

Franco et al. señalan que la utilización de anticonceptivos reduce la mortalidad materna y mejora la salud de las mujeres al prevenir los embarazos no deseados y los de alto riesgo; además reduce la necesidad de abortos practicados sin garantías de inocuidad. Se ha estimado que si se evitaran todos los embarazos de alto riesgo, la mortalidad materna podría reducirse hasta en un 25%; además, se ha considerado que cada año se podrían evitar 100.000 defunciones maternas en todo el mundo, si todas las mujeres que dicen que no desean tener más hijos pudieran dejar de tenerlos⁽⁴⁾.

El conocimiento sobre los métodos naturales hallados en el presente estudio es superior al reportado por Arteaga M. donde el 47.2% demuestra un conocimiento aceptable sobre los métodos anticonceptivos⁽⁵⁰⁾. Los métodos naturales se basan en el funcionamiento del aparato reproductor del hombre y de la mujer para prevenir el embarazo; por lo tanto no se emplea ningún mecanismo de protección externo al cuerpo, estos métodos son poco confiables y pueden poner a las personas en riesgo no solo de un embarazo no deseado sino de ITS⁽²⁴⁾.

En relación a los mitos y creencias en el autocuidado en planificación familiar el 40.23% de la población estudiada obtuvo un nivel de conocimiento deficiente. Existen numerosos mitos en torno a la anticoncepción que se han popularizado a pesar de los esfuerzos de la ciencia por derribarlos. Según Zegarra T. afirma que no cabe duda que las mujeres, como los hombres modifican sus percepciones y conductas a lo largo de sus vidas y ciclo sociales a lo que podemos rescatar que tanto como la educación y el acceso a la información son la mejor manera de fomentar el cambio⁽³⁹⁾.

Como profesionales de la salud debemos adaptarnos a estos cambios considerando que tanto el hombre y la mujer son seres que combinan emociones y razones, muchas veces bajo la influencia de su propios términos y patrones culturales, para decidir en asuntos personales e influencias sobre su entorno.

Se debe tener en cuenta que estos mitos y creencias son debido al poco acceso de información adecuada, escrita en un lenguaje sencillo sin tecnicismos, que explique a los usuarios la verdad en cuanto a las informaciones erróneas.

Nuestros resultados documentan que persisten aún algunos mitos y creencias siendo los más destacables los métodos anticonceptivos inyectables y orales las cuales refirieron que tiene tendencia a aumento de peso, las cual no tiene sustento médico o científico si no que son producto de los prejuicios que rodean los temas sobre sexualidad y salud reproductiva tal como menciona Del Valle M. que nos dice a pesar de la información disponible en la actualidad es deficiente el grado de conocimiento que tiene la población respecto a los métodos anticonceptivos persistiendo aun muchos mitos y creencias sobre este tema, la falta de información sobre salud sexual reproductiva y la deficiente defunción de este información de parte de los servicio de salud⁽³⁸⁾.

Los mitos forman parte de nuestra percepción del mundo y tratan de explicar aquellas cosas que no se conocen bien. Por lo general, los mitos son ampliamente compartidos en esta población de mujeres ya que suelen asumir como verdades no probadas y ante la falta de información se van extendiendo. Algunos mitos pueden estar basados en información científica, pero en el transcurso de tiempo se tergiversa o pierde ese origen y eso hace mucho más difícil cambiar las formas de pensar ya que según nuestro estudio la procedencia predomino provenientes de la sierra ya que se van generando a partir de la distorsión de la información original. Aunque los mitos pueden estar presentes en cualquier dimensión de la vida, suelen concentrarse más en el campo de la sexualidad y la reproducción, lo cual es originado principalmente por la ausencia de educación sexual.

En otro estudio de investigación la cual coincide según Gonzales S. en la cual constata que las creencias en el autocuidado en esta área están determinadas por contenidos cognitivos emocionales debido a una falta de información adecuada a una mala relación proveedor usuaria que impide su fortalecimiento, la cual se traduce en el hecho que las usuarias mencionan que no hay una difusión adecuadas de estos temas⁽⁵¹⁾.

Debemos tener presente que las mujeres entrevistadas mencionan que esta falta de información es debido al poco tiempo que tienen para buscarla debido a sus múltiples tareas en el trabajo en el hogar, además que hay una deficiente difusión de estos temas de parte de las entidades de la salud cercanas a sus domicilios.

