

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA**



**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:**

**FACTORES DETERMINANTES DEL RECHAZO DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA ATENDIDAS EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR SAN JERÓNIMO, SAN GERARDO; JOCOTE DULCE, SAN MIGUEL Y MONTECA, LA UNIÓN. AÑO 2018.**

**PRESENTADO POR:**

**VANESSA MARÍA ALVARADO TURCIOS  
VANESSA STEFANY BENÍTEZ CEDILLOS  
ELISA ESTEPHANIA CAMPOS COREAS**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:  
DOCTORADO EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:  
DRA. LIGIA JEANNET LOPEZ LEIVA**

**NOVIEMBRE DE 2018  
SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO  
RECTOR**

**DOCTOR MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO  
VICERRECTOR ACADÉMICO**

**INGENIERO NELSON BERNABÉ GRANADOS  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**MAESTRO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ  
SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN  
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
AUTORIDADES**

**INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ  
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ  
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ  
SECRETARIO**

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA  
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN  
DE DOCTORADO EN MEDICINA**

## **ASESORES**

**DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA.  
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
ASESORA DE METODOLOGÍA**

**ASESOR DE ESTADISTICA  
MAESTRO OSCAR ANTONIO CAMPOS**

<b>TABLA DE CONTENIDOS</b>	Pág
Lista De Tablas.....	vii
Lista De Gráficos.....	viii
Lista De Anexos .....	74
Resumen.....	ix
1. Introducción.....	1
2. Planteamiento Del Problema.....	2
3. Objetivos De La Investigación.....	6
4. Marco Teórico .....	7
5. Sistema De Hipótesis .....	31
6. Diseño Metodológico. ....	37
7. Resultados.....	43
8. Discusión. ....	63
9. Conclusiones. ....	65
10.Recomendaciones .....	67
11.Referencias Bibliograficas .....	69

<b>LISTA DE TABLAS</b>	Pág
Tabla 1. Operacionalización de variables.....	33
Tabla 2. Población de cada UCSF. ....	38
Tabla 3. Distribución de la muestra por cada UCSF. ....	40
Tabla 4. Edades de las mujeres participantes de la encuesta. ....	43
Tabla 5. Religión a la que pertenecen las usuarias encuestadas. ....	44
Tabla 6. Estado civil de las pacientes encuestadas según cada UCSF. ....	45
Tabla 7. Nivel de escolaridad .....	46
Tabla 8. Número de hijos de pacientes encuestadas según cada UCSF. ....	46
Tabla 9. Pacientes que tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos hormonales .....	48
Tabla 10. Conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos hormonales .....	49
Tabla 11. Pacientes que han usado alguna vez en su vida anticonceptivos hormonales .....	50
Tabla 12. Conocimiento de las pacientes sobre efectos adversos de los anticonceptivos hormonales .....	51
Tabla 13. Efectos adversos conocidos por la población participante. ....	52
Tabla 14. Fuente de información sobre anticonceptivos hormonales. ....	53
Tabla 15. Influencia de la pareja en el uso de anticonceptivos hormonales.....	54

Tabla 16. Influencia de mitos y creencias en el uso de anticonceptivos hormonales. ....	55
Tabla 17. Influencia de la religión en el uso de anticonceptivos hormonales. ....	56
Tabla 18. Influencia de los efectos adversos en el uso de anticonceptivos hormonales. .....	57
Tabla 19. Influencia del factor económico en el uso de anticonceptivos hormonales. ...	58
Tabla 20. Influencia de los mitos y creencias en el rechazo de los anticonceptivos hormonales. ....	59
Tabla 21. Influencia de los mitos y creencias en el uso de anticonceptivos hormonales. .....	60
Tabla 22. Prueba de hipótesis. ....	61
Tabla 23. Prueba de hipótesis. ....	62
Tabla 24. Prueba de chi- cuadrado. ....	62

