

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
**INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO**  
**CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A**  
**NIVEL DE PREGRADO 2018**



**Factores determinantes al uso del implanon y su influencia en la satisfacción de  
la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales en  
agosto - diciembre 2018**

**Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra**

**AUTOR:**

**Yovani Sánchez Chavez**

**ASESOR:**

**Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez**

**Tarapoto - Perú**

**2021**



Esta obra está bajo una [Licencia  
Creative Commons Atribución-  
NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/)

Vea una copia de esta licencia en  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
**INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO**  
**CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A**  
**NIVEL DE PREGRADO 2018**



**Factores determinantes al uso del implanon y su influencia en la satisfacción de  
la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales en  
agosto - diciembre 2018**

**Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra**

**AUTOR:**

**Yovani Sánchez Chavez**

**ASESOR:**

**Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez**

**Tarapoto - Perú**

**2021**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN -TARAPOTO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO**

**CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A**

**NIVEL DE PREGRADO 2018**



**Factores determinantes al uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud de Morales en agosto – diciembre 2018**

**Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra**

**AUTOR:**

**Yovani Sanchez Chavez**

**ASESOR:**

**Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez**

**Tarapoto- Perú**

**2021**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN -TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
**INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO**  
**CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A**  
**NIVEL DE PREGRADO 2018**



**Factores determinantes al uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud de Morales en agosto – diciembre 2018**

**AUTOR:**

**Yovani Sanchez Chavez**

**Sustentada y aprobada el día 06 de enero del 2021,  
por los siguientes jurados:**

Obsta. Dra. Lolita Arévalo Fasanando

**Presidente**

Obsta. Mg. Consuelo Dávila Torres

**Secretaria**

Obsta. Mg. Patricia Vásquez Pinchi

**Vocal**

## Constancia de asesoramiento

El que suscribe **Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez**, por el presente documento, hace

### **CONSTAR:**

Que, he revisado y corregido el informe final de la tesis titulada **Factores determinantes al uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud de Morales en agosto – diciembre 2018**, elaborado por la Bachillere en Obstetricia **Yovani Sanchez Chavez**, la misma que encuentro conforme en estructura y contenido.

Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 06 de enero del 2021.



.....  
**Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez**  
**Asesor**

## Declaratoria autenticidad

**Yovani Sanchez Chavez** con DNI N° 73011823, egresada de la Escuela Profesional de Obstetricia, Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la tesis titulada: **Factores determinantes al uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud de Morales en agosto – diciembre 2018.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias y sanciones que deriven de mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 06 de enero del 2021.



**Bach. Yovani Sanchez Chavez**

DNI N° 73011823

**Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis**

**1. Datos del autor:**

Apellidos y nombres:	Sanchez Chavez Yovani		
Código de alumno :	73011823	Teléfono:	948428698
Correo electrónico :	scyovani_1996@hotmail.com	DNI:	73011823

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Datos Académicos**

Facultad de:	Ciencias de la Salud.
Escuela Profesional de:	Obstetricia

**3. Tipo de trabajo de investigación**

Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo de investigación	<input type="checkbox"/>
Trabajo de suficiencia profesional	<input type="checkbox"/>		

**4. Datos del Trabajo de investigación**

Título :	Factores determinantes al uso del implante y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarios del Centro de Salud Morales en agosto - diciembre 2018.
Año de publicación:	2021

**5. Tipo de Acceso al documento**

Acceso público *	<input checked="" type="checkbox"/>	Embargo	<input type="checkbox"/>
Acceso restringido **	<input type="checkbox"/>		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:


**6. Originalidad del archivo digital.**

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

## 7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

  
  
Firma y huella del Autor

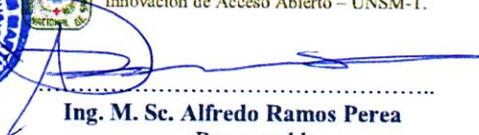
## 8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

04 / 03 / 2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - T.  
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e  
Innovación de Acceso Abierto - UNSM-T.

  
Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea  
Responsable

\***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

\*\* **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

## **Dedicatoria**

A Dios por ser el precursor de tantas maravillas en mi vida  
dentro de ellos mi familia el motor de mi vida.

A mis padres, hermanos y tíos por brindarme su apoyo  
incondicional económicamente y anímicamente en la  
elaboración de mi tesis.

A ti papito Santiago Chavez Tello por ser la aurora de mi  
vida y ejemplo a seguir, hubiese querido que presencias este  
logro en mi vida y que te llenes más de orgullo y felicidad de  
lograr nuestra meta.

A cada uno de los profesionales que siempre me brindaron su  
apoya en la elaboración de mi tesis con sus conocimientos,  
tiempo y así terminar satisfactoriamente como una obstetra  
titulada.

**Yovani**

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por brindarme fortaleza, salud y protección durante mi vida y así lograr terminar este recorrido satisfactoriamente.

A mis padres, hermanos y familiares que siempre me brindaron su apoyo incondicional económicamente y emocionalmente en todo este proceso y camino que recorrí.

En especial a mi ángel Santiago Chavez Tello que siempre me guio con sus sabias palabras y amor incondicional, eres mi admiración y orgullo, así como lo fui yo para ti, gracias, por tanto, te amo hasta el cielo.

A los profesionales que siempre me guiaron, orientaron y aconsejaron con sus conocimientos que fortalecieron la elaboración de este trabajo y así lograr titularme como Obstetra.

A todos ellos gracias por todo el tiempo, aprecio, cariño y conocimiento que me brindaron, siempre los llevare en mi corazón.

**Yovani**

## Índice de contenido

	Pág.
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de contenido.....	viii
Índice de tablas .....	ix
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Marco Conceptual.....	1
1.2. Antecedentes.....	3
1.3. Bases teóricas .....	6
1.4. Justificación.....	17
1.5. Problema.....	19
II. OBJETIVOS .....	19
2.1. Objetivo General.....	19
2.2. Objetivos Específicos .....	19
2.3. Hipótesis de la investigación .....	19
2.4. Operacionalización de variables .....	20
III. MATERIAL Y MÉTODOS .....	23
IV. RESULTADOS .....	28
V. DISCUSIÓN .....	36
VI. CONCLUSIONES.....	41
VII. RECOMENDACIONES .....	42
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43
IX. ANEXOS.....	49

## Índice de tablas

<b>Tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
1	Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según características sociodemográficas	28
2	Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según Dimensión factores reproductivos	29
3	Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según dimensión factores psicológicos	30
4	Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según Dimensión factores de información	31
5	Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según evaluación de la satisfacción de la relación de pareja	32
6	Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según factores determinantes (sociodemográficas, reproductivas, psicológicas y de información) de mayor influencia en la satisfacción de la relación de pareja	33
7	Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según factores reproductivos	34

- 8      Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según factores de información – ventajas del método 34
  
- 9      Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según factores de Información acerca del implanon-Proveedor 35

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la influencia de los factores determinantes del uso del implanon en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto– diciembre 2018. La investigación fue básica, descriptiva, cuantitativa, transversal prospectivo, correlacional. La población estuvo conformada por 139 usuarias de y la muestra por 58 usuarias implanon, la técnica fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Resultados: Las características sociodemográficas de las usuarias de implanon, fueron: el 34,5% se ubican en el grupo de edad entre 15-25 años; según grado de instrucción el 34,5% de usuarias alcanzaron el grado de instrucción superior no universitaria incompleta; con respecto al estado civil, el 48,3% de las usuarias de implanon, son convivientes. Las implicancias que tuvieron los factores sociodemográficos en el uso del implanon fueron: según dimensiones sociodemográficas altamente significativas, la edad ( $p=0,004$ ), el grado de instrucción ( $p=0,000$ ) y el estado civil ( $p=0,001$ ). Según dimensiones reproductivas, todos ejercen implicancias altamente significativas sobre el uso de implanon ( $p=0,001$ ). Según dimensiones psicológicos la decisión para escoger implanon, la implicancia es altamente significativa ( $p= 0,000$ ). Según dimensión factores de información, ejercen implicancia altamente significativa ( $p=0,013$ ) implícita sobre el uso de implanon. El 67,2% de las usuarias del implanon como método anticonceptivo, considera tener una satisfacción media; el 17,2 considera tener una satisfacción baja; y, el 15,5% considera tener una relación de pareja altamente satisfactoria. No se ha podido determinar de manera categórica el factor determinante (sociodemográfico, reproductivo, psicológico, de información) de mayor influencia en la satisfacción de la relación de pareja en las usuarias de implanon en el Centro de Salud Morales. Conclusión: Los factores determinantes favorables hacia el uso del implanon generan vínculos satisfactorios de media (67,2%) a alta (13,8%) en la relación de pareja.

**Palabras clave:** factores determinantes, implanon, satisfacción de pareja, anticoncepción

## Abstract

The objective of this study was to determine the influence of the determining factors of implant use on the satisfaction of the couple's relationship in users of the Morales Health Center, August - December 2018. The research was basic, descriptive, quantitative, prospective transversal, and correlational. The population was conformed by 139 users of implants and the sample by 58 users, the technique was the survey and the instrument was the questionnaire. Results, the sociodemographic characteristics of the studied population were: 34.5% of them were between 15-25 and 26-35 years old, respectively; according to education degree 34.5% has incomplete non-university higher education, according to marital status highlights partners in 48.3% of the users. The implication of the categories according to the sociodemographic factors dimension in the use of the implant are the three characteristics: age, education degree and marital status are highly significant with p-values of 0.004, 0.000 and 0.001 respectively; according to the reproductive factors dimension all of them have implication over the use, their p-values are lower than 0.001 in its totality. According to the psychological factors dimension, the decision of choosing an implant is highly significant and determines its implication in the use of the implant, it reports a p-value of 0.000; according to the information factors dimension, where it is registered that there is implicit implication on the use of the implant, its p-values are lower than 0.013 in all factors. Regarding the satisfaction of the couple's relationship of the user's implant as a contraceptive method, the majority, 67.5%, consider to have a medium satisfaction level, followed by a high satisfaction level perceived by 15.5 of the users and 17.2 consider to have a low satisfaction level. There is no relationship between most of the sociodemographic, reproductive, psychological and information factors and the characteristic satisfaction of the couple's relationship. The chi-square test was used with a significance level of 5% ( $p < 0.05$ ). In conclusion, the multiparous category contributes to the satisfactory medium (67.2%) and high (13.8%) bonds in the couple's relationship of the users involved in the study, and confirms the research hypothesis that the favorable determinants factors regarding the use of the implant generate medium to high satisfactory bonds in the couple's relationship.

**Keywords:** determinants factors, implant, partner satisfaction, contraception.



## **TÍTULO:**

Factores determinantes al uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud de Morales en agosto – diciembre 2018.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Marco conceptual**

Los implantes subdérmicos han surgido como una necesidad en la búsqueda del anticonceptivo ideal, el cual debe tener alta seguridad, mínimos efectos adversos, reversibles, cómodo, fácil de usar y ser de larga duración, es por ello que actualmente el Ministerio de Salud Pública en la actualidad provee mes a mes este método para ofertarlo a las usuarias que acuden a las casas de salud en busca de planificación familiar (1). Uno de los pilares de la salud reproductiva de la mujer es la planificación familiar, por ello la amplia cobertura de métodos que oferta el Estado influye en la disminución de la tasa de fecundidad en nuestro país, permitiendo el control de la natalidad frente a la población. Los contraceptivos modernos y uno de ellos el Implanon con alta efectividad y con una característica propia su larga duración, lo hace uno de los métodos más factibles para el uso de las mujeres en edad reproductiva (2).

En la etapa previa al uso masivo de los anticonceptivos, la tasa global de fecundidad (TGF) era de 6 hijos, sin embargo, durante los últimos años, se produjo una disminución de la misma a nivel mundial, ubicándose en 3 hijos aun, en los países en vías de desarrollo. A pesar de este hecho, la tasa de embarazos no deseados es extremadamente alta, al punto que aproximadamente el 5% de embarazos, se consideran como no deseados y de estos el 60% ocurren en mujeres que se encontraban usando algún método anticonceptivo (2). Actualmente la utilización del Implante está aprobada en más de 60 países, siendo usado por aproximadamente 11 millones de mujeres a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que, las usuarias que seleccionan este dispositivo anticonceptivo, está en ascenso debido a sus beneficios, como los manifestados por la Federación Internacional de Planificación Familiar que describe: alta efectividad anticonceptiva, vida útil prolongada, niveles bajos y estables de hormona sérica, lo cual minimiza los efectos metabólicos y rápida reversibilidad con la interrupción (3). Asimismo, la promoción de la

planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr bienestar y autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y desarrollo de las comunidades (4).

En la práctica, la mayoría de los métodos anticonceptivos han sido diseñados y están disponibles para el uso femenino, los programas de planificación familiar van dirigidos en general a las mujeres. Se toma poco en cuenta que ellas no son las únicas que toman decisiones relativas al uso de anticonceptivos. La mujer debe aceptar estas decisiones del varón de elegir el método anticonceptivo amenazada por temor a la violencia, al abandono, al divorcio o el rechazo por parte de su pareja y a la exclusión social. Esto, con frecuencia, se suma a la dependencia económica del varón, lo cual hace que la mujer se vea limitada en su derecho a decidir el número de hijos, el momento de tenerlos y el uso de la planificación familiar. Existen diversas razones por las que un hombre objeta la planificación familiar, unos desean tener más hijos, mientras que otros se oponen al uso de los métodos modernos, inclusive algunos no quieren usarlos porque temen que sus mujeres les sean infieles si están protegidas contra el embarazo, mientras que otro grupo quiere controlar el comportamiento de la pareja, o argumenta razones religiosas (1). Las investigaciones indican que la comunicación conyugal y el conocimiento sobre planificación familiar ayuda a la pareja a llegar a un acuerdo respecto a sus metas de reproducción y a lograr dichas metas. Así lo demuestra un estudio realizado en Ghana, pues las mujeres que habían hablado de anticonceptivos con su esposo tenían el doble de probabilidades de ser usuarias de planificación familiar, que las que no lo habían hecho (5).

Asimismo, el uso de este método moderno implanon no está exento de la población de mujeres en edad fértil del Centro de Salud de Morales, el cual brinda el servicio de planificación familiar que cuenta con 139 usuarias de las cuales 58 usuarias es la muestra de estudio, donde se busca identificar los factores determinantes para su uso y esto a su vez influye en su relación de pareja. El estudio fue pertinente porque fue útil para que las instituciones encargadas de atender a las mujeres en edad fértil y su pareja los ayuden a resolver uno de los problemas de salud sexual y reproductiva relacionadas a la satisfacción de la vida en pareja y que son poco visibles, pero de gran trascendencia en la consolidación de la familia y la sociedad. La importancia de esta investigación radica, en el impacto social que pudiera tener en un futuro ya que la información obtenida se va a canalizar a las autoridades competentes.

Finalmente, los resultados de este estudio servirán como aporte de conocimientos para las futuras intervenciones que se realicen en el programa de planificación familiar con respecto al método anticonceptivo, con el fin de obtener resultados que exhorten a que el Método anticonceptivo Implanon sea más promocionado, accesible y así exista más cobertura para las usuarias del programa de planificación familia del centro de salud de Morales.

## **1.2. Antecedentes**

**González C. (2017)**, estudio denominado: “Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración en adolescentes entre los 13 y los 19 años, en mayo del 2017 ha mostrado una discontinuación bastante baja. Chile. Investigación básica, descriptiva. La población fue nacional y además el mayor porcentaje de usuarias es nulípara. La técnica fue revisión documentaria y el instrumento ficha de recolección de datos. Resultados, de 105 pacientes, solo 12 tuvieron una remoción precoz del implante, de las cuales 7 fue por alguna reacción adversa. Existen varias publicaciones hasta hoy, pero nos referiremos a una de las más importantes para este artículo: la que demuestra la disminución de los embarazos adolescentes. De estas casi 1500 adolescentes, un 73% usó algún anticonceptivo reversible de larga duración (LARC). En conclusión, según el tipo de método usado, se pueden diferenciar 2 grandes grupos: 14 a 17 y 18 a 20 años. En las adolescentes de 17 o menos un 63% de uso implantes, mientras que el 71% de las de 18 y más, se inclina por un DIU. Ambos grupos presentaron un nivel de satisfacción y continuidad mayores al 80% (6).