Cabe resaltar dentro de los resultados obtenidos se sugiere que el estado se preocupe más por sostener su apoyo a lo que respecta en el autocuidado en planificación familiar de las mujeres, especialmente de las más pobres y las que residan en áreas rurales. En ese sentido incorporar una encuesta a los centros de salud de dicha localidad permitirá tener una información más detallada acerca de la intensidad y otras características de los programas de salud. Ya que con una buena información de los padres que quieren tener menos hijos puedan invertir más en su salud y educación ya que hay muchos estudios realizados de cómo se encuentra la nutrición infantil en el Perú.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- En base a lo expuesto en nuestro estudio de investigación se observó que los conocimientos que predominaron respecto al autocuidado en planificación familiar en mujeres en edad fértil fueron deficientes.
- En relación a las prácticas del autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil el nivel de conocimiento que predominó fue deficiente.
- En relación a los métodos anticonceptivos en autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil el nivel de conocimiento que predominó fue regular.
- En relación mitos y creencias en autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil el nivel de conocimiento que predominó fue deficiente.

La mayoría de las encuestadas obtuvieron un nivel de conocimiento deficiente, la cual se infiere que la labor educativa sobre el autocuidado en planificación familiar, los métodos anticonceptivos, mitos y creencias se han descuidado o se está realizando de una manera inadecuada por la falta de información respecto a su nivel educativo y cultural.

5.2 Recomendaciones

- Sugerimos mejorar los niveles de difusión y promoción sobre temas de salud, ya que constituye una valiosa herramienta en la inclusión de prácticas saludables necesarias para mejorar la vida de las personas.
- Es elemental que pongan en práctica las orientaciones que se les brinda en los diferentes establecimientos de salud, porque esto les va servir para un mejor cuidado, tanto para ellas como para sus familias.
- Acudir en forma oportuna a todas las citas programadas de planificación familiar realizada en los establecimientos de salud, hospitalaria, comunitaria.
- El personal de salud debe informar a todas las mujeres en edad fértil y sus parejas sobre los beneficios con respecto al autocuidado en planificación familiar.
- El personal de salud debe brindar información a todas las mujeres, con lenguaje sencillo de acuerdo a su nivel cultural.
- Que en los comedores populares se deben realizar difusiones y sesiones educativas a todas las usuarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Carpio L. Estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. Perú; 2005:13.
2. Rodríguez SG, Pincetti MA. Ciudadanía y autocuidado en salud reproductiva y sexual : Un estudio exploratorio en mujeres trabajadoras de los sectores salud y educación . 1999;VIII:197.
3. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. 2013:1. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/index.html>.
4. Franco L, Mora G, Mosquera A, Victor C. Planificación familiar en mujeres en condiciones de vulnerabilidad social. Salud UIS. 2011;(51):243.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. 2012;l:www.inei.com.pe.
6. Llanos R. "Informe de la encuesta demográfica y de salud familiar - ENDES." INEI. 2010:27. Disponible en: http://desa.inei.gob.pe/endes/endes2007/5.Planificación_Familiar/5.2_Uso_de_Métodos.html.
7. Rojas A. Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopausicas del Asentamiento Humano Cerro El Sauce Alto del distrito de San Juan de Lurigancho 2001. 2003. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/tesis/Salud/medicina.htm>.
8. Cleto, M., Mora C., Peguero I., Peguero M. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en una población de estudiante. 2002;63(1):17–18.
9. Distrito de Comas. 2014. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Comas.
10. Zibachi, R. Comedores populares de Perú: Contra el hambre y soledad. 2007. Disponible en: <http://www.cipamericas.org/es/archives/1330>.
11. Cheesman S. Conceptos básicos de investigación.; 1. Diponible en: <http://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>.
12. Blasco J, Grimaltos T. Teoría del conocimiento. Universita. (Simon M, ed.); 2004:17. Disponible en: [http://books.google.com.pe/books?id=WcJKT3-bkH8C&printsec=frontcover&dq=teoria+del+conocimiento&hl=es-419&sa=X&ei=diJ0UoCUIJKgsQTP0oGQBQ&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=teoria del conocimiento&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=WcJKT3-bkH8C&printsec=frontcover&dq=teoria+del+conocimiento&hl=es-419&sa=X&ei=diJ0UoCUIJKgsQTP0oGQBQ&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=teoria%20del%20conocimiento&f=false).
13. Rossental. Indin. Diccionario Filosófico. Ediciones Universo Lima-Perú 1987.
14. Rodríguez Carranza, Rodolfo. Vademécum Académico de Medicamentos. Ed. Interamericano Mc Graw Hill. México 1999.