## LISTA DE GRÁFICOS

	Pág
Grafico 1. Edades de la población incluida en el estudio .....	43
Grafico 2. Religión de la población participante .....	44
Grafico 3. Estado civil de la población participante .....	45
Grafico 4. Nivel de escolaridad.....	46
Grafico 5. Número de hijos de la población participante .....	47
Grafico 6. Conocimientos sobre anticonceptivos hormonales.....	48
Grafico 7. Conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos hormonales .....	49
Grafico 8. Uso de anticonceptivos hormonales.....	50
Grafico 9. Conocimiento sobre los efectos adversos del uso de anticonceptivos hormonales .....	51
Grafico 10. Efectos adversos conocidos por la población participante. ....	52
Grafico 11. Fuente de información sobre anticonceptivos hormonales. ....	53
Grafico 12. Influencia de la pareja en el uso de anticonceptivos hormonales. ....	54
Grafico 13. Influencia de mitos y creencias en el uso de anticonceptivos hormonales. .	55
Grafico 14. Influencia de la religión en el uso de anticonceptivos hormonales. ....	56
Grafico 15. Influencia de los efectos adversos en el uso de anticonceptivos hormonales. .....	57
Grafico 16. Influencia del factor económico en el uso de anticonceptivos hormonales. .	58
Grafico 17. Influencia de los efectos adversos en el uso de anticonceptivos hormonales. .....	59
Grafico 18. Influencia de los mitos y creencias en el uso de anticonceptivos hormonales. .....	60

## **RESUMEN.**

La presente tesis realiza el análisis de los factores determinantes del rechazo hacia los anticonceptivos hormonales en mujeres en edad reproductiva, atendidas en las Unidades de Salud Comunitaria, San Jerónimo; San Gerardo, Jocote Dulce, San Miguel y Monteca, la Unión. En el primer capítulo se plantea como problemática cuales son los factores que determinan el rechazo hacia los métodos de anticoncepción hormonal, se establecen como **objetivos** determinar el porcentaje de conocimiento que poseen las usuarias sobre los métodos de anticoncepción hormonal ofertados por el MINSAL, identificar los factores socioculturales que influyen en el rechazo hacia estos, y jerarquizar la influencia de estos factores. La **metodología** de la investigación tendrá un enfoque cuantitativo, donde se aplicará un cuestionario a las participantes del estudio. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario que contenía trece preguntas, seis enfocadas en la existencia de conocimiento previo sobre anticonceptivos hormonales y siete sobre los diferentes factores socioculturales asociados al rechazo hacia los mismos. **Conclusiones:** la gran mayoría de las mujeres estudiadas poseen conocimientos básicos sobre los anticonceptivos hormonales; el principal factor sociocultural implicado en el rechazo de los métodos anticonceptivos son los mitos y creencias, seguido del machismo; así como los menos implicados son, la religión y el factor económico.

**Palabras clave:** rechazo, edad reproductiva, anticonceptivos hormonales, factores socioculturales



## 1. INTRODUCCIÓN.

A lo largo de los años la práctica sexual de manera insegura en las mujeres en edad reproductiva, ha venido siendo un factor determinante en la sobrepoblación, a pesar de los esfuerzos del sistema de salud orientados en aumentar las coberturas de usuarias de métodos anticonceptivos.

En relación a la tasa de fecundidad los datos de FESAL 2008 reportan 2.5 hijos por mujer, la edad mediana de la primera unión conyugal es de 20 años y la del primer nacimiento de 20.8 años.

Las mujeres de 15 a 44 años que utilizan métodos de planificación familiar representan 72.5% de ellas 40% utiliza métodos temporales y 32.4 permanentes. Siendo el Ministerio de Salud la mayor fuente de anticonceptivos en el país.

El inicio de una vida sexual lleva consigo la responsabilidad de ejercerla con seguridad, esto implica el poder decidir el momento oportuno para la gestación, para ello es necesario y fundamental la elección, según las características propias de cada paciente de un método de anticoncepción.

La edad materna juega un papel fundamental en el bienestar tanto materno, como fetal, en la adolescencia, la iniciación sexual se ha mostrado cada vez más precoz lo que aumenta el número de embarazos, que en su mayoría son no deseados, ahí la importancia de investigar las razones por las cuales aun cuando los métodos a estudiar en esta investigación, son ofertados de manera gratuita en los diferentes establecimientos públicos de salud, hay una alta tasa de rechazo hacia estos.