**Zurita E, (2016)**, en su estudio sobre “Efectos adversos asociados al uso del implante subdermico de etonogestrel como método anticonceptivo en el subcentro de salud Izamba enero-agosto 2016”. Ecuador. Investigación fue básica descriptiva. La población y muestra estuvo representada por 40 pacientes. Resultados 25 pacientes equivalente al 63% de la muestra mencionaron sentirse satisfechas con el uso del implante subdérmico de etonogestrel mientras que 15 pacientes que representan el 37% de la muestra mencionaron no sentirse satisfechas. En conclusión, las principales causas fueron: el aumento de peso y el sangrado irregular que en algunos casos fueron dolorosos (7).

**Guachamin M, (2015)** en su estudio sobre “Análisis de la disfunción sexual en las mujeres de 15 a 42 años asociados al uso del implante subdermico en el servicio de obstetricia, en el centro de salud Sangolquí en el periodo enero a diciembre del 2015”. Ecuador. Investigación básica descriptiva. la población y muestra fueron 100 mujeres 15 a 42 años. La técnica fue

la encuesta y el instrumento el cuestionario. Resultados, encontró que el 70,0% de las pacientes que usan el implante subdérmico por 3 o más años tienen disfunción sexual femenina (DSF), el 58,0% usan el implante subdérmico por menos de 3 años y no tienen disfunción sexual femenina (DSF), el 42,0% usan el implante subdérmico por menos de 3 años y tienen disfunción sexual femenina (DSF), el 30,0% usan el implante subdérmico por 3 o más años y no tienen disfunción sexual femenina (DSF). En conclusión existe mayor presencia de disfunción sexual femenina (DSF), en las pacientes que usan el implante subdérmico por 3 o más años, la presencia de la disfunción sexual femenina, está relacionada al uso del implante subdérmico, una paciente que usa este método por 3 o más años, tiene 3 veces más probabilidad de presentar disfunción sexual (8).

**Medina C. (2014)**, en su estudio sobre “Determinación de satisfacción con el uso del implante subdérmico de etonogestrel implanon como medio de anticoncepción, efectos secundarios y razones para discontinuar el mismo, comparado con otros métodos hormonales de anticoncepción en adolescentes del Valle de Tumbaco”. Ecuador. Investigación básica, descriptiva. Población y muestra 120 mujeres en edad fértil. Técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Resultados, encontró que las usuarias de implanon están estadísticamente más satisfechas, que las usuarias de otros métodos anticonceptivos hormonales (99% vs. 60.2%;  $p < 0.0001$ ). Los dos grupos presentaron efectos adversos en menos de la mitad de la población de usuarias, siendo el más frecuente la cefalea en ambos grupos. La continuación de uso es mayor en el grupo de usuarias de implanon, que en el grupo de usuarias de otros métodos anticonceptivos (98.5 % vs. 83.5%;  $p = < 0.0001$ ). En conclusión, al ser el embarazo adolescente un problema de salud pública en nuestro país, el uso de anticoncepción segura, reversible, de larga duración, y, sobre todo, tolerable en esta población, es de vital importancia para disminuir la prevalencia de embarazos no deseados (9).

**Aponte R. (2015)**, en su estudio sobre “Características socio-reproductivas de las usuarias del implante subdérmico en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2015”. Lima- Perú. Investigación básica descriptiva, la población y muestra fueron 140 mujeres en edad reproductiva. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Resultados, se encontró que la edad promedio fue  $25,47 \pm 5.6$  años, 78,92% entre 20 – 34 años, convivientes (72,74%), y usuarias del quintil IV: 54,68%. El 66,72%, inició actividad sexual entre 12 y 18 años. Las usuarias tienen entre 1 a 3 hijos (93,73%) y no tienen antecedentes de abortos (66,18%), ni partos pre términos (98,35%); con un periodo intergenésico menor a 2 años

(92,16%), y de alto riesgo (76,39%), no usaban algún método anticonceptivo previo al implante (74,01%) y el motivo frecuente de discontinuación se debe a los efectos secundarios (68%). Concluye que las usuarias del implante subdérmico tienen una edad promedio de 25 años, son convivientes y provienen de distritos que pertenecían al IV quintil. En conclusión, en cuanto a las características reproductivas tienen entre 1 a 3 hijos, sin antecedente de aborto o parto pre término con un periodo intergenésico menor a 2 años y de alto riesgo obstétrico. El motivo de discontinuación se debe a los efectos secundarios (10).

**Tello A. (2014)**, en su estudio: “Factores asociados a la elección del implante subdérmico (Implanon) como método anticonceptivo en usuarias del servicio de planificación familiar del instituto nacional materno perinatal, noviembre-diciembre 2014”. Lima – Perú. Investigación básica descriptiva. La población y muestra estuvo conformada por 150 mujeres en edad fértil. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Resultados, encontró los siguientes resultados: De los factores socio demográficos y su relación con la aceptación del uso de Implanon se halló diferencia estadísticamente significativa solo con la edad ( $p=0.025$ ). A mayor grupo etáreo mayor aceptabilidad al uso de Implanon. De los factores Reproductivos no se halló diferencia estadísticamente significativa. De los factores psicológicos se halló diferencia estadísticamente significativa con la motivación que tenía la usuaria para usar Implanon ( $p=0.000$ ). La mayor motivación determina el uso de Implanon. También se halló relación con la No interferencia de la decisión de algún familiar o amigo ( $p=0.015$ ). Por lo que no interfieren opiniones de terceros en el uso de Implanon. De los factores de información se halló diferencia estadísticamente significativa con la forma de conocer el Implanon; en su consejería de planificación familiar, por internet y por recomendación ( $p=0.003$ ). En conclusión, se halló relación con la información que proporciona el proveedor de salud ( $p=0.000$ ). Una información adecuada brindada en la consejería de planificación familiar determina el uso de Implanon (11).

**Campos C. (2014)**, en su estudio sobre: Factores biosocioculturales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden al hospital Elpidio Berovidez Pérez, Otuzco 2014. Trujillo – Perú. Investigación básica, exploratoria. La población y muestra fueron 120 mujeres en edad fértil. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Resultados, existe gran porcentaje de mujeres (63,5%) que no usa ningún método anticonceptivo. El factor biológico, edad no tiene relación con el uso de métodos anticonceptivos en mujeres del Hospital Elpidio Berovidez Pérez, de la ciudad de Otuzco, según la prueba no paramétrica de independencia de criterios  $\chi^2$  cuadrado se obtuvo  $p >$

0.05. En conclusión, según factores sociales: existe relación entre la religión y el uso de métodos anticonceptivos, según la prueba no paramétrica de independencia de criterios chi cuadrado se obtuvo  $p < 0.05$ ). Los factores culturales: escolaridad se relaciona con el uso de métodos anticonceptivos ( $p < 0.05$ ) (12).

**Morí R, Ganoza E. (2016)**, en su estudio sobre “Análisis situacional del programa de planificación familiar en el Centro de Salud Morales, Provincia y Región San Martín, año 2016”. San Martín Perú. Investigación básica descriptiva. la población y muestra fueron 120 mujeres en edad reproductiva. La técnica fue la encuesta y el instrumento cuestionario. Resultados, encontró que el programa de planificación familiar según nivel y categoría cumple en su mayoría con los requisitos de servicios que debe ofertar, sin embargo no garantiza la privacidad auditiva; el DIU, la citología y Norplant se ofrece parcialmente; los anticonceptivos mini orales, contracepción de emergencia, diafragma y espermicida no se cuenta con el insumo; poca información educativa, deben preguntar sobre violencia, sobre información de los métodos naturales, sobre inyectables, en reforzar las creencias, en brindar información de métodos orales sólo de progestina, DIU, espermicida, operación femenina y masculina, tomar el peso, la presión arterial y considerar las varices grado III. En ACO informar del cloasma, mastodinia, trastornos emocionales, aumento de peso, várices y en condón explicar cómo poner y usar correctamente, En conclusión: el programa de Planificación Familiar tiene problemas por: deficientes insumos, no informa sobre todos los métodos anticonceptivos y sobre el embarazo; no se cumple las medidas de bioseguridad; Personal no fortalece competencias y no certifica (13).

### **1.3.Bases teóricas:**

#### **1.3.1. Sexualidad y anticoncepción**

La sexualidad es una característica humana del desarrollo vital que cada cual vive de manera particular y que se ve afectada por variables culturales, sociales y personales. Implica aspectos como la comunicación, el placer, la afectividad, la expresión de las emociones, los deseos y la reproducción. Los métodos anticonceptivos nos permiten:

- Vivir la sexualidad de una manera libre y satisfactoria.
- Tener relaciones sexuales sin temor al embarazo.
- Planificar con bastante seguridad el número de hijos y el momento de tenerlos, evitando embarazos no deseados.

La reproducción está unida al disfrute de la sexualidad. Por esta razón, la posibilidad de tener descendencia debe ser valorada y decidida conjuntamente de manera responsable por los miembros de la pareja. El embarazo no debe producirse como consecuencia de la desinformación y el desconocimiento de los riesgos, fallos y errores que pueden producirse. Si se tienen relaciones sexuales con coito y el objetivo deseado no es la reproducción, se deben utilizar métodos que evitan el embarazo **(14)**.

### **Métodos anticonceptivos.**

Un método anticonceptivo se define como aquel que se utiliza para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja en forma temporal o permanente. Por lo general implica dispositivos o medicamentos en los que cada uno tiene su propio nivel de efectividad. Cada hombre y mujer han de decidir en las distintas etapas de su vida fértil cual es el método anticonceptivo más adecuado a su situación, estado de salud, condiciones personales y frecuencia de relaciones sexuales con penetración. Para tomar una decisión informada es conveniente buscar el consejo de un profesional sanitario. Es importante estar convencido de querer utilizar un método anticonceptivo, saber bien cómo funciona y usarlo correctamente **(14)**.

### **Criterios de selección para el uso de anticonceptivos.**

Las pacientes que van a utilizar cualquier método anticonceptivo deben seleccionarse con base en las categorías de elegibilidad descritas por la Organización Mundial de la Salud, para uso de métodos anticonceptivos temporales **(15)**.

- Categoría 1. Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de un método anticonceptivo.
- Categoría 2. Una condición en la que las ventajas de utilizar un método generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

El implante subdérmico de Etonogestrel se puede considerar como categoría 1, en las siguientes condiciones: nuliparidad, postaborto, obesidad, epilepsia, enfermedad pélvica inflamatoria, cervicitis recurrente, talasemia y depresión, pero en casos de mutación trombogénica (Factor V de Leiden) se lo considera como categoría 2 **(15)**.

### **Criterios médicos de elegibilidad del implanon (implante)**

Se muestra en anexo 4, según estándares internacionales OPS/OMS.

### **1.3.2. Aspectos históricos del implanon.**

El siglo XX se caracterizó por ser una época de grandes descubrimientos en todas las disciplinas científicas, incluyendo avances tecnológicos que de una manera u otra han simplificado y facilitado la vida de la raza humana sobre la tierra. Entre estos grandes descubrimientos aparece, a principios de la década de los años 60 la primera píldora anticonceptiva para la mujer, siendo digno de mencionar que fue en la Ciudad de México dónde se sintetizó este primer compuesto hormonal anticonceptivo. De manera paralela surgieron diversos métodos que se han ido perfeccionando a lo largo del tiempo dando como resultado que actualmente contemos con productos anticonceptivos más seguros y eficaces Sheldon Segal, en 1965, médico del Population Council, discutió, en un almuerzo, las propiedades del silastic con un representante de la casa manufacturera del mismo, la conversación comprendió un experimento de un tubo de silastic en un canino. Horacio Croxatto, médico chileno, miembro del Population Council, desarrolló el sistema para la elaboración de la cápsula de silicón (16).

En 1974, diversos estudios multinacionales comparativos probaron 36 diferentes dosis en 1,100 voluntarias. Estos estudios proporcionaron información sobre la eficacia, duración y efectos secundarios. Durante casi dos décadas se buscó el progestágeno ideal, por lo cual se evaluaron diversas progestinas, como la noretindrona, el norgestimato y el acetato de megestrol; sin embargo, los estudios revelaron que levonorgestrel (LNG) era el progestágeno más eficaz y que tenía menos efectos secundarios. En 1977 el levonorgestrel fue elegido para la formulación del implante y en 1979 se registró como marca para desarrollar el implante Norplant. Posteriores estudios clínicos fueron realizados, entre 1980 y 1982, en diversos países: Chile, República Dominicana, Finlandia, Suecia y Estados Unidos. En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés) revisaron el producto y Suecia lo aprobó para su utilización en la población femenina. Posteriormente, en 1986, es aprobado en República Dominicana, Ecuador, Indonesia y Tailandia. En 1988, Chile y Sri Lanka lo aprueban para su uso y, en 1990, la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés) hace lo mismo en Estados Unidos (16).

El primer implante anticonceptivo, Norplant, se registró para el uso en 1983 y desde entonces se han desarrollado varios implantes más. En la actualidad, se ha aprobado su uso en más de 60 países y los utilizan más de 11 millones de mujeres en todo el mundo (WHO 2003). Este número se halla en aumento, ya que la disponibilidad de dispositivos que son más fáciles de

utilizar incrementa su popularidad. En el 2000 se desarrolla el implante anticonceptivo subdérmico Implanon, el cual consiste en una sola cápsula y contiene Etonogestrel, inicialmente se introduce en ocho países de Europa. En México, Implanon se encuentra disponible desde 2001 en el cuadro básico de las principales instituciones de salud, los médicos han recibido capacitación para aplicar y retirar el implante. La experiencia con su uso (más de once millones de usuarias) ha corroborado altas tasas de eficacia anticonceptiva y continuidad, ya que puede ser empleado hasta por tres años (17).

Otro implante liberador de levonorgestrel (llamado inicialmente Norplant II y luego Jadelle) se estudió desde 1980. En junio de 1995, la FDA lo aprobó para su uso por tres años. En China es llamado Sino-implante y en algunos países es aprobado por cinco años, como en Francia, Islandia, Luxemburgo, Holanda, España y Suecia. Actualmente, en República Dominicana y Guatemala, se desarrollan estudios acerca del método, en colaboración con el Population Council (investigaciones que iniciaron en el año 2001 y aún continúan). En síntesis, puede decirse que esta progestina está aprobada en 11 países a nivel mundial (17).

### **Implantes Subdérmicos.**

Los IS, también conocidos como implante transdérmico, implante subcutáneo, pelet o pellet, y es un dispositivo compuesto por una o dos varillas, del tamaño de un fósforo, que se insertan debajo de la piel del brazo de la mujer y liberan un progestágeno que actúa como anticonceptivo. Su colocación se realiza para un largo periodo de tiempo lo cual disminuye el riesgo de olvido que sí tienen otros métodos anticonceptivos como la píldora, el parche semanal o un anillo mensual. Tiene una acción prolongada (de 3 a 5 años dependiendo del producto), es reversible y no interfiere con el acto sexual. La efectividad similar a la de los AO encuentra en torno al 99% (18).

#### **1.3.3. Implanon (Etonogestrel de 68 mg).**

El implante de etonogestrel 68mg es un anticonceptivo femenino. Se presenta bajo la forma farmacéutica de una pequeña varilla que se inserta bajo la piel, en la cara interna del brazo, por un médico u obstetra con ayuda de un aplicador específico (19). El principio activo etonogestrel, es una hormona femenina sintética parecida a la progesterona. Una vez implantada, la varilla libera continuamente una pequeña cantidad de etonogestrel a la sangre, lo que modifica el equilibrio hormonal del organismo y contribuye a evitar la ovulación. El implante de etonogestrel 68mg confiere protección durante tres años; concluido dicho periodo, debe ser retirado (20). El índice de liberación es de 60-70  $\mu\text{g}/\text{día}$ , en la semana 5 a

la 6 y tiene una disminución de aproximadamente 35-45 ug/día al final del primer año; 30-40 µg/día, al final del segundo año; y de 25-30 µg/día al final del tercer año. A la semana de su retiro, los valores de la progestina son indetectables en el suero, lo que indica un rápido retorno a la fertilidad (21).