15. Fernández M. Conocimiento, tipos y elementos del conocimiento. Weblog [internet] marzo 2012 [citado 20 de abril 2014]; 24 (4) disponible en: <http://diferbe.wordpress.com/2008/07/09/conocimiento-tipos-y-elementos-del-conocimiento/diferbe>
16. Bunge M. El conocimiento científico. Bilosofía. 2012. Disponible en: <https://bilosofia.wordpress.com/2012/02/24/introduccion-a-la-epistemologia-segun-mario-bunge/>.
17. Sanchez E. Guía de Capacitación de Autocuidado para Servidores de Salud y de las Ciencias Sociales: enfocando las necesidades de las Personas Mayores Rurales. Lima; 2010:8. Disponible en: www.helpage.org/download/4de511a117544/.
18. Bravo CJ. III Jornada de Salud, Familia y Sociedad. 2011. Disponible: <http://www.thefamilywatch.org/act-jfs3-es.php>.
19. Vargas C. Requisitos Universales del Autocuidado. 2012. Disponible en: <http://necesidadeshumanasdelautocuidado.blogspot.com/2012/08/autocuidado.html>.
20. Cabana A. Prácticas de Autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas del Asentamiento Humano Cerro El Sauce Alto del distrito de San Juan de Lurigancho 2001.
21. MINSA. Planificación familiar, derecho de todos y de todas. 2012. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/planfam/introduccion.asp>.
22. OMS. Planificación Familiar.; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
23. Organización Mundial de la Salud. Beneficios de la planificación familiar para la salud; 1995:14. Disponible en: <http://www.inppares.org/sites/default/files/Beneficios PF OMS.pdf>.
24. Agustín A, Bueno M, Moreno M, Ortiz C, Escobar F. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de población femenina de una zona de salud. 1998.
25. Profamilia. Métodos anticonceptivos. Disponible en: www.inppares.org/sites/default/files/Metodos Profamilia.PDF.
26. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Método de Lactancia y Amenorrea, MELA. 2004.
27. Herrero I, Sesin S, Maidana M, Sandra D, Cáceres M. Métodos anticonceptivos durante la lactancia. 2008.
28. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Métodos anticonceptivos de barrera. Disponible en: www.acog.org. Search Patient Education Pamphlets - Spanish.

29. Martínez F. Grado de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos hormonales en una farmacia comunitaria de Zaragoza. Universidad de Granada. 2009.
30. Schwarcz R, Galimberti D, Obst L, et al. Guía para el uso de métodos anticonceptivos. 2002.
31. Family Pact. Todo sobre el DIU. 2012. Disponible en:
http://www.familypact.org/Providers/Client-Education-Materials/2014_IUC_SPN_5-15ADA.pdf
32. Society A, Reproductive FOR, Informacion SDE, Pacientes P. Edad y Fertilidad.; 2013:4,5. Disponible en:
http://www.reproductivefacts.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/BOOKLET_Age_and_fertility_corrected_blueline_3-5-13.pdf.
33. Oliva D., Saavedra C. y Viñas A. Las mujeres y el VIH/SIDA: ¿Por qué un problema? Revista Habanera de Ciencias Médicas. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500016
34. Correa O. El autocuidado: Una habilidad para vivir. Universidad de Caldas. 1996.
35. Cárdenas R. La mortalidad de las mujeres en edad fértil. 2012:23–28.
36. Libertad L. Características clínicas y epidemiológicas Muerte Materna. :3–12.
37. Maguiña J. la Mortalidad Materna en el Perú. 2013.
38. Agüero M., Gonzalez, C. Investigaciones originales en mujeres que acuden a un Centro de Salud en San Juan. 2009:2–5.
39. Zegarra T. Mitos y métodos anticonceptivos.; 2011:15. Disponible en:
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/PROMSEX-Mitos-Metodos-Anticonceptivos.pdf>.
40. Maiztegui L. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del Hospital Materno Provincial de Córdoba. 2006.
41. Cabrera M. Nivel de Conocimiento sobre Métodos anticonceptivos de las Pacientes en puerperio de los servicios de Mterinidad del Hospital Central Universitario “Antonio Maria Pineda” Abril -Diciembre 2000. Barquisimeto. 2001:7.
42. Cruz-Peñarán D., Langer-Glas A, Hernández-Prado B, González-Rengijo G. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú. 2003;45(6):461–471.