En este documento se presenta el protocolo de dicha investigación el cual está estructurado de la siguiente manera: El planteamiento del problema se sitúa de acuerdo a su naturaleza en el contexto socioeconómico, histórico, y cultural, se ubica la problemática en el contexto nacional, regional y local indagando sobre otros estudios relacionados con el tema. En el enunciado lo que se hace es transformar el tema en una interrogante a la cual el grupo tratará de darle respuesta durante el desarrollo de la investigación.

Luego se encuentra la justificación del estudio en donde se plantea el propósito, la conveniencia y los beneficios; además, la relevancia social, las implicaciones prácticas, el valor teórico del estudio, también se describen las razones que motivan al grupo a realizar el estudio.

Seguidamente están los objetivos de la investigación, se desglosan en un objetivo general y los objetivos específicos; el objetivo general es el que se pretende lograr al finalizar la investigación. Los objetivos específicos son aquellos logros concretos que se obtienen en cada una de las etapas de la investigación, éstos planteados en forma coherente con el tema, el enunciado del problema, la justificación y las hipótesis, estructurados con verbos en infinitivo para expresar un resultado.

En el marco teórico se presenta la base teórica sobre anticonceptivos hormonales, factores socioculturales y demás aspectos relacionados a la temática, con la finalidad de orientar el estudio, estableciendo un marco de referencia para interpretar los resultados.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1 Situación problemática.**

La falta de conocimiento acerca del funcionamiento del cuerpo, y en particular de los órganos sexuales, la carga moral y los prejuicios respecto al sexo y la sexualidad, hacen que las personas tengan más dificultades para hablar del tema o de informarse, en este contexto, el tema de la planificación familiar no es una excepción, pues aunque la mayor parte de personas conocen que el embarazo, regularmente resulta de una relación sexual entre un hombre y una mujer, la mayoría de personas conoce muy poco sobre cómo se produce en realidad, y por eso también les resulta difícil comprender la forma en que actúan los métodos anticonceptivos.

Los servicios de anticoncepción hoy en día, son una oferta de acceso universal en las diversas instituciones del sistema nacional de salud de nuestro país, cuyo objetivo principal es garantizar la salud reproductiva, cuya definición enmarca “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”.

Así mismo es necesario mencionar que la salud reproductiva tiene un importante componente social, que el acceso a métodos de anticoncepción no es garantía de salud reproductiva, más bien, la interacción de ambos componentes es lo que lograría un estado de salud en la población, aquí es donde incide el importante papel que desempeñan tanto los usuarios que hacen uso de estos servicios como de los profesionales de la salud que los brindan; orientando e informando de manera oportuna.

Los servicios de anticoncepción, como parte de la salud reproductiva; permiten a hombres y mujeres decidir libremente y con base a información completa y confiable, sobre la conveniencia de utilizar métodos anticonceptivos modernos.

Pese a estos esfuerzos, existe una notoria aversión por parte de la población femenina con respecto a los métodos anticonceptivos, en las diferentes etapas de la edad reproductiva, situación que generalmente desencadena en embarazos; la mayor parte no deseados, con consecuente sobrepoblación, pobreza, enfermedades de transmisión sexual, así como el aumento de los índices de mortalidad materna e infantil. Siendo esta, una de las principales problemáticas de salud en la realidad de nuestro país.

## **2.2 Caracterización de las unidades comunitarias de salud familiar en estudio.**

### **Unidad de Salud Comunitaria Básica, El Jocote Dulce.**

Esta unidad, ubicada en el cantón El Jocote, del municipio de Placitas, San Miguel, es un establecimiento de primer nivel del SIBASI san miguel, parte de la micro red Chinameca, catalogada como una unidad comunitaria de salud familiar básica, por su limitada oferta de servicios y personal. Entre los servicios ofertados por la unidad están: control materno, control infantil, atención preconcepcional, pequeña cirugía, terapias respiratorias, unidad de rehidratación oral, consulta general, toma de citología. Tiene un promedio de 5 a 10 consultas diarias, atiende todos los programas preventivos y curativos normados por el MINSAL. La religión predominante es la católica, la población asiste a la iglesia local. Su población es de 331 habitantes, de los cuales, 105 son mujeres en edad fértil, que para el 2017 tuvo una cobertura de usuarias activas de métodos anticonceptivos del 29%.