### **Indicaciones.**

Está indicado en las siguientes circunstancias:

- Mujeres en edad reproductiva que desean anticoncepción continua y espaciar sus futuros embarazos.
- Las que no toleran los efectos colaterales de los anticonceptivos orales.
- En las mujeres en que difícil recordar la toma de la pastilla diariamente, un parche semanal o un anillo mensual.
- Las que tienen contraindicaciones para el uso del dispositivo intra uterino.
- En las mujeres que han completado su descendencia, pero no desean esterilización permanente.
- Tienen la ventaja adicional que se pueden insertar en el postparto inmediato y no afectan la lactancia (22).

### **Mecanismos de acción.**

El principal efecto anticonceptivo es la inhibición de la ovulación; por lo que se mantienen niveles bajos de FSH y estradiol, asociándose esto a una elevada viscosidad del moco cervical. En cierto grado, los anticonceptivos solos, a base de progestágeno, alcanzan su eficacia a través del efecto de inhibición de la ovulación a nivel hipotalámico y de la hipófisis (23). La supresión de FSH y LH previene la ovulación, en consecuencia, el cuerpo lúteo está ausente y los niveles naturales de progesterona son bajos. La inhibición de la ovulación se puede determinar por la ausencia del pico de LH, durante los dos primeros años. Aunque la ovulación está inhibida, aún puede estar presente una actividad ovárica sustancial, la cual se puede evaluar por medio de la medición de gonadotropinas y la vigilancia del desarrollo folicular, por ecografía. Con la presencia de folículos preovulatorios que secretan cantidades normales de estradiol, lo que sugiere una bioactividad normal durante el uso de Etonogestrel. Por lo que, los síntomas de deficiencia de estrógeno y los efectos sobre la densidad mineral ósea no se observaron durante el uso del método (24).

La administración de progestinas aumenta la viscosidad del moco cervical y contribuye a la eficacia anticonceptiva, a través de la inhibición de la penetración del espermatozoide. Éste es un efecto adicional importante que contribuye a la eficacia anticonceptiva. Por otra parte, durante el uso de este implante se observó una disminución del grosor del endometrio (promedio de 4 mm). En un estudio específico de la morfología se mostró que, en la mayoría de las mujeres, el endometrio estaba inactivo o es débilmente proliferativo (25). La acción anticonceptiva es reversible, lo cual se confirma por la rápida reanudación de los ciclos menstruales normales una vez que se ha retirado el implante. Aunque Etonogestrel inhibe la ovulación, la actividad ovárica no se suprime completamente. Las concentraciones medias de estradiol permanecen por arriba del nivel observado al principio de la fase folicular (23).

#### **Propiedades farmacocinéticas:**

- **Absorción:** Tras la inserción del implante, etonogestrel pasa rápidamente a la circulación. Se alcanzan concentraciones de inhibición de ovulación en el intervalo de 1 día. Las concentraciones séricas máximas (entre 472 y 1270 pg/ml) se alcanzan en el intervalo de 1 a 13 días. La velocidad de liberación del implante disminuye con el tiempo. En consecuencia, las concentraciones séricas disminuyen rápidamente en los primeros meses. Al final del primer año su concentración media es de aproximadamente 200 pg/ml (intervalo 150-261 pg/ml), que disminuye lentamente a 156 pg/ml (intervalo 111-202 pg/ml) hacia el final del tercer año. Las variaciones observadas en las concentraciones séricas pueden atribuirse parcialmente a diferencias en el peso corporal (25).
- **Distribución:** Etonogestrel se une en un 95,5-99% a las proteínas séricas, predominantemente a la albúmina y en un menor grado a la globulina transportadora de hormonas sexuales. Los volúmenes de distribución central y total son de 27 l y 220 l, respectivamente, y prácticamente no varían durante el uso de etonogestrel 68 mg (25)
- **Metabolismo:** Etonogestrel sufre hidroxilación y reducción. Los metabolitos se conjugan a sulfatos y glucurónidos. Los estudios en animales muestran que la circulación enterohepática probablemente no contribuye a la actividad progestagénica de etonogestrel (25)
- **Excreción:** Tras la administración intravenosa de etonogestrel, la semivida de eliminación media es aproximadamente de 25 horas y el aclaramiento sérico es aproximadamente de 7,5 l/hora. Tanto el aclaramiento como la semivida de eliminación permanecen constantes durante el período de tratamiento. La excreción de etonogestrel y sus metabolitos, tanto como esteroides libres o como conjugados, tiene lugar por la orina y las heces (cociente 1,5:1). Tras la inserción en mujeres lactantes, el etonogestrel se excreta en la leche materna con una relación leche/suero de 0,44-0,50 durante los primeros cuatro meses (25).

En mujeres que dan de lactar, la transferencia promedio de etonogestrel al niño es aproximadamente un 0,2% de la dosis diaria materna estimada absoluta de etonogestrel (2,2% cuando los valores están normalizados por kg de peso corporal). Las concentraciones muestran una disminución con el tiempo de forma gradual y estadísticamente significativa (26).

### **Eficacia.**

En relación a la eficacia del implante de Etonogestrel, UpToDate. Etonogestrel contraceptive implant. 2012. Mencionan que el implante de etonogestrel es uno de los anticonceptivos más eficaces disponibles, superando a las operaciones de esterilización en eficacia. Darney y colaboradores (2009) analizaron 11 ensayos clínicos en las que participaron 942 mujeres por 2 a 4 años (estudios realizados por el fabricante y presentados a la FDA para su autorización), mostraron que el implante de etonogestrel fue bien tolerado y efectivo: no se produjeron embarazos mientras las mujeres estaban utilizando este método de anticoncepción. Seis embarazos se reportaron durante los primeros 14 días después de la extracción del implante. El fabricante cita un índice de Pearl de 0.38 embarazos por cada 100 mujeres/año de uso, que es similar a la de los otros métodos anticonceptivos de acción prolongada (28).

### **Efecto y tiempo de duración.**

El implante empieza a hacer efecto 8 horas después de que se ha colocado y dura alrededor de tres a cinco años, dependiendo del tipo de implante. Se recomienda utilizar un segundo método anticonceptivo durante los primeros 7 días y no dejar pasar más de tres años para hacer un cambio de implantes si se desea continuar con el tratamiento ya que existe riesgo de embarazo en ese intervalo (29).

### **Efectos sobre la fertilidad futura.**

Una vez extraído los niveles hormonales retornan a la normalidad dentro de las primeras 48 horas de haber removido el implante SUBDÉRMICO, por lo que la mayoría de las mujeres vuelven a ser fértiles al mes de la remoción. La tasa de embarazos durante el primer año, luego de la extracción, es similar al de mujeres que no usan ningún método anticonceptivo. No se presentan efectos a largo plazo sobre la fertilidad futura, ni sobre la tasa de embarazo ectópico, aborto espontáneo, muerte neonatal o malformaciones congénitas (29).

### **Efectos adversos**

En relación a los efectos hormonales no relacionados con el patrón menstrual la revisión Cochrane 2007 cita a Urbancsek 1998 quien ya había combinado los datos de siete ensayos

realizados por el productor (Órganon) e indica que los efectos secundarios hormonales más frecuentes fueron acné 18,5%, cefaleas 16,8%, dolor mamario 9,8% y aumento del peso corporal 6,5 %. En relación a los efectos metabólicos, específicamente relacionados con el metabolismo de los lípidos, los estudios son muy limitados, pero no han reportado cambios significativos en cuanto a los niveles de colesterol total, triglicéridos, colesterol HDL, LDL, ni apolipoproteínas (21).

En cuanto al metabolismo de los carbohidratos se ha observado un incremento de los niveles de insulina durante estudios de tolerancia a la glucosa, lo cual sugiere una leve resistencia a la insulina (30). En lo referente a la hemostasia y función tiroidea, no existen datos que sugieran cambios clínicamente relevantes (31). Los implantes de anticonceptivos de liberación prolongada no inducen la pérdida ósea significativa, a pesar de la creación de un estado relativamente hipoestrogénico y en contraste con otros métodos anticonceptivos de progestina, medroxiprogesterona de depósito (19).

**Trastornos menstruales:** El patrón de sangrado puede variar desde amenorrea, sangrado irregular y sangrado prolongado. Los trastornos menstruales más frecuentes son los tipos de sangrado como amenorrea y episodios de sangrado-goteo, con una incidencia de 20.8 a 26.1% (32). Las mujeres que discontinúan el método son las que experimentan más días de sangrado y un sangrado más frecuente y prolongado. En los estudios el implante de Etonogestrel, 40% de las mujeres experimentaron dismenorrea, antes de la inserción y en 88% de estos casos desapareció o se redujo (30). En relación a la interrupción del método debido a hemorragia vaginal Cochrane (2007) informó diferencias significativas según la zona geográfica, así las mujeres europeas presentaron mayor probabilidad de interrumpir el uso debido a trastornos menstruales (30%) en comparación con las mujeres de Asia Meridional (0.9%), por otra parte, el patrón de hemorragia irregular constituyó el patrón menos aceptable mientras que amenorrea rara vez constituyó causa de abandono (33).

**Libido:** A pesar de que no existen pruebas concluyentes en relación a los efectos de las progestinas en la inhibición del deseo sexual, múltiples estudios reportan una disminución de la libido en las usuarias de implantes de Etonogestrel, las frecuencias de presentación son variables. En su estudio acerca de la eficacia y seguridad del implante de Etonogestrel, identifica frecuencias de disminución de la libido de 1% en la población Húngara a los 2 años de uso y 0% a los tres años de uso en la misma población, mientras reporta también un 4.8% en la población general (32).

**Malestar psicológico:** En relación a síntomas relacionados con la esfera psicológica los estudios identifican una serie de patologías como nerviosismo, depresión, ansiedad, cambios de humor, labilidad emocional **(30)**.

#### **Contraindicaciones.**

Las contraindicaciones para el uso de este método anticonceptivo es el embarazo, ya que al iniciar este método anticonceptivo existe el riesgo de que se produzca un aborto; neoplasias de mama pueden verse favorecidos por el uso de hormonas, haciéndolos crecer más y con mayor velocidad; padecimientos tromboembólicos venosos activos, el padecer esta enfermedad o tener factores de riesgo para desarrollarla podría provocar que al iniciar con el uso de hormonas la enfermedad se acentúe, poniendo en riesgo a la usuaria de desarrollar coágulos que pueden llegar a cerebro o pulmón; enfermedades del hígado o riñón, provocando un deterioro rápido de estas enfermedades; problemas del corazón como infartos, el uso de anticonceptivos hormonales puede aumentar el riesgo de re infarto; sangrados uterinos anormales no diagnosticados, migraña y reacción alérgica a los componentes del implante **(34)**.

- Embarazo conocido o sospechado.
- Antecedentes o historia actual de trombosis.
- Tumores hepáticos, benignos o malignos o enfermedad hepática activa.
- Sangrado genital anormal no diagnosticado.
- Cáncer de mama conocido o sospechoso, antecedentes personales de cáncer de mama u otro cáncer sensible a progestina ahora o en el pasado.
- Reacción alérgica a algunos de los componentes.
- Mujeres con sobrepeso: el implante de etonogestrel puede llegar a ser menos efectivo en mujeres con sobrepeso, especialmente en presencia de otros factores que disminuyan las concentraciones de etonogestrel, tales como el uso concomitante de inductores de la enzima hepática **(23)**

**1.3.4. Factores determinantes hacia el uso del implanon, tenemos los siguientes:**

#### **Factores socio demográficos.**

Nos indicaran las características personales como edad, el grado de instrucción, estado civil que van a intervenir en la decisión de elegir algún método anticonceptivo, en este caso el implante su dérmico **(11)**.

**Factores reproductivos.**

Nos mostraran los siguientes aspectos: el inicio de las relaciones sexuales, edad del primer embarazo, la condición obstétrica de la usuaria, la paridad y la historia anticonceptiva de la usuaria (11).

**Factores psicológicos.**

Abarcaremos la toma de decisión y la motivación que tiene la usuaria para haber elegido este método anticonceptivo. La toma de decisión es una responsabilidad y un compromiso. Cuando se toma una decisión hay que aceptar que tendremos que renunciar a lo que no se elige, porque no se pueden elegir dos cosas que se contraponen, en este caso se tienen que conocer las características del método anticonceptivo a usar para realizar una buena elección. Por motivación se entiende la compleja integración de procesos psíquicos que efectúa la regulación inductora del comportamiento pues determina la dirección, intensidad y el sentido del comportamiento. La motivación despierta, inicia, mantiene, fortalece o debilita la actividad del comportamiento y pone fin al mismo, una vez lograda la meta que el sujeto persigue (35).

**Factores de información.**

Dentro de los factores de información abarcaremos el medio de información, la consejería y la orientación en Planificación Familiar de este método anticonceptivo y sobre el profesional de salud que la brindó (11).

**1.3.5. Relación de pareja.**

La relación de pareja es una dinámica relacional humana que va a estar dada por diferentes parámetros dependiendo de la sociedad donde esa relación se da. Estudiar el fenómeno de ser pareja amerita conocer el contexto cultural en donde ambos individuos han sido formados y donde se desenvuelven, ya que esto influirá directamente en la forma en que ambos ven y actúan dentro de una relación. La relación de pareja es un vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas. Dentro de lo que se entiende por relación de pareja aparecen el noviazgo, el concubinato y el matrimonio (36).

Las características de las relaciones de pareja dependen de cada cultura y de la época. En la actualidad, es frecuente que las parejas permanezcan como noviazgo durante varios años antes de casarse o que incluso opten por no contraer matrimonio. Décadas atrás, en cambio, la convivencia sin matrimonio solía ser condenada a nivel social (36).

## **Los componentes de la relación de pareja.**

Toda relación de pareja es una mezcla de biología y cultura que se funda en cuatro pilares: compromiso, intimidad, romance y amor:

**El componente biológico: el amor:** La neurobiología actual nos entrega información sobre el proceso del amor romántico como una función dada por ciertas estructuras cerebrales y por neurotransmisores específicos que son necesarios para la experiencia amorosa. Los mamíferos y las aves han desarrollado tres sistemas cerebrales de motivación-emoción que actúan en serie: El deseo o apetito sexual, con una finalidad de apareamiento con cualquier pareja apropiada; una atracción o amor romántico, con una finalidad reproductiva con una pareja específica y un apego duradero de pareja con un fin de crianza de la prole (37).

Desde un punto de vista biológico el amor es la necesidad fisiológica de una pareja exclusiva para la cópula, la reproducción y la crianza, y cuya satisfacción genera placer. Por lo tanto, esto es un proceso que no es exclusivamente humana ya que esta conducta se observa en otras especies animales. Basándose en esto el amor puede clasificarse en dos tipos: amor romántico y el amor materno, teniendo ambos una finalidad de reproducción y crianza, existiendo muchas estructuras neurales en común, pero siendo el deseo sexual (inexistente en el amor materno) la gran diferencia entre ambos (38).

**El compromiso:** Este componente de la relación romántica hace referencia al interés y responsabilidad que se siente por una pareja y por la decisión de mantener dichos intereses con el transcurso del tiempo pese a las posibles dificultades que puedan surgir, debido a que se cree en lo especial de la relación (39).

**La intimidad:** tiene que ver con el apoyo afectivo, el conversar, la capacidad de contar cosas personales y profundas a la pareja, la confianza, la seguridad que se siente con el otro, temas y preferencias en comunes, el dar apoyo a la pareja, al estar dispuesto a compartir aspectos económicos y emocionales etc. “Este componente tiende a aumentar con tiempo de duración de la relación debido a la reciprocidad de auto revelaciones y del número de episodios, metas, amistades, emociones, lugares, etc. compartidos (y una vez llegado al máximo tiende a estabilizarse (40).