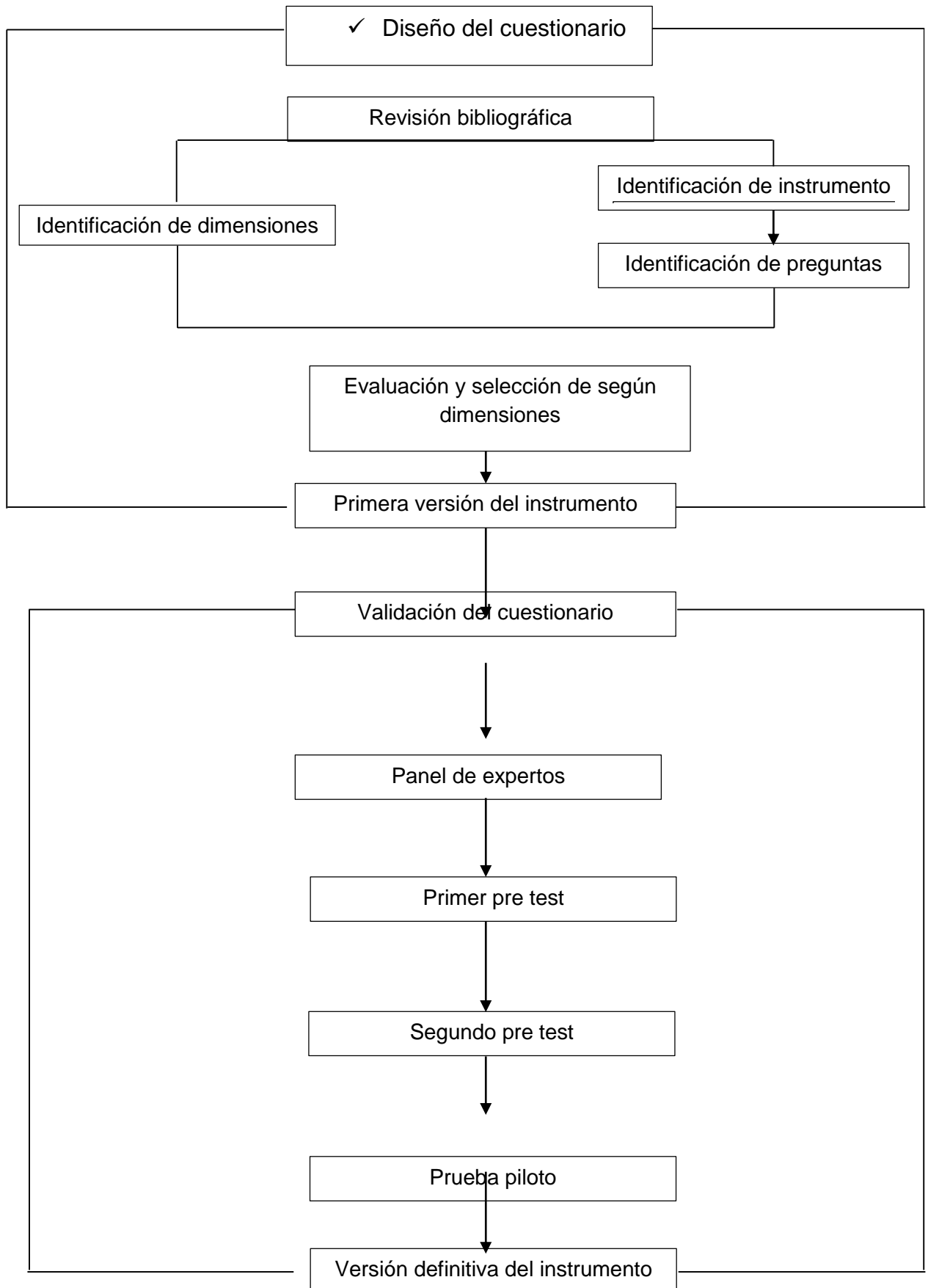
43. Ku E. Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal. 2010;14(2):1–9.
44. Távora L. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. Rev. Perú. Ginecol. y Obstet. 2010.
45. Sierra NG. Influencia sociocultural en el acceso y uso de métodos de planificación familiar en las comunidades Barrio Las Tablas, Morocelí y La Ciénega, San Antonio. 2003. Disponible en: <http://bdigital.zamorano.edu/handle/11036/1969>. Accessed November 14, 2014.
46. Torres A. La planificación familiar en el ocaso del siglo XX. 2000;14(2):108–114.
47. Távora L, Cárdenas B, Becerra C, Calderón G, Carmen D, y col. La planificación familiar requiere atención especial como estrategia. Rev. Perú. Ginecol. y Obstet. 2011:181.
48. Valdivia M. El enfoque de género en el estudio: “Planificación familiar y salud materno-infantil en el Perú: ¿Una cuestión de número o de momento?” La principal causa mundial de morbilidad y mortalidad de la Encuesta Demográfica y Salud. Econ. y Soc. 61. 2006;61:24.
49. Ashford L. Familia: Enfoques recientes e implicaciones programáticas. 2008. Disponible en: http://www.prb.org/pdf/UnmetNeed_Spanish.pdf.
50. Sidney M, Correa A, Marcela S, Arias D. Asociación entre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. 2006:65–73.
51. Gonzales S. Ciudadanía y autocuidado en salud reproductiva y sexual: Un estudio exploratorio en mujeres trabajadoras de los sectores salud y educación. Revista de Psicología. Universidad de Chile. 2009.