Su personal está conformado por: un médico en año social, una auxiliar de enfermería y una secretaria.

### **Unidad De Salud Comunitaria Familiar Básica, San Jerónimo, San Gerardo.**

Ubicada al norte del municipio de San Gerardo, es un establecimiento de salud de primer nivel perteneciente al SIBASI San Miguel, parte del micro red de Ciudad Barrios, catalogada como unidad de salud comunitaria familiar básico por su limitada oferta de servicios y personal. Entre los servicios ofertados están: control materno, control infantil, atención preconcepcional, pequeña cirugía, terapias respiratorias, unidad de rehidratación oral, consulta general, toma de citología. Con un promedio de 15 a 20 consultas diarias, atendiendo todos los programas preventivos y curativos normados por el Ministerio de Salud. La religión predominante es la católica, cada caserío asiste a la capilla local. Su población es de 1,111 habitantes de los cuales 489 son hombres y 622 mujeres, 386 de ellas en edad fértil. Para el 2017 tuvo una cobertura del 39% de usuarias activas de métodos anticonceptivos. El personal de esta unidad de salud está conformado por un médico coordinador, de año social, una técnico en enfermería, tres promotores de salud y un polivalente.

### **Unidad De Salud Comunitaria Familiar Intermedia, Monteca**

Esta unidad de salud ubicada en el Cantón Monteca, del Municipio de Nueva Esparta, departamento de la Unión, es un establecimiento de primer nivel del SIBASI La Unión, parte del micro red de Anamorós, catalogada como una Unidad Comunitaria de Salud Intermedia. Entre los servicios que ofrece están: control materno, control infantil, atención preconcepcional, pequeña cirugía, terapias respiratorias, unidad de rehidratación oral, consulta general, toma de citología y odontología, la cual tiene un promedio de 10 a 15 consultas diarias, atiende todos los programas preventivos y curativos normados por el MINSAL. La religión predominante es la evangélica. Su población es de 3784 habitantes, de las cuales 1055 son mujeres en edad fértil, que

para el 2017 tuvo una cobertura de usuarias activas de métodos anticonceptivos del 20%.

Su personal está conformado por: un médico en servicio social, una licenciada en enfermería, dos auxiliares de enfermería, tres promotores de salud, un odontólogo, una secretaria y una ordenanza.

### **2.3 Enunciado del problema.**

¿Cuáles son los factores determinantes del rechazo de la anticoncepción hormonal en mujeres en edad reproductiva atendidas en las unidades comunitarias de salud familiar San Jerónimo, San Gerardo; Jocote Dulce, San Miguel y Monteca, La Unión? Año 2018.

### **2.4 Justificación del estudio.**

El presente estudio se enfocara en la investigación de los principales factores que generan rechazo en la población femenina en edad reproductiva hacia los métodos anticonceptivos hormonales, teniendo como punto de partida la existencia de estos métodos de forma universal en los establecimiento del ministerio de salud, siendo ofertados de manera gratuita, a pesar de esto las coberturas alcanzadas por los programas de anticoncepción hormonal son bajas. Así, el presente trabajo, a través de una guía de entrevista se profundiza en el conocimiento teórico que se tiene acerca de los factores sociales y económicos que limitan la aceptación de las usuarias, como la escolaridad, religión, mitos y creencias, entre otros. La obtención de este conocimiento permitirá al personal de salud orientar a las usuarias con vida sexual activa sobre la importancia de los métodos de anticoncepción hormonal, para la prevención de embarazos no deseados, la sobrepoblación, los embarazos de alto riesgo en aquellas mujeres que tengan factores de riesgo. Además se pretende fomentar la promoción de la libre elección de un método de planificación familiar a las usuarias para mejorar las coberturas de programa de planificación familiar, a través del esclarecimiento de las creencias erróneas que las usuarias puedan tener, y con esto disminuir la tasa de natalidad y mortalidad perinatal en nuestra área de trabajo.