**El romance (también llamada pasión romántica por Yela, 1997):** se refiere a las conductas establecidas por cada sociedad como las adecuadas para generar la atracción y el posterior interés que se mantiene en el tiempo de una pareja en una relación, en otras

palabras, el romance es un conjunto de acciones que en una sociedad son conceptualizadas como demostrativas del interés de pareja que un individuo tiene o mantiene en referencia a otro (41).

### **Relaciones sexuales.**

El sexo es uno de los reforzadores más importantes de la pareja, sin embargo, el criterio para considerar una relación sexual como satisfactoria no reside tanto en la calidad o buena ejecución de las distintas fases de la respuesta sexual como en la percepción subjetiva de adecuación. La satisfacción sexual es, por tanto, una respuesta afectiva que surge de la valoración subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas a la relación sexual y que ha sido asociada a la estabilidad de la relación). Por otra parte, la insatisfacción sexual puede deberse al desacuerdo en la frecuencia de las relaciones sexuales, discrepancias en los criterios acerca de algunos comportamientos sexuales o cuestiones más fisiológicas como son diferencias en las fases de la respuesta sexual o en el nivel de deseo de cada miembro de la pareja. Paralelamente a estos aspectos, en la vida sexual de las parejas, es necesario considerar los prejuicios sexuales, las expectativas e ideales sobre la calidad y las inseguridades personales, aspectos que compiten con la respuesta sexual humana y tienen un efecto inhibitorio sobre la misma. Los estándares de ejecución tanto para el hombre como para la mujer, son también motivo de insatisfacción. Todo aspecto psicológico que eleve el nivel de ansiedad de un modo excesivo supone un obstáculo de la respuesta sexual debido a que, a nivel biológico, la ansiedad tiene prioridad como respuesta por su función para la supervivencia de la especie (42). Sin embargo, existen autores que mantienen que el descenso de la pasión sexual dependerá de variables de la relación como una buena comunicación sexual y el grado de intimidad (Gottman y Silver, 2001) (43).

### **1.4. Justificación**

La OMS publicó cifras alarmantes, mencionando que existen 225 millones de personas del sexo femenino en países en desarrollo, que deseaban tener una buena planificación familiar, pero no usaban ningún método anticonceptivo por el temor a reacciones adversas que han sufrido con otro contraceptivo previo (1). Si bien en nuestro país se desarrolla con amplia cobertura el programa nacional de planificación familiar, es importante que la prestación del servicio de anticoncepción debe desarrollar actividades de información, orientada a los/as usuarias/os a adoptar las conductas de doble protección, que representa una excelente

intervención para reducir la frecuencia de ITS/VIH y de embarazos no deseados; consecuentemente garantizar una realización plena e integradora de las relaciones de pareja (2).

En este estudio se pondrá especial interés para investigar diferencias sobre la satisfacción sexual y relaciones de pareja en las usuarias de implanon, vinculados con las propias actitudes y prácticas de la usuaria asociadas con factores determinantes como la edad, el estado civil, la escolaridad, el tiempo de convivencia con la pareja, entre otros. Será muy importante como resultado si la usuaria del implanon, en cuanto a su efecto ligado a la vivencia de naturalidad y libertad que provoca su uso, beneficia la vida sexual. Se ha realizado sendas visitas al establecimiento del Centro de Salud Morales para indagar sobre la realidad problemática del objeto de estudio, lo que nos permitió formular el problema y determinar su factibilidad; asimismo permitieron también coordinar con las autoridades del establecimiento de salud quienes nos brindaron todas las facilidades para realizar el presente estudio, utilizando la metodología propuesta en el proyecto; además de tener el beneficio de soporte económico ya que se contó con el financiamiento de la UNSM-T 2018, a través de fondo para Concurso de Proyectos de Tesis de Pregrado.

Es por ello que el estudio tiene como objetivo principal determinar la influencia de los factores determinantes del uso del implanon en la satisfacción de la relación pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, cuyos hallazgos permitan tener mayor información sobre el problema. Asimismo, se tiene la advertencia de que el implanon como método anticonceptivo de larga duración a pesar de ser un método de alta eficacia y de larga duración es poco conocido ya sea por la escasa promoción y difusión y porque el estado no abastece lo suficientemente a las instituciones de salud con este tipo de método. Este estudio es pertinente porque puede ser útil para que las instituciones encargadas de atender a las mujeres en edad fértil y su pareja los ayuden a resolver uno de los problemas de salud sexual y reproductiva relacionadas a la satisfacción de la vida en pareja y que son poco visibles, pero de gran trascendencia en la consolidación de la familia y la sociedad. La importancia de esta investigación radica, entonces, en el impacto social que pudiera tener en un futuro ya que la información obtenida se va a canalizar a las autoridades competentes.

Finalmente, los resultados de este estudio servirán como aporte de conocimientos para las futuras intervenciones que se realicen en el programa de planificación familiar con respecto al método anticonceptivo, con el fin de obtener resultados que exhorten a que el método

anticonceptivo implanon sea más promocionado, accesible y así exista más cobertura para las usuarias del programa de planificación familiar.

### **1.5. Problema.**

¿Cuál es la influencia de los factores determinantes al uso del implanon, en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales; agosto- diciembre 2018?

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general.**

Determinar la influencia de los factores determinantes del uso del implanon en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto– diciembre 2018.

### **2.2. Objetivos específicos:**

1. Identificar las características sociodemográficas de las usuarias de implanon como método anticonceptivo atendidas en el Centro de Salud de Morales
2. Identificar las implicancias de los factores sociodemográficos en el uso del implanon según dimensiones sociodemográficas, reproductivas, psicológicas y de información en usuarias del Centro de Salud de Morales
3. Evaluar la satisfacción de la relación de pareja en usuarias de implanon como método anticonceptivo, atendidas en el centro de salud Morales
4. Valorar el factor determinante de mayor influencia en la satisfacción de la relación de pareja en las usuarias de implanon atendidas en el centro de salud Morales.

### **2.3. Hipótesis de investigación.**

Los factores determinantes favorables hacia el uso del implanon generan vínculos satisfactorios en la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto – diciembre 2018.

## 2.4. Operacionalización de variables.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	ITEMS	Escala de medición
<b>Variable independiente:</b>  <b>Factores determinantes</b>	Son circunstancias que contribuyen a que se genere un efecto en el ser humano u objeto.	Referido a como los factores determinantes influyen o genera un efecto en la decisión sobre el uso del implanon.	<b>Factores sociodemográficos</b>	Edad	15-25 años 26-35 años 36-45 años Mayor de 45 años	Ordinal
				Grado de instrucción	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior No Universitario completa Superior No Universitario completa Superior Universitario completa Superior Universitario completa	Ordinal
				Estado civil	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda	Nominal
				Inicio de relaciones sexuales	Antes de 13 años 13-15 años 16-18 años Mayor de 18 años	Nominal
			<b>Factores reproductivos</b>	Paridad	Nulípara Multípara Gran multípara	Nominal
				Primer embarazo	Antes de los 15 años 16 -25 años 26- 45 años Mayor de 45 años	Nominal
				Condición Obstétrica	Post aborto Puérpera parto vaginal Puérpera parto cesárea Paciente de intervalo	Nominal

				Uso de método anticonceptivo antes de la última gestación	Usuaría No usuaria	Nominal
				Tipo de método anticonceptivo utilizado antes de la última gestación	Natural Preservativo Píldoras anticonceptivas Inyectable mensual Inyectable trimestral DIU Ninguno	Nominal
			<b>Factores psicológicos</b>	Decision	Si No	Nominal
				Motivación	Totalmente motivada Muy motivada Motivación moderada Poco motivada	Ordinal
				Opinión de la Pareja	Si No	Nominal
				Opinión de terceros	Favorable Desfavorable	Nominal
			<b>Factores de información</b>	Medio de información	Charla Consejería en Planificación Familiar Internet Folletos, trípticos Recomendación Ninguna	Nominal
				Información	Si No borrar	Nominal
				Informante	Profesional de salud No profesional de salud	Nominal
				Ventajas del Método	Mayor efectividad anticonceptiva Tiempo de protección anticonceptiva Menos Efectos secundarios	Nominal
						Si No fue la necesaria No

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	ITEMS
Variable dependiente:  <b>Satisfacción de la relación de la pareja</b>	Es un vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas. Una relación de pareja puede estar formada por un hombre y una mujer, por dos hombres o por dos mujeres	Es el análisis del grado en que la relación de pareja se siente a gusto o satisfecho con el uso del implanon.	Satisfacción con la interacción de pareja (1-10)	Satisfacción baja: 34-68 Puntos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La frecuencia con la que mi pareja me dice algo bonito.</li> <li>2. La forma como mi pareja trata de solucionar los problemas.</li> <li>3. El tiempo que dedica a mí.</li> <li>4. La forma como se comporta cuando está de mal humor.</li> <li>5. La comunicación con mi pareja.</li> <li>6. La forma como se organiza mi pareja.</li> <li>7. El cuidado que mi pareja le tiene a su salud.</li> <li>8. El tiempo que dedica a sí mismo.</li> <li>9. La frecuencia con la que mi pareja me abraza.</li> <li>10. El tiempo que mi pareja dedica a nuestra relación.</li> <li>11. Las prioridades que mi pareja tiene en la vida.</li> <li>12. La atención que mi pareja pone a mi apariencia.</li> <li>13. La forma como pasa su tiempo libre.</li> <li>14. Las reglas que mi pareja hace para que se sigan en casa.</li> <li>15. La forma como mi pareja se comporta cuando está enojado.</li> <li>16. La conducta de mi pareja frente a otras personas.</li> <li>17. La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales.</li> <li>18. La forma como se comporta cuando está preocupado.</li> <li>19. La reacción de mi pareja cuando no quiere tener relaciones sexuales.</li> <li>20. El tiempo que pasamos juntos.</li> <li>21. La forma como se comporta cuando está triste.</li> <li>22. El interés que mi cónyuge pone a lo que yo hago.</li> <li>23. La puntualidad de mi pareja.</li> <li>24. El grado al cual mi pareja me atiende.</li> <li>25. Estoy satisfecha en mi relación de pareja.</li> <li>26. Disfruto de la compañía de mi pareja.</li> <li>27. Me divierto mucho con mi pareja.</li> <li>28. Ninguna persona podrá hacerme feliz como lo hace mi pareja.</li> <li>29. Mi pareja me hace saber cuán satisfecho está en la relación.</li> <li>30. Disfruto mucho el sexo con mi pareja.</li> <li>31. Confío plenamente en mi pareja.</li> <li>32. Me siento conectado/a con mi pareja.</li> <li>33. Mi pareja es el amor de mi vida.</li> <li>34. Me siento completamente lleno/a en mi relación de pareja.</li> </ol>

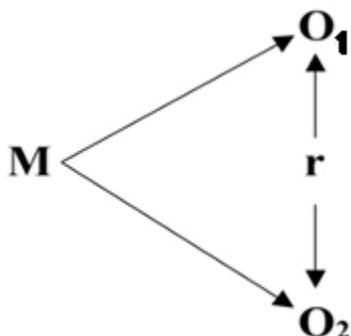
### III. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1. Tipo de estudio.

La investigación fue básica, descriptiva, cuantitativa, transversal prospectivo, correlacional.

#### 3.2. Diseño de investigación.

El diseño fue correlacional gráficamente, se expresa de la siguiente manera:



#### Donde:

**M** : Usuarias del implanon del Centro de Salud Morales

**O<sub>1</sub>** : Factores determinantes al uso del Implanon

**O<sub>2</sub>** : Satisfacción de la relación de pareja.

**r** : relación entre las variables.

#### 3.3. Universo, población y muestra.

##### Universo:

Estuvo conformado por todas las usuarias del servicio de planificación familiar del centro de salud de Morales del 2018.

##### Población:

La población estuvo conformada por 139 usuarias del implanon, del centro de salud de Morales. (Fuente: Registro estadístico de atención materno perinatal del Centro de Salud de Morales)

##### Muestra:

Estuvo conformada por 58 usuarias de implanon que acuden a los servicios de obstetricia del Centro de Salud de Morales periodo agosto– diciembre 2018.

**Técnica de muestreo.**

Probabilístico, intencionado al estudio.

**Unidad de análisis.**

Una usuaria de implanon del centro de salud de Morales.

**3.3.1. Criterios de selección.****3.3.1.1. Criterios de Inclusión.**

- Usuaris del implanon del Centro de Salud de Morales que acepten participar del proyecto.
- Usuaris del implanon que estén lucidas, orientadas en tiempo espacio y persona.

**3.3.1.2. Criterios de Exclusión.**

- Mujeres en edad fértil mayores de 48 y menores de 15 años de edad.
- Usuaris migrantes de otros establecimientos de salud.

**3.4. Procedimiento**

- Se realizó la revisión bibliográfica y se elaboró el proyecto de investigación.
- Se presentó ante la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSM-T, para su revisión y aprobación correspondiente.
- Se solicitó el permiso pertinente al director del Centro de Salud de Morales, para respectiva explicación del motivo de la investigación, ante tal aceptación permitida se procedió a recaudar la información necesaria de las usuarias del implanon, lo cual facilitó la ejecución de la presente investigación.
- Una vez obtenida la información se realizó la encuesta, explicando a cada usuaria, en que consiste la investigación y cuánto tiempo va a durar dicha encuesta. La encuesta tuvo una duración de 20 a 30 minutos en promedio.
- Posteriormente a la aplicación de la encuesta, se procedió con la organización, análisis e interpretación de los resultados y su respectiva formulación de los cuadros estadísticos.
- Se elaboró el informe final de acuerdo a la estructura establecida por la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Se presentó el informe final a la Facultad de Ciencias de la Salud para su revisión, aprobación y designación de jurados, y la sustentación para la defensa respectiva.

### **3.5. Métodos e instrumento de recolección de datos:**

La técnica utilizada fue la encuesta y su aplicación de la escala de satisfacción en la pareja (ESP-10). Para la primera variable la técnica más idónea para medirla fue a través de la utilización de un cuestionario para determinar los factores que determinan el uso del implanon en las usuarias del centro de salud.

El cuestionario fue tomado del autor Tello Huaranga. Lima- Perú, año 2015, el mismo estuvo conformado por 18 preguntas estructuradas con la intención de cumplir los objetivos del estudio. A través de este instrumento se recolectaron los datos correspondientes a los diversos factores que podrían determinar el uso del implanon como método anticonceptivo, agrupados en factores sociodemográficos, reproductivos, psicológicos y de información (Ver anexo 2).

La validación del instrumento, fue sometido a un juicio de expertos (5) por el autor, entre obstetras y médicos del Instituto Nacional Materno Perinatal, cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para establecer la validez del instrumento. Para analizar la confiabilidad del instrumento el autor utilizó la prueba Alpha cronbach aplicable a escalas de varios valores posibles, obteniendo un coeficiente igual a 0.70, el cual para fines de investigación es considerado aceptable.

No obstante, solo se evaluó si existe la presencia del indicador o no en la usuaria.

Para la segunda variable “satisfacción de la relación de pareja” se utilizó una fusión de dos instrumentos en la cual tenemos el instrumento escala de satisfacción en la pareja (ESP-10.), fue desarrollada por Gonzales Rivera y un grupo de estudiantes de psicología de la Universidad Carlos Albizu (Puerto Rico). Este instrumento pretende medir de forma subjetiva cuan satisfecho se encuentra una persona en su relación de pareja en un modelo unidimensional. La siguiente escala estuvo constituida por 10 ítems, lo cual fue fusionada con la escala de satisfacción marital (ESM), creada por Pick y Andrade (1988) con el objeto de desarrollar un instrumento con visión multidimensional, que permitió reportar niveles de validez, confiabilidad y deseabilidad social en el campo de la evaluación de pareja lo cual se adaptó al modelo del presente proyecto y así lograr los fines requeridos de la misma.