ANEXOS

Anexo A: Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems	Valor final	Criterios para asignar valores	Preguntas
Conocimiento del autocuidado en planificación familiar	Es el conjunto de informaciones básicas adquiridas mediante un proceso de enseñanza y aprendizaje	Es el conjunto de informaciones básicas que tienen las mujeres en edad fértil sobre el autocuidado en planificación familiar	Prácticas	Importancia Uso	3	Correcta= 2 Incorrecta=0	0-2=Deficiente 3-4=Regular 5-6=Bueno	1-3 preguntas Anexo
			Métodos anticonceptivos	Lactancia materna Condón Anticonceptivos orales	11	Correcta= 2 Incorrecta=0	0-6 =Deficiente 7-14=Regular 15-22=Bueno	4-14 preguntas Anexo
			Mitos y creencias	T de cobre Anticonceptivos orales Píldora de emergencia Condón	5	Correcta= 2 Incorrecta=0	0-3=Deficiente 4-6=Regular 7-10=Bueno	15-19 Preguntas Anexo

Anexo B: Proceso de construcción y validación del instrumento



Anexo C: Cuestionario (CAPFME)

Nivel de conocimiento del autocuidado en planificación familiar en mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del Pueblo Joven La Libertad – Comas, 2014

Cuestionario dirigido a las mujeres en edad fértil de los comedores populares de Comas, sobre el nivel de conocimiento en el autocuidado en planificación familiar.

Presentación:

Buenos días somos las alumnas que estamos cursando el IX ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades. La recopilación de la información va a permitir desarrollar luego acciones de información y capacitación a las madres consultada para su cuidado personal en todo su contexto agradecemos anticipadamente su participación, la información que será obtenida será de forma anónima.

Se le recomienda leer detenidamente las preguntas y contestar las respuestas que Ud. crea correcta con una (x) si en caso tienen alguna duda preguntar al investigador.