La relevancia social es la promoción y por consiguiente el uso de métodos anticonceptivos hormonales de los programas de planificación familiar, el espaciamiento o limitación de los embarazos de acuerdo con las características socio demográficas, mejora en la salud materna, como en la supervivencia infantil.

La implicación práctica: se realizará la investigación para tener orientación acerca del conocimiento, aceptación, rechazo, miedos o dudas en las usuarias en edad fértil de las unidades comunitarias de salud familiar básicas San Jerónimo, San Gerardo, Jocote Dulce, San Miguel y Monteca, La Unión de los métodos anticonceptivos hormonales y de esta manera poder utilizar diferentes estrategias para contrarrestar las barreras que

impiden el uso de los métodos anticonceptivos hormonales en las mujeres en edad fértil, con vida sexual activa que no son usuarias.

Los beneficios del estudio para el Ministerio de Salud son: Dar a conocer los métodos de planificación familiar hormonales más demandados, el número de usuarias activas y el número del índice de tasa de natalidad de la población en investigación

Los beneficios para las unidades comunitarias de salud familiar son: conocer que métodos hormonales son los más aceptados, orientar al personal de salud para ofertar los métodos de planificación familiar haciendo énfasis en su mecanismo de acción, efectos adversos y forma de uso correcto e incrementar los porcentajes de cobertura del programa de planificación familiar.

Los beneficios del estudio para las mujeres en edad fértil son: Prolongar su periodo intergenesico, evitar los embarazos no planeados y disminuir el riesgo reproductivo.

Los beneficios de la investigación para los estudiantes Egresados en la Carrera Doctorado en Medicina y los profesionales en Salud son: profundizar en el conocimiento de los diferentes métodos de planificación hormonal para ofertarlos de manera adecuada, lograr aceptación de las usuarias según sus ventajas y desventajas, y establecer una base para investigaciones futuras.

### **3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1 Objetivo general.**

- Identificar los factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de anticoncepción hormonal en mujeres en edad reproductiva atendidas en las unidades comunitarias de salud familiar: San Jerónimo, San Gerardo; Jocote Dulce, San Miguel y Monteca, La Unión año 2018.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Determinar qué porcentaje de conocimientos poseen las usuarias sobre los métodos de anticoncepción hormonal ofertados por el ministerio de salud.
- identificar los factores socioculturales que influyen en el rechazo de la anticoncepción hormonal en mujeres de edad reproductiva.
- Jerarquizar los factores que resulten influyentes en el rechazo de la anticoncepción hormonal en las mujeres en edad reproductiva usuarias de las unidades en estudio.
- Definir el porcentaje de mujeres activas en el programa de planificación familiar de las unidades mencionadas.

## **4. MARCO TEORICO**

### **4.1 Planificación familiar.**

La planificación familiar constituye alrededor del mundo una medida fundamental que ha permitido disminuir las tasas de mortalidad materna-neonatal y también mejorar las condiciones de vida de las personas, al decidir libremente el número de hijos que desean tener, como parte del ejercicio de sus derechos reproductivos.

A nivel mundial, aproximadamente la mitad de las mujeres casadas o unidas, utilizan algún método de planificación familiar, lo cual ha permitido reducir la tasa global de fecundidad y mejorar las condiciones de vida en muchos países. Aunque la situación mundial en cuanto a planificación familiar ha mejorado en las últimas décadas; se calcula que más de 120 millones de mujeres en los países en vías de desarrollo no reciben métodos de planificación familiar a pesar de necesitarlos.

La Encuesta de Salud Familiar de El Salvador (FESAL 2002/032) reporta una tasa Global de Fecundidad de 2.97 hijos por cada mujer; con amplias variaciones según residencia. Las mujeres que viven en el área rural, tienen en promedio 4 hijos.

Igualmente, reporta una tasa global de uso de métodos de planificación familiar del 67.3% en mujeres casada o unidas; siendo menor en el área rural (60.1%); el método más utilizado es la esterilización femenina con un 32.7%, seguido por los inyectables con un 18.3% y los orales con un 5.8% y el porcentaje de uso de los otros métodos menor al 3%.