Dicho instrumento, constó de 24 ítems distribuidos en tres dominios: i) satisfacción con la interacción de pareja (ítems 1-10); ii) satisfacción con los aspectos emocionales de la pareja (ítems 11-15) y iii) satisfacción con los aspectos organizacionales y estructurales de la relación (ítems 16-24). La satisfacción con los aspectos emocionales de la pareja, se refiere a la satisfacción que un miembro de la pareja expresa en respuesta a las reacciones emocionales de su pareja. La satisfacción con la interacción marital, guarda relación con el

agrado que una pareja manifiesta a la hora de evaluar la dinámica sostenida con su pareja. Mientras que los aspectos organizacionales y estructurales de la relación, miden la satisfacción que se produce como resultado de la forma en que los miembros de una pareja se organizan, establecen y cumplen las reglas.

Cada uno de los ítems, tuvo tres opciones de respuesta que permitieron expresar el nivel de satisfacción del individuo, respecto a lo que se plantea en la afirmación: 1 = me gustaría muy diferente, 2 = me gustaría algo diferente y 3 = me gusta cómo está pasando (Pick y Andrade, 1988a). Para calificar, se asumió que la satisfacción se mueve en un continuo de 48 puntos dentro de una escala de intervalos, con un valor de referencia de 24 puntos y un máximo de 72; de modo que entre mayor satisfacción con la situación de pareja más cercano se está del máximo de la escala.

En conclusión, al fusionar los dos instrumentos se evaluó la satisfacción de pareja de una forma unidimensional y multidimensional; en la cual evaluamos en cuatro dominios en la cual tuvimos I) satisfacción con la interacción de pareja (ítems 1-10), II) satisfacción con los aspectos emocionales de la pareja (ítems 11-15) , III) satisfacción con los aspectos organizacionales y estructurales de la relación (ítems 16-24) y IV) satisfacción en forma subjetiva; y fueron valoradas según la escala ESP-10 en 4 niveles: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, De acuerdo y Totalmente de acuerdo; cuyo valor fue de 1 a 4 puntos según las 34 afirmaciones vertidas por el entrevistado, haciendo una puntuación total de 136 puntos.

La clasificación de la satisfacción de la relación de pareja se realizó a través de la prueba de Stanones, aplicada para dicho fin, tal como se detalla:

Bajo: De 34 - 68 puntos

Medio: De 69 - 102 puntos

Alto: De 103- 136 puntos. (Ver Anexo 2)

### **3.6. Plan de tabulación y análisis de datos.**

Los datos recolectados fueron tabulados y procesados, previa elaboración de una ficha de recolección de datos, en forma ordenada en el programa Microsoft Excel. El análisis e interpretación fue mediante el programa estadístico SPSS vs. 21.0. En el análisis estadístico se realizó estadística univariada (descriptiva) obteniendo frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (media y mediana). Para el análisis estadístico no ajustado se empleó estadística bivariada con la prueba chi cuadrado. El cálculo se realizó a nivel de confianza del 95%. Se aplicó la prueba Z cuando la prueba chi cuadrada resultó significativa. Para el

análisis de los datos de la segunda escala “satisfacción de la relación de la pareja” se realizó a través de la suma de los puntos de cada uno de los 10 ítems que contiene la escala y de acuerdo al total de la suma se designó el grado de satisfacción de la relación de pareja ya sea bajo, medio o alto de acuerdo al puntaje.

### **3.7.Aspectos éticos**

Se solicitó la participación voluntaria de las usuarias de implanon, previo consentimiento de la institución a quien se realizó la presentación y explicación de la investigación. Además, se respetó los principios universales de la ética como confidencialidad y privacidad, principios, respeto, autonomía, veracidad, no maleficencia y beneficencia en todos los aspectos del estudio: Confidencialidad y privacidad: La información recogida fue confidencial. Nadie, excepto el investigador y sus asociados, tuvieron acceso a la información. Principios: el investigador ha conducido el estudio con honestidad, responsabilidad y prudencia. Respeto: por las personas, considerando que lo más importante es promocionar el bienestar de estas buscando mejorar su calidad de vida. Autonomía: se propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Veracidad: Principio que nos invita a presentar a las autoridades la información sin ser manipulada. No maleficencia: se refiere a la obligación de evitar hacer daño a otros. Beneficencia: buscamos con el proyecto actuar en beneficio de otros.

## IV. RESULTADOS

**Tabla 1.** Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según características sociodemográficas.

CARACTERÍSTICAS	N°	%	SIG. X <sup>2</sup> p<0.05
<b>Edad</b>			
15 a 25 Años	20	34,5	0.004
26 a 35 Años	20	34,5	Prueba es significativa
36 a 45 Años	15	25,9	
Mayor de 45 Años	3	5,2	
<b>Grado de instrucción</b>			
Primaria Completa	2	3,4	0.000
Primaria Incompleta	6	10,3	Prueba es significativa
Secundaria Completa	10	17,2	
Secundaria Incompleta	9	15,5	
Superior No Universitaria Incompleta	20	34,5	
Superior No Universitaria Completa	4	6,9	
Superior Universitaria Incompleta	6	10,3	
Superior Universitaria Completa	1	1,7	
<b>Estado civil</b>			
Soltera	6	10,3	0.001
Casada	24	41,4	Prueba es significativa
Conviviente	28	48,3	
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

La tabla 1, uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, referido a las características sociodemográficas se observa que el 34,5% (20 usuarias) usuarias de implanon se ubican en los grupos de edad entre 15-25 años; el 34,5% (20 usuarias) entre 26-35 años; el 25,9% (15 usuarias) entre 36 a 45 años; y, el 5,2% (5 usuarias) pertenecen al grupo de edad mayor de 45 años. Con respecto al grado de Instrucción, el 34,5% (20 usuarias) usuarias de implanon tienen grado de instrucción superior no universitaria incompleta; el 17,2% (10 usuarias) secundaria completa; 15,5% (9 usuarias) cuenta secundaria incompleta; y, el 10,3% (6 usuarias) primaria incompleta. Asimismo, el Estado Civil, el 48,3% (28 usuarias) son de estado civil convivientes; el 41,4% (24 usuarias) son casadas; y, el 10,3% (6 usuarias) usuarias de implanon son de estado civil solteras. Con relación a la influencia de las características sociodemográficos en el uso de implanon, se encontró que todos los indicadores alcanzan un  $p < 0.05$ , lo que significa tiene una relación estadísticamente significativa.

**Tabla 2.** Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según Dimensión factores reproductivos.

<b>FACTORES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>SIG. p&lt;0.05</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
<b>Edad de primera relación sexual</b>				
Antes de 13 Años	2	3,4	0.001	
13 a 15 Años	23	39,7	Prueba es significativa	
16 a 18 Años	16	27,6		
Mayor de 18 Años	17	29,3		
<b>Paridad</b>				
Múltipara	57	98,3	0.000	
Gran Múltipara	1	1,7	Prueba es significativa	
<b>Edad de primer embarazo</b>				
Antes de los 15 Años	7	12,1	0.000	
16 a 25 Años	45	77,6	Prueba es significativa	
26 a 45 Años	6	10,3		
<b>Condición obstétrica</b>				
Puérpera Parto Vaginal	4	6,9	0.000	
Puérpera Parto Cesárea	2	3,4	Prueba es significativa	
Paciente de Intervalo	52	89,7		
<b>Uso de método anticonceptivo antes de última gestación</b>				
Siempre	32	55,2	0.000	
A veces	20	34,5	Prueba es significativa	
Nunca	6	10,3		
<b>Tipo método anticonceptivo antes de última gestación</b>				
Natural	6	10,3	0.000	
Preservativo	6	10,3	Prueba es significativa	
Píldoras Anticonceptivas	11	19,0		
Inyectable Mensual	3	5,2		
Inyectable Trimestral	31	53,4		
Ninguno	1	1,7		
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>		

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

La tabla 2, uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, referido a factores reproductivos, se observa que la edad de la primera relación sexual, el 39,7% (23 usuarias) usuarias de implanon, tuvieron el inicio de sus relaciones sexuales entre los 13 y 15 años de edad; el 29,3% (17 usuarias) después de los 18 años; y el 3,4% (2 usuarias) antes de los 13 años de edad. Con respecto a la paridad de las usuarias del implanon, el 98% (57 usuarias) tienen la condición de múltiparas. En lo referido a edad del primer embarazo, el 77,6% (45 usuarias) se embarazaron entre los 16 y 25 años;

y el 12,1% (7 usuarias) se embarazaron antes de los 15 años de edad. Asimismo, en la revisión de su condición obstétrica, las usuarias de implanon, el 89,7% (52 usuarias) son pacientes de intervalo; y, el 6,9% (4 usuarias) son puérperas de parto vaginal. En lo referido a uso de método anticonceptivo antes de la última gestación, se observa que, el 55,2 (32 usuarias) siempre usaron un método; el 34,5% (20 usuarias) usó algunas veces; y el 10,3% (6 usuarias) nunca usó un método anticonceptivo antes de la gestación. Luego, el tipo de método anticonceptivo antes de la última gestación, el 53,4% (31 usuarias) usó el método de inyectable trimestral; el 19,0% (11 usuarias) usó píldoras anticonceptivas; el 10,3% (6 usuarias) usaron preservativos y métodos naturales en la misma proporción. Con relación a la influencia de los factores reproductivos, se encontró que todos los indicadores alcanzan un  $p < 0.05$ , lo que significa que tiene una relación estadísticamente significativa.

**Tabla 3.** Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según dimensión factores psicológicos

<b>FACTORES</b>	<b>N° USUARIAS</b>	<b>% USUARIAS</b>	<b>SIG. P&lt;0.05</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
<b>Decisión para escoger implanon</b>				
Si	32	55,2	0.000	
Indecisa	24	41,4	Prueba es significativa	
No	2	3,4		
<b>Motivación para usar implanon</b>				
Totalmente Motivada	6	10,3	0.078	
Muy Motivada	18	31,0	Prueba no significativa	
Motivación Moderada	18	31,0		
Poco Motivada	16	27,6		
<b>Decisión de su pareja para uso de implanon</b>				
Si	22	37,9	0.088	
No	36	62,1	Prueba no significativa	
<b>Decisión de familiar o amigo para uso de implanon</b>				
Si	28	48,3	0.896	
No	30	51,7	Prueba no significativa	
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>		

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

La tabla 3, reporta el contraste Chi-cuadrado de la no implicancia de las categorías de los factores psicológicos en el uso del implanon en usuarias comprendidas en el estudio; al

respecto los factores: Motivación para usar implanon, Decisión de su pareja para el uso del implanon y Decisión de familiar o amigo para el uso del implanon, no son significativos, determinando que no tiene ninguna implicancia en el uso del implanon, reportan p-valores menores a 0.05 (0.078, 0.088 y 0.896 respectivamente); mientras que el factor psicológico Decisión para escoger implanon si es altamente significativo determinando su implicancia en el uso del implanon, reporta un p-valor de 0.000 y su categoría Si como la mayor presencia con porcentaje del 55.2%.

**Tabla 4.** Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según Dimensión factores de información.

<b>FACTORES</b>	<b>N° USUARIAS</b>	<b>% USUARIAS</b>	<b>SIG. P&lt;0.05</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
<b>Medio a través del que conoció el implanon</b>				
Charla	13	22,4	0.000 Prueba es significativa	
Consejería en Planificación Familiar	38	65,5		
Internet	3	5,2		
Folletos, Trípticos	2	3,4		
Recomendación	2	3,4		
<b>En consulta de planificación familiar, previo a implante del implanon recibió información sobre el método</b>				
Si	40	69,0	0.006 Prueba es significativa	
No	18	31,0		
<b>Encargado de proporcionar información sobre implanon</b>				
Obstetra	58	100,0	-----	
<b>La mejor ventaja del implanon, considerada después de recibir consejería y orientación</b>				
Mayor Efectividad Anticonceptiva	19	32,8	0.013 Prueba es significativa	
Tiempo de Protección Anticonceptiva	39	67,2		
<b>Considera que el proveedor de salud brindó información necesaria sobre el implanon</b>				
Si	35	60,3	0.000 Prueba es significativa	
No fue la Necesaria	9	15,5		
No	14	24,1		
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>		

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

La tabla 4, consigna el contraste Chi-cuadrado sobre las no diferencias en la probabilidad de ocurrencia en las categorías de los factores de información, en donde se registra que todos los factores ejercen implicancia implícita sobre el uso de implanon en las usuarias comprendidas en el estudio, sus p-valores son menores a 0.013 en todos los factores; siendo que en el factor Medio a través del que conoció el implanon, es la categoría Consejería en planificación familiar la que ejerce mayor importancia con un porcentaje del 65.5%; en el factor En consulta de planificación familiar, previo a implante del implanon recibió información sobre el método, la categoría Si tiene el 69% de presencia; el factor de Información La mejor ventaja del implanon, considerada después de recibir consejería y orientación, tiene como categoría relevante en el uso del implanon a su categoría Tiempo de protección anticonceptiva presente en el 67.2% de las usuarias; así mismo el factor Considera que el proveedor de salud brindó información necesaria sobre el implanon, tiene a su categoría Si como la de mayor aporte al uso del implanon con el 60.3% de usuarias.

**Tabla 5.** Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según evaluación de la satisfacción de la relación de pareja.

<b>SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN DE</b>	<b>N° USUARIAS</b>	<b>% USUARIAS</b>
<b>PAREJA</b>		
Satisfacción Baja	10	17,2
Satisfacción Media	39	67,2
Satisfacción Alta	9	15,5
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

La tabla 5, la Satisfacción de la Relación de Pareja de las usuarias del implanon como método anticonceptivo, al respecto mayoritariamente el 67,2% de ellas considera tener una Satisfacción Media, una satisfacción Alta es percibida en el 15,5% de usuarias y el 17,2% considera tener una Satisfacción Baja.

**Tabla 6.** Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según factores determinantes (sociodemográficas, reproductivas, psicológicas y de información) de mayor influencia en la satisfacción de la relación de pareja.

<b>FACTORES</b>	<b>X<sup>2</sup><sub>C</sub></b>	<b>g.l.</b>	<b>X<sup>2</sup><sub>T</sub></b>	<b>Significancia p &lt; 0.05</b>
Edad	8,127	6	12,59	0,229
Grado de Instrucción	6,324	14	23,68	0,958
Estado Civil	3,769	4	9,49	0,438
Edad Primera Relación Sexual	7,650	6	12,59	0,265
Número de Gestaciones	5,540	2	5,99	0,063
Edad Primer Embarazo	2,441	4	9,49	0,655
Condición Obstétrica	2,078	4	9,49	0,721
Usaba Método Anticonceptivo antes de Última Gestación	7,521	4	9,49	0,111
Tipo Método Anticonceptivo usado antes de Última Gestación	10,760	10	18,31	0,377
Decisión para escoger método implanon	2,636	4	9,49	0,621
Motivación para usar método implanon	1,786	6	12,59	0,938
Decisión de pareja para uso de implanon	,104	2	5,99	0,949
Decisión de familiares/amigos para uso de implanon	,468	2	5,99	0,791
Medio para conocer método implanon	12,060	8	15,51	0,149
Recibió información antes de inserción de implanon en planificación familiar	,544	2	5,99	0,762
Ventaja del Método de Implanon	5,629	2	5,99	0,060
Proveedor de salud brindo información acerca del implanon.	8,246	4	9,49	0,083

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

La tabla 6, muestra los resultados de medir la relación o asociación (posible influencia) de los factores sociodemográficos, reproductivos, psicológicos y de información con la característica Satisfacción de la Relación de Pareja, en las usuarias de implanon involucradas en el estudio; se utilizó la prueba Chi-Cuadrado con un nivel de significación del 5% ( $p < 0,05$ ) para realizar esta acción, consignando que no existe relación significativa con la mayoría de estos factores. La excepción son los factores Número de Gestaciones, Ventajas del Método de implanon y si Proveedor de Salud brindo Información acerca del implanon, que se aproxima a una relación significativa a un Nivel de Significación del 5%, registrando un p-valor de 0,063 (6,3%), 0,06 (6%) y 0,083 (8,3%) respectivamente. Esto implica que estos factores tendrían una cierta influencia en la Satisfacción de la Relación de Pareja en las usuarias participantes del estudio y por ende una cierta influencia en haber decidido por usar el Método Anticonceptivo del implanon.