Datos generales:

Edad:

Procedencia:

- Costa b) Sierra c) Selva

Grado de instrucción:

- Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Superior

Estado Civil:

- a) Soltera b) Conviviente c) Casada d) Viuda

N°	PREGUNTAS	SÍ	NO
1	El examen de Papanicolaou se debe realizar una vez al año		
3	Usted junto a su pareja ha planificado el número de hijos que tiene o va a tener		
4	Sus embarazos fueron planificados		
5	El condón masculino se puede usar más de una vez		
6	El método del ritmo es un método anticonceptivo natural		
7	El condón masculino debe ser colocado antes de cada relación sexual		
8	Usted usaría en algún momento un método anticonceptivo		
9	Cree usted que los usos de métodos anticonceptivos son importantes		
10	Los métodos anticonceptivos previenen el embarazo		
11	El condón evita el embarazo		
12	Todos los métodos anticonceptivos previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS).		
13	La lactancia materna exclusiva es un método anticonceptivo		
14	Las píldoras anticonceptivas se deben tomar todos los días		
15	Existen métodos anticonceptivos inyectables de un mes y de tres meses		
16	El condón masculino produce hongos		
17	Usted cree que los métodos anticonceptivos causan infertilidad		
18	¿Cree usted que la píldora del día siguiente es abortiva?		
18	¿Usted cree que los anticonceptivos orales e inyectables engordan?		
19	¿La T de Cobre produce cáncer?		

Anexo D: Resumen de prueba de jueces

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las distribuciones de Ana_Maria_Fuentes_Acosta, Juan_Morales_Quispe, Carlos_Rafael_Gomez_Argote, Doris_Alvines_Fernandez and Rosa_Eva_Perez_Siguas son las mismas.	Análisis bidimensional de Friedman de varianza por rangos para muestras relacionadas	,003	Rechace la hipótesis nula.
2	Las distribuciones de Ana_Maria_Fuentes_Acosta, Juan_Morales_Quispe, Carlos_Rafael_Gomez_Argote, Doris_Alvines_Fernandez and Rosa_Eva_Perez_Siguas son las mismas.	Coefficiente de concordancia de Kendall para muestras relacionadas	,003	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Anexo E: Resultado de la prueba piloto

Fiabilidad

[Conjunto_de_datos1] C:\Users\PEREZ\PILOTO10.sav

Escala: alpha autocuidado

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,788	20

Anexo F: Carta de aceptación

Yo, Felicitas Hanco Lipa de Gómez, con DNI 0973355, Domiciliada en Jr. Alvarado Nº 759 - Comas Km. 11- La Libertad, presidenta del Comedor popular "Virgen de Lourdes", acepto y daré todas las facilidades a las alumnas de la universidad de Ciencias Y Humanidades de la Facultad de Enfermería del IX ciclo, para su realización del trabajo de investigación que realizaran con las socias participantes del Comedor popular "Virgen de Lourdes".



Felicitas Hanco Lipa de Gómez
DNI 0973355



Comas, 23 de Abril del 2014

Anexo G: Coeficiente de correlación intraclase

Coeficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,170 ^a	,072	,395	5,099	12	228	,000
Medidas promedio	,804 ^c	,607	,929	5,099	12	228	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- A. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- B. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- C. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

Anexo H: Consentimiento informado

Nombre de la investigación: Nivel de conocimiento del autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del Pueblo Joven La Libertad – Comas, 2014

Propósito de la investigación: El presente trabajo de investigación está siendo desarrollado por las estudiantes de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y tiene como objetivo es determinar el nivel de conocimiento del autocuidado en planificación familiar en las mujeres en edad fértil del comedor popular Virgen de Lourdes del Pueblo Joven La Libertad – Comas, 2014

La participación para este estudio es completamente voluntaria y confidencial. La información que usted nos pueda brindar, será manejada confidencialmente, pues solo los investigadores tendrán acceso a esta información, por tanto estará protegida.

La aplicación del instrumento tiene una duración aproximada de 20 minutos y consiste en un cuestionario con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento en el autocuidado en planificación familiar Esta información será analizada por las estudiantes de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades.

Declaración:

Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, así mismo se me informó del objetivo del estudio y sus beneficios, se me ha descrito el procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello.

En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en este estudio.

Nombres y apellidos del participante:

DNI: **Fecha:** **Firma:**

Nombres y apellidos del participante:

DNI: **Fecha:** **Firma:**

Anexo I: Características sociodemográficas de la población

Tabla 1

Total n= 100(%)

Sexo

Mujeres 100

Edad

15 – 25 46,15

26 – 35 16,15

36 – 45 7,69

Procedencia

Costa 46,15

Sierra 53,85

Selva 0

Nivel educativo

Primaria 30,77

Secundaria 69,23

Superior 0

Estado civil

Soltera 15,38

Conviviente 61,54

Casada 23,08

Viuda