La edad, las condiciones especiales y la vulnerabilidad de ciertos grupos determinan el mayor o menor uso de anticonceptivos. El rango de edad de mayor uso en el país es entre los 35 y los 39 años.

En la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, Cairo, Egipto, 1994, se planteó el enfoque de derechos, en el que todos los seres humanos nacen con vida propia, dignidad, libres e iguales con capacidad y libertad para ir construyendo su existencia en un proceso social continuo, con necesidades particulares en cada etapa de su desarrollo.

En el Salvador, la salud es un derecho humano inalienable, elevado a la categoría de bien público, según el artículo 65, de la Constitución de la República. En el marco de estos derechos están incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que ya están reconocidos en las leyes nacionales, documentos internacionales y otros aprobados por consenso.

### **DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

- a) Derecho a la Información. Todas las personas tienen derecho a recibir información completa sobre la planificación familiar para ellos y sus familias.

- b) Derecho al acceso a servicios. Todas las personas tienen derecho a recibir servicios de planificación familiar de calidad, sin importar estatus social, situación económica, religión, creencia política, origen étnico, estado familiar, ubicación geográfica o cualquier otra característica que pueda colocar a las personas en determinados grupos. Incluye el derecho a obtener el método seleccionado.
- c) Derecho a Escoger el método anticonceptivo. Todas las personas tienen derecho a decidir de manera libre e informada si quieren planificar su familia o no, escoger el método anticonceptivo y cuando usarlo. Incluye las decisiones de las personas usuarias de discontinuar un método o cambiarlo, y a optar por el proveedor de servicios con el que se sientan más cómodos.
- d) Derecho a la Seguridad en la utilización de anticoncepción eficaz. Las personas usuarias tienen derecho a la seguridad en la utilización de la planificación familiar. Esto implica que tienen derecho a una anticoncepción eficaz y a ser protegidos de posibles efectos secundarios del método seleccionado, así como a otros riesgos que se deriven de la idoneidad del lugar en donde se presta el servicio y la competencia técnica de los proveedores. Además incluye el tratamiento oportuno y adecuado de cualquier complicación o efecto secundario posible del método.

## **4.2 Factores sociales**

### **Conocimiento**

El conocimiento suele entenderse como hechos o información adquiridos por un ser vivo a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad. Incluye el “saber qué”, el “saber cómo”, el “saber cuándo” y el “saber dónde”. No existe una única definición de “conocimiento”. Sin embargo existen muchas perspectivas desde las que se puede considerar el conocimiento, siendo la consideración de su función y fundamento, un problema histórico de la reflexión filosófica y de la ciencia. La rama de la ciencia que estudia el conocimiento es la epistemología o teoría del conocimiento.

#### **Tipos de conocimiento.**

##### **Conocimiento Científico:**

Cuando son el resultado de esfuerzos sistemáticos y metódicos de investigación colectiva y social en busca de respuestas a problemas específicos como explicaciones en cuya elucidación procura ofrecernos la interpretación adecuada del universo.

##### **Conocimiento empírico:**

Es aquel basado en la experiencia, experimentación e investigación, y en último término, en la percepción, pues nos dice qué es lo que existe y cuáles son sus características, pero no nos dice que algo deba ser necesariamente así y no de otra



forma; tampoco nos da verdadera universalidad. Consiste en todo lo que se sabe y que es repetido continuamente teniendo o sin tener un conocimiento científico.

### **Nivel de escolaridad.**

El nivel de escolaridad se refiere al nivel máximo de estudios alcanzado por un individuo.

Es uno de los indicadores más importantes del grado de desarrollo socioeconómico del país se basa en el nivel educativo de su población, ya que la educación es un factor básico para fomentar la incorporación completa de las personas a la vida económica, política y social de la nación mexicana.

Además es esencial para promover e incrementar las capacidades de los individuos y su potencial en los distintos espacios de la vida, así como también para obtener los conocimientos o habilidades necesarios para realizar adecuadamente las actividades laborales productivas y mejor remuneradas. La educación como ningún otro componente del desarrollo socioeconómico ejerce una influencia directa para amortiguar las disparidades sociales y culturales, robustecer los valores cívicos y morales modernos, y colaborar tanto en la formación de los ciudadanos, como a la integración de una sociedad más justa, más informada, más participativa, más responsable y más democrática.