**Tabla 7.** Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según factores reproductivos.

PARIDAD	SATISFACCIÓN DE RELACIÓN DE PAREJA						TOTAL	
	Baja		Media		Alta		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Múltipara	10	17,2	39	67,2	8	13,8	57	98,3
Gran Múltipara	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,7
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>17,2</b>	<b>39</b>	<b>67,2</b>	<b>9</b>	<b>15,5</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

La tabla 7, se observa la respuesta al ítem “Paridad”, el 98,3% considera como ventaja que la condición de múltipara “SI” influye en la satisfacción de la relación de pareja en las usuarias de implanon atendidas en el centro de salud Morales.

**Tabla 8.** Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según factores de información – ventajas del método.

VENTAJAS DE MÉTODO IMPLANON	SATISFACCIÓN DE RELACIÓN DE PAREJA						TOTAL	
	Baja		Media		Alta		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Mayor Efectividad Anticonceptiva	3	5,2	10	17,2	6	10,3	19	32,8
Tiempo de Protección Anticonceptiva	7	12,1	29	50,0	3	5,2	39	67,2
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>17,2</b>	<b>39</b>	<b>67,2</b>	<b>9</b>	<b>15,5</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

La tabla 8, se observa la respuesta al ítem “Ventajas del método implanon”, el 67,2% considera como ventaja el tiempo de protección anticonceptiva del implanon “SI” influye en la satisfacción de la relación de pareja en las usuarias de implanon atendidas en el centro de salud Morales.

**Tabla 9.** Uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, agosto-diciembre 2018; según factores de Información acerca del implanon-Proveedor.

PROVEEDOR DE SALUD BRINDÓ INFORMACIÓN NECESARIA SOBRE EL IMPLANON	SATISFACCIÓN DE RELACIÓN DE PAREJA						TOTAL	
	Baja		Media		Alta		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Si	6	10,3	24	41,4	5	8,6	35	60,3
No fue la Necesaria	0	0,0	9	15,5	0	0,0	9	15,5
No	4	6,9	6	10,3	4	6,9	14	24,1
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>17,2</b>	<b>39</b>	<b>67,2</b>	<b>9</b>	<b>15,5</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

La tabla 9, se observa la respuesta al ítem “percepción de que el proveedor de salud brindó la información necesaria sobre el método implanon”, el 60,3% considera que la información impartida “SI” influye en la satisfacción de la relación de pareja en las usuarias de implanon atendidas en el centro de salud Morales.

## V. DISCUSIÓN

La planificación familiar es uno de los pilares fundamentales de la salud reproductiva para reducir la morbilidad materna perinatal en nuestro país y el mundo; existiendo en la actualidad una amplia cobertura de uso de métodos anticonceptivos que oferta el Estado lo cual influye positivamente en la disminución de la tasa de fecundidad en nuestro país. Los contraceptivos modernos y uno de ellos el implanon con alta efectividad y con características propias como su larga duración lo hace uno de los métodos más factibles para el uso de las mujeres en su edad reproductiva demostrado por la demanda existente del mismo, sin embargo, la condición no es solo usarlo, sino que beneficios brinda a la pareja sobretodo la satisfacción de pareja, condición que muchas veces puede verse afectada por diferentes factores.

La tabla 01, uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, referido a las características sociodemográficas se observa que el 34,5% (20 usuarias) usuarias de implanon se ubican en los grupos de edad entre 15-25 años; el 34,5% (20 usuarias) entre 26-35 años; el 25,9% (15 usuarias) entre 36 a 45 años; y, el 5,2% (5 usuarias) pertenecen al grupo de edad mayor de 45 años. Con respecto al grado de Instrucción, el 34,5% (20 usuarias) usuarias de implanon tienen grado de instrucción superior no universitaria incompleta; el 17,2% (10 usuarias) secundaria completa; 15,5% (9 usuarias) cuenta secundaria incompleta; y, el 10,3% (6 usuarias) primaria incompleta. Asimismo, el Estado Civil, el 48,3% (28 usuarias) son de estado civil convivientes; el 41,4% (24 usuarias) son casadas; y, el 10,3% (6 usuarias) usuarias de implanon son de estado civil solteras. Con relación a la influencia de las características sociodemográficos en el uso de implanon, se encontró que todos los indicadores alcanzan un  $p < 0.05$ , lo que significa tiene una relación estadísticamente significativa.

Datos similares fueron encontrados por Gonzáles C. (2017), quien encontró que el 73% de adolescentes usó método anticonceptivo reversible de larga duración siendo el grupo de 14 a 17 años quienes usaron implantes en 63%. Además, datos diferentes fueron encontrados por Aponte R. (2015), quien concluye que, la edad promedio fue  $25,47 \pm 5.6$  años, 78,92% entre 20 – 34 años, convivientes (72,74%), y usuarias del quintil IV: 54,68%.

Por lo mencionado en los estudios, podemos establecer que las características sociodemográficas de las mujeres con uso de implante difieren según lugar y condiciones

que presenten cada una, siendo posible que hubiera otros aspectos que conlleven al uso de implanon.

La tabla 02, uso del implanon y su influencia en la satisfacción de la relación de pareja en usuarias del Centro de Salud Morales, referido factores reproductivos, se observa que la edad de la primera relación sexual, el 39,7% (23 usuarias) usuarias de implanon, tuvieron el inicio de sus relaciones sexuales entre los 13 y 15 años de edad; el 29,3% (17 usuarias) después de los 18 años; y el 3,4% (2 usuarias) antes de los 13 años de edad. Con respecto a la paridad de las usuarias del implanon, el 98% (57 usuarias) tienen la condición de multíparas. En lo referido a edad del primer embarazo, el 77,6% (45 usuarias) se embarazaron entre los 16 y 25 años; y el 12,1% (7 usuarias) se embarazaron antes de los 15 años de edad. Asimismo, en la revisión de su condición obstétrica, las usuarias de implanon, el 89,7% (52 usuarias) son pacientes de intervalo; y, el 6,9% (4 usuarias) son puérperas de parto vaginal. En lo referido a uso de método anticonceptivo antes de la última gestación, se observa que, el 55,2 (32 usuarias) siempre usaron un método; el 34,5% (20 usuarias) usó algunas veces; y el 10,3% (6 usuarias) nunca usó un método anticonceptivo antes de la gestación. Luego, el tipo de método anticonceptivo antes de la última gestación, el 53,4% (31 usuarias) usó el método de inyectable trimestral; el 19,0% (11 usuarias) usó píldoras anticonceptivas; el 10,3% (6 usuarias) usaron preservativos y métodos naturales en la misma proporción. Con relación a la influencia de los factores reproductivos, se encontró que todos los indicadores alcanzan un  $p < 0.05$ , lo que significa que tiene una relación estadísticamente significativa.

Datos diferentes fueron encontrados por Guachamin M, (2015), quien encontró que el 70,0% de mujeres usan el implante subdérmico por 3 o más años tienen disfunción sexual femenina (DSF), por lo tanto, existe mayor presencia de disfunción sexual femenina (DSF), y tiene 3 veces más probabilidad de presentar disfunción sexual por uso del método. Además, datos diferentes fueron encontrados por Aponte R. (2015), quien concluye que, el 66,72%, inició actividad sexual entre 12 y 18 años, con 1 a 3 hijos (93,73%) y no tienen antecedentes de abortos (66,18%), ni partos pre términos (98,35%); con un periodo intergenésico menor a 2 años (92,16%), y de alto riesgo (76,39%), no usaban algún método anticonceptivo previo al implante (74,01%).

Asimismo, datos similares fueron encontrados por Campos C. (2014), quien encontró que el factor biológico, edad no tiene relación con el uso de métodos anticonceptivos en mujeres,

según la prueba no paramétrica de independencia de criterios chi cuadrado se obtuvo  $p > 0.05$ . Datos diferentes según factores sociales es que existe relación entre la religión y el uso de métodos anticonceptivos, según la prueba no paramétrica de independencia de criterios chi cuadrado se obtuvo  $p < 0.05$ . Los factores culturales, escolaridad se relaciona con el uso de métodos anticonceptivos ( $p < 0.05$ ).

Por lo encontrado podemos establecer que los factores sociodemográficos, reproductivos, psicológicos y de información influyen según sus diferentes condiciones o criterios en el uso del implanon, ya que la decisión de la pareja estaría determinada por los beneficios que ello determina y la seguridad de no tener un embarazo no deseado, esto significa que a mayor educación, mayor estado social, mayor edad, mejores condiciones obstétricas, mejores condiciones psicológicas y de información la pareja puede decir mejor el método anticonceptivo que los lleve a la satisfacción. Algunas veces los criterios de influencia no se darían si ocurriera lo contrario.

El resultado 3, la satisfacción de la relación de pareja de las usuarias del implanon como método anticonceptivo, al respecto mayoritariamente el 67,2% de ellas considera tener una satisfacción media, una satisfacción alta es percibida en el 15,5% de usuarias y el 17,2% considera tener una satisfacción baja.

Datos similares fueron encontrados por Gonzáles C. (2017), quien encontró en ambos grupos de uso de métodos anticonceptivos implantes y DIU nivel de satisfacción y continuidad de métodos mayores al 80%. Igualmente, datos similares fueron encontrado por Zurita E, (2016), quien encontró que el 63% de la muestra mencionaron sentirse satisfechas con el uso del implante subdérmico de etonogestrel. Sin embargo, difiere con el hecho que el 37% presentaron insatisfacción por sangrado irregular y por aumento de peso. Además, datos diferentes fueron encontrados por Aponte R. (2015), quien concluye que, el motivo de discontinuación se debe a los efectos secundarios. Datos diferentes fueron encontrados por Morí R, Ganoza E. (2016) quien encontró que el programa de planificación familiar tiene problemas por: deficientes insumos, no informa sobre todos los métodos anticonceptivos y sobre el embarazo; no se cumple las medidas de bioseguridad; personal no fortalece competencias y no certifica.

Podemos establecer que la satisfacción de la pareja puede depender en su mayoría por el uso de método anticonceptivo seguro como el implanon, pero además hay una condición humana

o personal que es la comunicación y bienestar de la pareja para que la satisfacción sea plena, por ello el hecho de no llevarse bien y tener efectos adversos al uso del método o complacer solo a unas de las parejas hace que la condición de satisfacción se pueda ver disminuida.

El resultado 4, muestra la influencia de los factores sociodemográficos, reproductivos, psicológicos y de información con la característica satisfacción de la relación de pareja, en las usuarias de implanon involucradas en el estudio; se utilizó la prueba chi-cuadrado con un nivel de significación del 5% ( $p < 0,05$ ) para realizar esta acción, consignando que no existe relación significativa con la mayoría de estos factores. Esto implica los factores no tendrían influencia en la satisfacción de la relación de pareja en las usuarias participantes del estudio y por ende una cierta influencia en haber decidido por usar el método anticonceptivo del implanon.

También datos similares fueron encontrados por Tello A. (2014) quien concluye que, los factores socio demográficos y su relación con la aceptación del uso de implanon se halló diferencia estadísticamente significativa solo con la edad ( $p = 0.025$ ). A mayor grupo etáreo mayor aceptabilidad al uso de implanon. De los factores reproductivos no se halló diferencia estadísticamente significativa. De los factores psicológicos se halló diferencia estadísticamente significativa con la motivación que tenía la usuaria para usar implanon ( $p = 0.000$ ). La mayor motivación determina el uso de implanon. También se halló relación con la no interferencia de la decisión de algún familiar o amigo ( $p = 0.015$ ). Por lo que no interfieren opiniones de terceros en el uso de Implanon. De los factores de información se halló diferencia estadísticamente significativa con la forma de conocer el implanon; en su consejería de planificación familiar, por internet y por recomendación ( $p = 0.003$ ).

Por lo encontrado podemos establecer que, a pesar que en el estudio no se encontró relación entre los factores y la satisfacción de la pareja esto varía con otros estudios que encontraron que, si existe relación significativa, ya que las parejas en diferentes lugares o circunstancias pueden sentirse mejor con el uso del implanon y generar la satisfacción de pareja por la influencia cultural o las diferentes formas de vida que tienen, es decir que mayor educación, mayor edad, mejor estabilidad laboral, mejores condiciones obstétricas, mejor condición psicológica y de información puede hacer que la pareja elija mejor el método anticonceptivo, por ende se sientan mejor y logren la satisfacción.

El resultado 5 muestra que la categoría múltipara aporta a los vínculos satisfactorios de media (67,2%) y alta (13,8%) en la relación de pareja de las usuarias involucradas en el estudio, y confirma la hipótesis de investigación. Los factores determinantes favorables hacia el uso del implanon, generan vínculos satisfactorios de media a alta en la relación de pareja de las usuarias del Centro de Salud de Morales. Se consigna que la categoría tiempo de protección anticonceptiva aporta a los vínculos satisfactorios de media (50,0%) y alta (5,2%) en la relación de pareja. Asimismo, la categoría mayor efectividad anticonceptiva aporta a los vínculos satisfactorios de media (17,2%) y alta (10,3%) en la relación de pareja, lo que confirma la hipótesis de investigación. Asimismo, en la categoría si, de la percepción de que el proveedor de salud brindó la información necesaria sobre el método implanon, aporta a los vínculos satisfactorios de media (41,4%) y alta (8,6%) en la relación de pareja de las usuarias involucradas en el estudio, lo que confirma la hipótesis de investigación.

Datos similares fueron encontrados por Medina C. (2014), quien concluye que las usuarias de implanon están estadísticamente más satisfechas que las usuarias de anticonceptivos hormonales (99% vs 60.2%;  $p = < 0.0001$ ). Los dos grupos presentaron efectos adversos en menos de la mitad de la población de usuarias, siendo el más frecuente la cefalea en ambos grupos, pero la continuación de uso fue mayor en el grupo de usuarias de implanon, que en el grupo de usuarias de otros métodos anticonceptivos (98.5 % vs. 83.5%;  $p = < 0.0001$ ), condición que dependería de cómo se siente la paciente para dar continuidad al uso.

También datos similares fueron encontrados por Tello A. (2014) quien concluye que existe relación con la información que proporciona el proveedor de salud ( $p=0.000$ ). Una información adecuada brindada en la consejería de planificación familiar determina el uso de implanon.

Por lo encontrado podemos establecer, que tanto los resultados de la investigación como lo encontrado en los estudios determinan que las categorías múltiparas, factores determinantes favorables hacia el uso del implanon, el tiempo de protección anticonceptiva, la mayor efectividad anticonceptiva, la categoría si de la percepción de que el proveedor de salud brindó la información necesaria sobre el método implanon, aportan significativamente a la satisfacción de la pareja, esto responde a que los servicios de salud deben estar preparados con personal competente para facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos.

## VI. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de las usuarias de implanon, fueron: el 34,5% se ubican en el grupo de edad entre 15-25 años; según grado de instrucción el 34,5% de usuarias alcanzaron el grado de instrucción superior no universitaria incompleta; con respecto al estado civil, el 48,3% de las usuarias de implanon, son convivientes.
2. Las implicancias que tuvieron los factores sociodemográficos en el uso del implanon fueron: según dimensiones sociodemográficas altamente significativas, la edad ( $p=0,004$ ), el grado de instrucción ( $p=0,000$ ) y el estado civil ( $p=0,001$ ). Según dimensiones reproductivas, todos ejercen implicancias altamente significativas sobre el uso de implanon ( $p=0,001$ ). Según dimensiones psicológicos la decisión para escoger implanon, la implicancia es altamente significativa ( $p= 0,000$ ). Según dimensión factores de información, ejercen implicancia altamente significativa ( $p=0,013$ ) implícita sobre el uso de implanon.
3. El 67,2% de las usuarias del implanon como método anticonceptivo, considera tener una satisfacción media; el 17,2 considera tener una satisfacción baja; y, el 15,5% considera tener una relación de pareja altamente satisfactoria.
4. No se ha podido determinar de manera categórica el factor determinante (sociodemográfico, reproductivo, psicológico, de información) de mayor influencia en la satisfacción de la relación de pareja en las usuarias de implanon en el Centro de Salud Morales.
5. Los factores determinantes favorables hacia el uso del implanon generan vínculos satisfactorios de media (67,2%) a alta (13,8%) en la relación de pareja.

## VII. RECOMENDACIONES

- A los obstetras del servicio de planificación familiar, estandarizar los registros de las usuarias con sus descripciones sociodemográficas para desarrollar acciones de investigación con este grupo de población con la finalidad de mejorar el servicio para las usuarias de hoy y el futuro.
- A los obstetras, fortalecer capacidades para desarrollar y fortalecer el área de planificación familiar que permita elevar el nivel de conocimientos y accesibilidad de las usuarias a los métodos modernos como el implanon.
- Al equipo de salud y principalmente obstetras, brindar información clara y entendible para cada tipo poblacional sobre todo aquellas usuarias de zonas rurales, ya que vienen con sus propias culturas. Además, realizar sesiones o consejerías con enfoque intercultural y así la usuaria adopta libremente su decisión, a partir de sus propias necesidades y de su situación personal, siempre explicar las ventajas, desventajas, limitaciones y contraindicaciones de todos los métodos, sin presionar o inducir en la decisión final para mejorar la calidad de atención.
- A los directivos de salud y del colegio de obstetras, promover la especialización de obstetras en planificación familiar para desarrollar competencias técnicas y prácticas sobre todos los métodos anticonceptivos sobretodo en el implante subdérmico, asegurando una atención de calidad acorde a los requerimientos de las usuarias.
- A los directivos de los establecimientos de salud, promover la implementación de un centro de apoya de pareja con atención multidisciplinaria y con enfoque intercultural para lograr la satisfacción de la pareja abordando los diferentes factores de las usuarias de implanon para alcanzar una satisfacción alta en su relación.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar [Artículo]. Naciones Unidas, 2017 [citado 22 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheet>
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Venous thromboembolism and hormonal contraception. royal college and obstetricians and gynaecologist. [Artículo]. Estados Unidos 2010, [ citado el 20/10/2017] Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg40/>
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [Internet].; Perú 2012 [citado 27 octubre 2017].URL Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis.pdf>
4. Távara Orozco Luis. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú 2010. Revista Peruana de ginecología y obstetricia, [Internet] 2010, Volumen 56, número 120-136. [Citado 29 octubre 2017]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56\\_n2/pdf/a07v56n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n2/pdf/a07v56n2.pdf)
5. Ku E. Causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal. [Artículo original]Rev. Perú. epidemiol. 2010; 14 (2) [9 p] [citado el 4 de diciembre del 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119666006.pdf>
6. González Roca, Carolina. Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración en adolescentes Chile [Artículo de revision] mayo 2017. Contacto Científico, [ Internet], v. 7, n. 2, ISSN 0719-045X. [ Citado 08 octubre 2017]. Disponible en: <http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/494>
7. Zurita Cruz Evelyn Paola. Efectos adversos asociados al uso del implante subdérmico de etonogestrel como método anticonceptivo en el subcentro de salud de Izamba enero - agosto Ecuador 2016. Tesis pregrado de la Universidad Regional Autónoma De Los Andes 2017 [ Internet]. [ Citado 08 octubre 2017] Disponible en: Repositorio Institucional “UNIANDES” Sitio web: <http://186.3.45.37/bitstream/123456789/6314/1/PIUAMED050-2017.pdf>

8. Guachamin Vilaña Mónica Patricia. Análisis de la disfunción sexual en las mujeres de 15 a 42 años asociado al uso del implante subdérmico en el Servicio de Obstetricia, en el Centro de Salud Sangolquí en el periodo enero a diciembre del 2015. Quito, julio 2016. Tesis pregrado de la Universidad Central de Ecuador. [Internet]. [ Citado 10 octubre 2017 ] Disponible en : Repositorio Digital Sitio web: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11828>
9. Medina Guevara Cristina Carolina. Determinación de satisfacción con el uso del implante subdérmico de etonogestrel “Implanon” como medio de anticoncepción, efectos secundarios y razones para discontinuar el mismo, comparado con otros métodos hormonales de anticoncepción en adolescentes del Valle de Tumbaco, Quito, mayo de 2014. Tesis de Pregrado de la Universidad San Francisco De Quito,2015. [Internet]. [Citado 10 octubre 2017]. Disponible en: Repositorio Digital. Sitio web: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3445/1/110967.pdf>
10. Aponte Labán, Rosa Saturnina. Características socio-reproductivas de las usuarias del implante subdérmico en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2015. Tesis de Pregrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú-Lima 2016. [Internet]. [Citado 09 octubre 2017]. Disponible en: Sitio web: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4999>
11. Tello Huaranga Analía Isabel. “Factores Asociados a la Elección del Implante Subdérmico (Implanon) Como Método Anticonceptivo en Usuaris del Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre-diciembre 2014”. Tesis de Pregrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú - Lima 2015 [Internet].[ Citado 10 octubre 2017] .Disponible en: SitioWeb:[Http://Cybertesis.Unmsm.Edu.Pe/Bitstream/Cybertesis/4269/1/Tello\\_Ha.Pdf](Http://Cybertesis.Unmsm.Edu.Pe/Bitstream/Cybertesis/4269/1/Tello_Ha.Pdf)
12. Campos Jara Clara Luz. Factores biosocioculturales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden al hospital Elpidio Berovidez Pérez, Otuzco 2014. Tesis pregrado de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Trujillo – Perú, [Citado el 07 de diciembre del 2017]. Disponible en: [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/356/METODO\\_ANTI\\_CONCEPTIVO\\_CAMPOS\\_JARA\\_CLARA\\_LUZ.pdf?sequence=1](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/356/METODO_ANTI_CONCEPTIVO_CAMPOS_JARA_CLARA_LUZ.pdf?sequence=1)

13. Morí Apagüño, Rolando; Ganoza Nieto, Evelyng. Análisis situacional del programa de planificación familiar en el Centro de Salud Morales, Provincia y Región San Martín, 2016. Tesis de pregrado de la Universidad Nacional de San Martín 2017. [Internet]. [Citado 29 octubre 2017]. Disponible en: Repositorio de tesis digital Sitio web: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2410>
14. Dirección General de Salud Pública. Guía de Métodos Anticonceptivos. 2011. salud sexual. Peru. [Internet] .[Citado 10 octubre 2017] Disponible: Sitio web: [http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven\\_Guia\\_Anticonceptivos.pdf](http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf)
15. Organización Mundial de la Salud Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Salud Pública de México [Internet] 2016. [Citado :10 octubre 2017] Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2016/sal161o.pdf>
16. McCauley A, Geller J. Decisions for Norplant programs. Population reports series K 1992; 20: 3-29.
17. Montenegro Pereira Erick, Lara Ricalade A. Roger, Velásquez Ramírez B Norma. Implantes Anticonceptivos. México, 2005. Perinatol Reprod Hum [Internet] 2005; 19: 31-43 [Citado 10 octubre 2017]. Disponible: Sitio Web: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v19n1/v19n1a5.pdf>
18. Godman & Gilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Colombia 1946. [Artículo]. [Citado el 23 de octubre del 2017]. Disponible en: <https://oncousd.files.wordpress.com/2015/06/goodman-farmacologia.pdf>
19. Katzung BG, Masters B, Trevor AJ. Farmacología básica y clínica. [Artículo] 12th ed. México D.F: McGraw-Hill Internamericana Editores S.A; 2012. [Citado el 12 de octubre del 2017 ]. Disponible en: <http://booksmedicos.org/farmacologia-basica-y-clinica-katzung-12a-ed-pdf/>
20. European Medicines Agency (EMA). IMPLANOM® (Etonogestrel) [Internet]. [Citado: 13 octubre 2017]. URL disponible en: <http://www.ema.europa.eu> (45)
21. Brunton L, Chabner B, Knoliman B. Goodman & Gilman Las bases farmacológicas de la Terapéutica. 12th ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana editores S.A;

- [Internet] 2017. [Citado: 10 octubre 2017] Disponible: <https://oncouasd.files.wordpress.com/2015/06/goodman-farmacologia.pdf>
22. Bonilla, Luis. Tratado de Ginecología, Planificación familiar, 9na ed. Barcelona España Científico Médica; 1972, pág452. 4.
  23. MINSA. Portal del Ministerio de Salud. [Internet]. Lima; 2012 [Citado: 10 octubre 2017]. Disponible: [http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload%5Cuploaded%5Cpdf/14-12\\_implante\\_etonorgestrel\\_68mg.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload%5Cuploaded%5Cpdf/14-12_implante_etonorgestrel_68mg.pdf).
  24. Croxatto H. Mechanisms that explain the contraceptive action of progestin im-Implantes anticonceptivos VOL. 19 No. 1; ENERO-MARZO 2005 Perinatol Reprod Hum 4 3 plants for women. Contraception 2002; 65: 21-7. 17.
  25. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Center for Drug Evaluation and Research. IMPLANOM® (Etonogestrel 68mg) [INTERNET]. [Citado: 10 octubre 2017]. URL disponible en: <http://www.fda.gov/cder/index.html>
  26. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). INPLANOM®. (Etonogestrel 68mg) [Internet]. [Citado: 10 octubre 2017]. URL.Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
  27. Floréz J. Farmacología Humana. 6th ed. Madrid: Elsevier Masson S.A; 2013. [Citado 12 octubre del 2017]. Disponible: <http://booksmedicos.org/farmacologia-humana-jesus-florez-6a-edicion/>
  28. Sistema de Implantes Subdérmicos, Revista Cubana de Salud Reproductiva volumen XV, [Internet]septiembre – diciembre 2010, pág. 32. [Citado: 10 octubre 2017] Disponible: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2158/1/T-UCF-0006-58.pdf>.Recuperado en octubre del 2017
  29. Ramos Quispe B. Efectos del implante subdermico de etonogestrel en usuarias del consultorio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2014 enero 2015 Lima. [Internet]Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Departamento de investigación de la Facultad de Medicina Huamana; 2017 [Citado].Disponible: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4317/1/Ramos\\_qm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4317/1/Ramos_qm.pdf)

30. Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, Leza JC, Moro MA, Portoles A. Vélazquez Farmacología Básica y Clínica. 18th ed. Madrid: Medica Panamericana; 2009.
31. Darney PD. Mimi Z. Vanessa AB. Etonogestrel contraceptive implant. UpToDate®. [Internet]. [Citado: 10 octubre 2017]. URL disponible en: <http://www.uptodate.com/>
32. Power J, French R, Cowan F. The Cochrane Library. [Internet].; 2009 [Citado: 12 octubre 2017]. Disponible: <http://www.cochrane.org/es/CD001326/anticonceptivos-implantables-subdermicos-versus-otras-formas-de-anticonceptivos-reversiblescomo>
33. Medline plus. Enciclopedia médica en español, artículo sobre los implantes subdérmicos. [Internet]. [ Citado 12 octubre del 2017]. Disponible en: [www.google.com](http://www.google.com)
34. Meckstroth KR, Darney PD. Anticonceptivos implantables. Clin Obstet Ginecol 2000; 4: 741-74.
35. Yela, C. (1997) Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. [Artículo]. Psicothema, 9, 1: 1-15.[Citado el 10 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/70.pdf>
36. Fisher, H.; Aron, A.; Mashek, D.; Li, H.; Brown, L. Defining the brain system of lust romantic attraction and attachment. Archives of Sexual Behavior, 2002; 31; 5: 413-419. Disponible en: <http://www.helenfisher.com/downloads/articles/14defining.pdf>
37. Zeki, S. The neurobiology of love. [Artículo]. FEBS Letters, 2007; 581: 2575-2579.[Citado el 5 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.febslet.2007.03.094/full>
38. Maureira, F. Las bases de la condición humana. [Artículo]. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 2008; 11, 4: 97-111.[Citado el 22 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num4/Vol11No4Art6.pdf>
39. Rubin, Z. Measurement of romantic love. Journal of Personality and Social Psychology, 1970; 16, 265-273. Disponible en:

[http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Different\\_Types\\_of\\_Love\\_ROMANTIC.pdf](http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Different_Types_of_Love_ROMANTIC.pdf)

40. Yela, C. (1997) Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. [Artículo]. *Psicothema*, 9, 1: 1-15.[Citado el 10 de noviembre del 2017].Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/70.pdf>
41. Feliu y Güell (1992).Relacion de pareja:Tecnicas para la convivencia.[Internet: Biblioteca de psicología Psiquiatrica y salud].[Citado el 20 de noviembre del 2017].Disponible en: [https://books.google.com.pe/books/about/Relaci%C3%B3n\\_de\\_Pareja.html?id=r1lzNQAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.pe/books/about/Relaci%C3%B3n_de_Pareja.html?id=r1lzNQAACAAJ&redir_esc=y)
42. Sprecher y Felmlee, 1992 sobre la amista y relaciones familiares.Citado por Maureira, Fernando. En una investigación realizada sobre Los cuatro componentes de la relación de pareja, en Chile 2011. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14, (1), 2011. [Internet]. [citado el 22/11/2017]. Disponible en: [file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/24815-44667-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/24815-44667-1-PB%20(1).pdf)
43. Gottman y Silver, 2001 sobre comunicación efectiva en pareja. Citado por Maureira, Fernando. En una investigación realizada sobre Los cuatro componentes de la relación de pareja, en Chile 2011. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14, (1), 2011. [Internet]. [citado el 22/11/2017]. Disponible en: [file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/24815-44667-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/24815-44667-1-PB%20(1).pdf)

## IX. ANEXOS

### Anexos N° 01

**Fórmula para calcular la muestra de tipo muestreo Probabilístico, intencionado al estudio.**

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

**N: Tamaño población = 262**

**Z: Nivel confianza:  $1-\alpha = 95\% = 1,96$**

**p: Probabilidad de éxito: 0.5**

**q: Probabilidad de fracaso: 0.5**

**d: Precisión o error máximo:  $10\% = 0,1$**

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{139 \times (1,96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1)^2 \times (262 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{139 \times 3.84 \times 0.25}{0.01 \times 134 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{129.6}{2.3}$$

$$n = 58$$

**Anexo N°:02****Instrumento de investigación****UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA****I. INSTRUCCIONES:**

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presenta, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que estime verdadera(as).