### **Niveles y modalidades de educación en El Salvador.**

La educación en el país cuenta con los siguientes niveles y modalidades de estudio:

- Educación inicial.
- Parvulario.
- Básica.
- Media.
- Superior no Universitaria
- Universidad
- Además se tiene la educación formal, no formal y la de adulto, también se desarrolla la Educación Especial.

### **Educación inicial.**

La Educación Inicial es el servicio educativo que se brinda a niños menores de cuatro años de edad, con el propósito de potencializar su desarrollo integral, (entendiendo al desarrollo como un proceso integral que estudia la percepción, pensamiento, lengua, entre otros del ser humano y lo ve como una interrelación entre unidades), en un ambiente educativo y afectivo, que le permitirá al niño adquirir una cultura(habilidades, hábitos, valores), así como desarrollar su autonomía, creatividad y actitudes necesarias en su desempeño personal y social.

### **Educación parvularia.**

Es el primer nivel de educación formal dentro del sistema. Comprende normalmente de tres años de estudio. No es requisito para continuar estudios, autorizada en forma irrestricta el acceso a la Educación Básica.

Los dos primeros años de formación corresponden en su contenido a la concepción de educación inicial. Y el tercero se centra en el aprestamiento para la escolaridad.

Tiene gran trascendencia como apoyo para el desarrollo de los niños (as), principalmente de aquellos socialmente menos favorables

### **Educación básica.**

Según la constitución política de el salvador, la educación básica es obligatoria, gratuita, cuando la imparta el estado. Comprende regular mente nueve años de estudio del primer al noveno grado y se organiza en tres ciclos de tres años cada uno, iniciándose a los siete años de edad.

Se admitirán niños (as) de seis años en primer grado siempre que comprueben la capacidad y madures para iniciar en dicho ciclo.

Busca responder a las necesidades básicas de aprendizaje, tanto generales (universales) como particulares (de los individuos en su contexto socioeconómico y cultural); ambas orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la persona y de su comunidad.

Enfatiza en el desarrollo de las estructuras y habilidades intelectuales que permiten el aprendizaje continuo, más que en la adquisición de información.

### **Educación media.**

Ofrece la formación en dos modalidades educativas: General y Técnico Vocacional, ambas permiten continuar con estudios superiores o incorporarse a la actividad laboral. Esta educación culmina con el grado de Bachiller. El Bachillerato General tiene una duración de dos años de estudio y el Técnico Vocacional de tres. El Bachillerato Nocturno tiene una duración de tres y cuatro años respectivamente.

### **Educación superior.**

Constituye a la cúspide del sistema educativo nacional y representa la más alta aspiración de formación científica, humanística y tecnológica, dentro de la educación formal.

Por su naturaleza, es fuente de orientación para la vida nacional en todas sus esferas, considerando los desafíos que plantean una necesidad en continua transformación.

Tiene como propósito la formación de profesionales en todas las áreas con el fin de contribuir desarrollo y crecimiento económico, cultural y social, a través de la ciencia y la tecnología orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

### **4.3 Factores culturales**

#### **Patrón Cultural**

**Definición:** son un conjunto de normas que rigen el comportamiento de un grupo organizado de personas, en función de sus tradiciones, costumbres, hábitos, creencias, ubicación geográfica y experiencias, para establecer unos modelos de conductas.

#### **Relación entre machismo y uso de métodos anticonceptivos**

En razón del género, mujeres y hombres somos educados en conjunto de deberes, prohibiciones y prerrogativas diferenciadas que constituyen la base de la desigualdad. La subordinación histórica de las mujeres nos ha excluido de las estrategias y políticas de desarrollo.

Esta situación de dependencia de la mujer respecto al hombre tiene repercusiones muy importantes sobre la salud reproductiva, ya que en numerosos casos la mujer no puede tomar decisiones sobre su vida sexual. Es dependiente de su marido y es éste quien determina la cantidad de hijos que va a tener la pareja, sin considerar la salud de la mujer, de los hijos y la situación económica ya que, para probar su hombría, debe tener muchos hijos o hijas.