**I.- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS****1. Edad**

- a). 15-25 años
- b). 26-35 años
- c). 36-45 años
- d). Mayor de 45 años

**2. Grado de instrucción**

- a) Analfabeta
- b) Primaria completa
- c) Primaria incompleta
- d) Secundaria completa
- e) Secundaria incompleta
- f) Superior No Universitario completa
- g) Superior No Universitario completa
- h) Superior Universitario completa
- i) Superior Universitario completa

**3. Estado civil**

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

**II. FACTORES REPRODUCTIVOS****1. ¿A qué edad fue su primera relación sexual?**

- a). Antes de 13 años
- b). 13-15 años
- c). 16-18 años
- d). Mayor de 18 años

**2. ¿Cuántas gestaciones ha tenido?**

- a). Nulípara
- b). Multípara
- c). Gran multípara

**6. ¿A qué edad fue su primer embarazo?**

- a). Antes de los 15 años
- b). 16 -25 años
- c). 26- 45 años
- d). Mayor de 45 años

**7. Condición Obstétrica**

- a) Post aborto
- b) Puérpera parto vaginal
- c) Puérpera parto cesárea
- d) Paciente de intervalo

**8. ¿Ud. usaba algún método anticonceptivo antes de la última gestación?**

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

**9. ¿Qué tipo de método anticonceptivo usaba antes de la última gestación?**

- a) Natural
- b) Preservativo
- c) Píldoras anticonceptivas
- d) Inyectable mensual
- e) Inyectable trimestral
- f) DIU
- g) Ninguno

**III. FACTORES PSICOLÓGICOS****10. ¿Ud. ¿Ya tenía decidido escoger el Implanon como método anticonceptivo?**

- a) Si
- b) Indecisa
- c) No

**11. ¿Cómo calificaría la motivación que tenía Ud. por usar el Implanon?**

- a) Totalmente motivada
- b) Muy motivada
- c) Motivación moderada
- d) Poco motivada

**12. ¿Para la utilización del Implanon, intervino la decisión de su pareja?**

- a) Si
- b) No

**13. ¿Para la utilización del Implanon, intervino la decisión del algún familiar o amigo (a)?**

- a) Si
- b) No

#### **IV. FACTORES DE INFORMACIÓN**

**14. Ud., Conoció el Implanon a través de:**

- a) Charla
- b) Consejería en Planificación Familiar
- c) Internet
- d) Folletos, trípticos
- e) Recomendación

**15. Durante la consulta de Planificación Familiar, previo a la inserción del Implanon ¿Ud. Recibió algún tipo de información sobre este método?**

- a) Si
- b) No

**16. ¿Quién fue el encargado de proporcionarle dicha información?**

- a) El médico
- b) La Obstetra
- c) La enfermera
- d) La técnica de enfermería
- e) Otra persona

**17. Después de recibir la consejería y orientación, ¿Cuál cree Ud. que es la mejor ventaja del Implanon?**

- a) Mayor efectividad anticonceptiva
- b) Tiempo de protección anticonceptiva
- c) Menos Efectos secundarios

**18. ¿Ud. cree que el proveedor de salud le brindo la información necesaria acerca del Implanon?**

- a) Si
- b) No fue la necesaria
- c) No

## Anexo N° 03

### Instrumento de investigación

#### ESCALA DE SATISFACCIÓN EN LA PAREJA (ESP-10)

(González-Rivera et al., 2017)

**Instrucciones:** A continuación, encontrará una serie de aseveraciones relacionadas a la satisfacción que pudiese tener en su relación de pareja. Al lado de cada premisa encontrará una serie de alternativas que van de 1 a 4. Por favor, circule el número de la categoría que mejor describa su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Estoy satisfecho en mi relación de pareja.	1	2	3	4
2. Disfruto de la compañía de mi pareja.	1	2	3	4
3. Me divierto mucho con mi pareja.	1	2	3	4
4. Ninguna persona podrá hacerme feliz como lo hace mi pareja.	1	2	3	4
5. Mi pareja me hace saber cuan satisfecho está en la relación.	1	2	3	4
6. Disfruto mucho el sexo con mi pareja.	1	2	3	4
7. Confío plenamente en mi pareja.	1	2	3	4
8. Me siento conectado/a con mi pareja.	1	2	3	4
9. Mi pareja es el amor de mi vida.	1	2	3	4
10. Me siento completamente lleno/a en mi relación de pareja.	1	2	3	4

# Anexo N° 04

## Crterios mdicos de elegibilidad del IMPLANON (implante)

Tabla resumida de los criterios mdicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Clave:

1	No hay restricciones (se puede usar el mtodo)	
2	Los beneficios por lo general son mayores que los riesgos teóricos o comprobados	
3	Los riesgos teóricos o comprobados por lo general son mayores que los beneficios	
4	Riesgo para la salud no aceptable (no se debe usar el mtodo)	

Afeccin	Subefeccin	Condicin de salud		Pildora con progesterona		Inyeccin		Implante		DIU-LNG		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Accidente cerebrovascular <sup>a</sup>	Antecedentes de accidente cerebrovascular	4	2	3	3	3	3	2	3	2	2	1	1
Anemias	a) Talasemia b) Anemia drepanocitica <sup>b</sup> c) Anemia ferropnica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Anomala anmica	a) Distonasa de la cavidad uterina b) Otras anomalas												
Antecedentes de hipertensin durante el embarazo	Preecclmientos sintomticos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Antecedentes de ciruga baritrica <sup>a</sup>	a) Preecclmientos malabsorbtivos b) Preecclmientos malabsorbtivos	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Antecedentes de ciruga plvica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Antecedentes de colestasis	a) Asociada al embarazo b) En el pasado asociada a AOC	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Artritis reumatoide	a) En tratamiento inmunosupresor b) No est en tratamiento inmunosupresor	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
Cncer de cuello uterino	En espera de tratamiento	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Cncer de ovario <sup>b</sup>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cncer endometrial <sup>b</sup>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cardiopataa isqumica <sup>a</sup>	Actual y antecedentes	4	2	3	3	3	3	2	3	2	3	1	1
Cefaleas	a) Sin migraa b) Migraa c) sin aura, edad <35 d) sin aura, edad ≥35 e) con aura, a cualquier edad	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cirrosis	a) Leve (compensada) b) Grave (descompensada)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Diabetes (DM)	a) Antecedentes de diabetes gestacional solamente b) Enfermedad no vascular c) (i) no insulino dependiente (ii) insulino dependiente <sup>a</sup> d) Neuropata retinopata neuropata <sup>a</sup> e) Otra enfermedad vascular o diabetes de >20 aos de duracin <sup>a</sup>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Dismenorrea grave	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ectopcin del cuello uterino	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Actualizado en junio del 2012. Este resumen slo contiene una parte de las recomendaciones de los criterios mdicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (US MEC). Para obtener las directrices completas consulte: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintended-pregnancy-usmec.htm>

La mayora de los mtodos anticonceptivos no protegen contra las infecciones de transmisin sexual (ITS). El uso constante y correcto de condones de ltex para hombres reduce el riesgo de infeccin por ITS y el VIH.

Afeccin	Subefeccin	Condicin de salud		Pildora con progesterona		Inyeccin		Implante		DIU-LNG		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Edad		Menorquede 18-19	Menorquede 18-19	Menorquede 18-19	Menorquede 18-19	Menorquede 18-19	Menorquede 18-19	Menorquede 18-19	Menorquede 18-19	Menorquede 18-19	Menorquede 18-19	Menorquede 18-19	Menorquede 18-19
Embarazo		N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>
Embarazo ectpico anterior		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Embarazomtrico		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Enfermedad de la vesicula biliar	a) Sintomtica (i) tratamiento mediante colecistectoma (ii) tratamiento mdico (iii) actual b) Asintomtica	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Enfermedad de las mamas	a) Tumor sin diagnstico b) Enfermedades benignas de mama c) Antecedentes familiares de cncer d) Cncer de mama <sup>a</sup> (i) actual (ii) en el pasado y no hay evidencia actual de la enfermedad por 5 aos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Enfermedad inflamatoria intestinal	(Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa)	2/3 <sup>b</sup>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Enfermedad inflamatoria plvica	a) En el pasado, (se presume que no hay factores de riesgo actuales de ITS) b) sin embarazo subiguiente c) sin embarazo subiguiente d) Actual	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Enfermedad trombotica gestacional	a) Disminucin o niveles B-hCG sin detector b) Niveles constantemente elevados de B-hCG o neuropata mltipla <sup>a</sup>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Epilepsia <sup>a</sup>	Ver interacciones entre medicamentos	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>
Esquistosomiasis	a) Sin complicaciones b) Fibrosis heptica <sup>a</sup>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Fibroma uterino		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Fumar	a) Edad < 35 b) Edad ≥ 35, < 15 cigarrillos/da c) Edad ≥ 35, ≥15 cigarrillos/da	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hepatitis viral	a) Aguda o reactivacin b) Postaguda crnica	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hiperlipidemia	2/3 <sup>b</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
Hiperplasia endometrial		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hipertensin	a) Hipertensin controlada adecuadamente b) Niveles elevados de presin arterial (mediciones tomadas adecuadamente) (i) sintica 140-159 o diastlica no 99 (ii) sintica ≥160 o diastlica ≥100 c) Vasculopata	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>



Afección	Subsección	Combinación de píldora parche y anillo		Píldora con progestina solamente		Inyección		Implante		DIU-ANG		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Infecciones de transmisión sexual	a) Cervicitis purulenta o infección por clamidia o gonorrea en la actualidad	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C
	b) Otras ITS (sin incluir el VIH y la hepatitis)	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C
	c) Vaginitis (Incluso por Trichomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C
	d) Mayor riesgo de ITS	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C
Lactancia materna (ver también Posparto)	a) < 1 mes de posparto	3*	C	2*	C	2*	C	2*	C				
	b) 1 mes o más de posparto	2*	C	1*	C	1*	C	1*	C				
Lupus eritematoso sistémico <sup>†</sup>	a) Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)	4	C	3	C	3	C	3	C	3	C	1	C
	b) Trombocitopenia grave	2	C	2	C	3	C	2	C	2*	C	3*	C
	c) Tratamiento inmunosupresor	2	C	2	C	2	C	2	C	2	C	2	C
	d) Ninguna de las anteriores	2	C	2	C	2	C	2	C	2	C	1	C
Miocardiopatía periparto <sup>†</sup>	a) Funcionamiento cardíaco normal o con alteración leve												
	(I) < 6 meses	4	C	1	C	1	C	1	C	1	C	2	C
	(II) ≥ 6 meses	3	C	1	C	1	C	1	C	1	C	2	C
	b) Funcionamiento cardíaco alterado moderado o gravemente	4	C	2	C	2	C	2	C	2	C	2	C
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular arterial (Como edad avanzada, fumar, diabetes e hipertensión)			3/4	C	2*	C	3*	C	2*	C	2	C	1
Mutaciones trombotogénicas <sup>†</sup>			4*	C	2*	C	2*	C	2*	C	2*	C	1*
Neoplasia intraepitelial cervical			2	C	1	C	2	C	2	C	2	C	1
Neoplasias hepáticas	a) Benigna												
	i) Hiperplasia nodular focal	2	C	2	C	2	C	2	C	2	C	1	C
	ii) Adenoma hepatocelular <sup>†</sup>	4	C	3	C	3	C	3	C	3	C	1	C
b) Malignas <sup>†</sup>	4	C	3	C	3	C	3	C	3	C	1	C	
Número de partos	a) Nullípara	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	2	C
	b) Uno o más partos	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C
Obesidad	a) ≥30 kg/m <sup>2</sup> (índice de masa corporal (IMC))	2	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C
	b) Menor que a < 18 años y ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> IMC	2	C	1	C	2	C	1	C	1	C	1	C
Paludismo			1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1
Patrones de sangrado vaginal	a) Patrón irregular sin sangrado abundante	1	C	2	C	2	C	2	C	1	C	1	C
	b) Sangrado abundante o prolongado	1*	C	2*	C	2*	C	2*	C	1*	C	2*	C
Posaborto	a) Primer trimestre	1*	C	1*	C	1*	C	1*	C	1*	C	1*	C
	b) Segundo trimestre	1*	C	1*	C	1*	C	1*	C	2	C	2	C
	c) Inmediatamente después de un aborto séptico	1*	C	1*	C	1*	C	1*	C	4	C	4	C
Posparto (en mujeres que amamantan o mujeres que no amamantan, incluso poscesárea)	a) < 10 minutos después de salir la placenta									2	C	1	C
	b) 10 minutos después de salir la placenta hasta < 4 semanas									2	C	2	C
	c) ≥ 4 semanas									1	C	1	C
	d) Infección puerperal									4	C	4	C
Posparto (ver también Lactancia materna)	a) < 21 días	4	C	1	C	1	C	1	C				
	b) 21 días a 42 días												
	(i) con otros factores de riesgo de TEV	3*	C	1	C	1	C	1	C				
	(ii) sin otros factores de riesgo de TEV	2	C	1	C	1	C	1	C				
c) > 42 días	1	C	1	C	1	C	1	C					
Sangrado vaginal sin causa aparente (Se sospecha afección grave) antes de evaluación			2*	C	2*	C	3*	C	3*	C	4*	C	2*
Trasplante de órganos macizos <sup>†</sup>	a) Con complicaciones	4	C	2	C	2	C	2	C	3	C	3	C
	b) Sin complicaciones	2*	C	2	C	2	C	2	C	2	C	2	C

Afección	Subsección	Combinación de píldora parche y anillo		Píldora con progestina solamente		Inyección		Implante		DIU-ANG		DIU de cobre		
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	
Trastornos de la tiroides	a) Bocio simple/hipertiroidismo/ hipotiroidismo	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	
Trastornos depresivos		1*	C	1*	C	1*	C	1*	C	1*	C	1*	C	
Trombosis venosa profunda (TVP) / Embolia Pulmonar (EP)	a) Antecedentes de TVP/EP, sin tratamiento anticoagulante actual													
	i) Riesgo mayor de TVP/EP recurrente	4	C	2	C	2	C	2	C	2	C	2	C	
	ii) Riesgo menor de TVP/EP recurrente	3	C	2	C	2	C	2	C	2	C	2	C	
	b) TVP/EP aguda	4	C	2	C	2	C	2	C	2	C	2	C	
	c) TVP/EP y tratamiento anticoagulante establecido por al menos 3 meses													
	i) Riesgo mayor de TVP/EP recurrente	4*	C	2	C	2	C	2	C	2	C	2	C	
	ii) Riesgo menor de TVP/EP recurrente	3*	C	2	C	2	C	2	C	2	C	2	C	
	d) Antecedentes familiares (parientes directos)	2	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	
	e) Cirugía mayor													
	(i) con inmovilización prolongada	4	C	2	C	2	C	2	C	2	C	2	C	
(ii) sin inmovilización prolongada	2	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C		
f) Cirugía menor sin inmovilización	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C		
Trombosis venosa superficial	a) Várices	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	
	b) Tromboflebitis superficial	2	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	
Tuberculosis <sup>†</sup> (ver las Interacciones entre medicamentos)	a) No pulmonar	1*	C	1*	C	1*	C	1*	C	1	C	1	C	
	b) Pulmonar	1*	C	1*	C	1*	C	1*	C	4	C	3	C	
Tumores ováricos benignos (Incluso quistes)	a) Sin complicaciones	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	
	b) Con complicaciones <sup>†</sup>	4	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	
Valvulopatías cardíacas	a) Sin complicaciones	2	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	
	b) Con complicaciones <sup>†</sup>	4	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	
	c) Con complicaciones <sup>†</sup>	4	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	
VIH	Alto riesgo	1	C	1	C	1*	C	1	C	2	C	2	C	
	Infectado con el VIH <sup>†</sup> (ver Interacciones con medicamentos)	1*	C	1*	C	1*	C	1*	C	2	C	2	C	
	SIDA <sup>†</sup> (ver Interacciones con medicamentos)	1*	C	1*	C	1*	C	1*	C	3	C	2*	C	
Clinicamente bien con tratamiento			Si está en tratamiento ver Interacciones entre medicamentos						2	C	2	C	2	C
<b>Interacciones entre medicamentos</b>														
Terapia anticonvulsiva	a) Algunos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3*	C	3*	C	1	C	2*	C	1	C	1	C	
	b) Lamotrigina	3*	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	
Terapia antirretroviral	a) Inhibidores nucleosídicos de la retrotranscriptasa	1*	C	1	C	1	C	1	C	2/3*	C	2*	C	
	b) Inhibidores no nucleosídicos de la retrotranscriptasa	2*	C	2*	C	1	C	2*	C	2/3*	C	2/3*	C	
	c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	3*	C	3*	C	1	C	2*	C	2/3*	C	2/3*	C	
Tratamiento antibiótico	a) Antibióticos de amplio espectro	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	
	b) Antifúngicos	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	
	c) Antiparasitario	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	
	d) Tratamiento con rifampicina o rifabutina	3*	C	3*	C	1	C	2*	C	1	C	1	C	

I = inicio del método anticonceptivo; C = continuación del método anticonceptivo; AOC = anticonceptivos orales combinados; N/A = no aplica; P/A = parche y anillo hormonal combinado; TEV = tromboembolismo venoso  
 \* Consulte la guía completa para clarificaciones sobre esta clasificación, [www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/USMHC.htm](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/USMHC.htm)  
 † Afección que expone a la mujer a un mayor riesgo debido a un embarazo no planeado.