Además, en nuestra sociedad están vigentes numerosos estereotipos sexuales que fomentan esta situación: El hombre debe demostrar su hombría a través de la cantidad de hijos que tiene; la mujer debe tener hijos para sentirse realmente mujer, etc.

Como consecuencia de la discriminación sexual y el modelo económico imperante, las mujeres tienen poca capacidad de controlar sus capacidades reproductivas, lo que traduce altas tasas de fecundidad con una alta frecuencia de embarazos juveniles y un acelerado crecimiento demográfico.

PROFAMILIA reveló que entre las principales causas de no uso de anticonceptivos estaban: no tienen pareja, temor a efectos secundarios, creencias o mitos, desea más hijos y no lo ha conversado con su pareja.

Los hombres deben participar más, no sólo en la decisión de tener hijos sino también en el proceso de su crianza y educación, así como cuando se piensa en la decisión de usar anticonceptivos, la responsabilidad de su elección, adquisición y uso suele recaer sobre la mujer.

En el área de planificación familiar, es el hombre quien decide continuar o dar por terminada la etapa procreadora de la pareja, mientras que la mujer es quien sufre directamente las consecuencias, y se la margina obligándola a aceptar la decisión del varón; esto es claramente una violación de los derechos sexuales reproductivos de la mujer.

## **Mitos y creencias.**

### **MITOS.**

Los mitos se conocen como parte del sistema de creencias de una cultura o de una comunidad, la cual los considera historias verdaderas. Al conjunto de los mitos de una cultura se le denomina mitología. Cuanto mayor número de mitos y mayor complejidad tiene una mitología, mayor es el desarrollo de las creencias de una comunidad. La mitología sustenta la cosmovisión de un Pueblo.

#### **Tipos de mitos:**

- Mitos cosmogónicos: Intentan explicar la creación del mundo. Son los más universalmente extendidos y de los que existe mayor cantidad. A menudo, se sitúa el origen de la tierra en un océano primigenio. A veces, una raza de gigantes, como los titanes, desempeña una función determinante en esta creación; en este caso, tales gigantes, que suelen ser semidioses, constituyen la primera población de la tierra.
- Mitos teogónicos: Relatan el origen de los dioses. Por ejemplo, Atenea surge armada de la cabeza de Zeus.
- Mitos antropológicos: Narran la aparición del ser humano, que puede ser creado a partir de cualquier materia, viva (una planta, un animal) o inerte (polvo, lodo, arcilla, etc.). Los dioses le enseñan a vivir sobre la tierra. Normalmente están vinculados a los mitos cosmogónicos.
- Mitos etiológicos: Explican el origen de los seres, las cosas, las técnicas y las instituciones.
- Mitos morales: Explican la existencia del bien y del mal.
- Mitos fundacionales: Cuentan cómo se fundaron las ciudades por voluntad de dioses. Un ejemplo es el de la fundación de Roma por dos gemelos, Rómulo y Remo, que fueron amamantados por una loba.
- Mitos escatológicos: Anuncian el futuro, el fin del mundo. Siguen teniendo amplia audiencia. Estos mitos comprenden dos clases principales, según el elemento que provoque la destrucción del mundo: El agua o el fuego. A menudo están vinculados a la astrología. La inminencia del fin se anuncia por una mayor frecuencia de eclipses, terremotos, y toda clase de catástrofes naturales que aterrorizan a los humanos.

## **CREENCIAS.**

Una creencia es el estado de la mente en el que un individuo supone verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa; cuando se objetiva, el contenido de la creencia presenta una proposición lógica, y puede expresarse mediante un enunciado lingüístico como afirmación. Básicamente creer significa "dar por cierto algo, sin poseer evidencias de ello".

### **Clasificación de las creencias.**

- **Según el dominio cognitivo**

Se pueden distinguir tres tipos:

- ✓ Creencia básica, nuclear o central.
- ✓ Creencia intermedia.
- ✓ Pensamiento automático.

- **Según la base.**

Una creencia puede tener o no base empírica. Por ejemplo, las creencias religiosas, al ser basadas en dogmas, no suelen tener base empírica; lo que las hace opuestas a la ciencia, que se construye a partir de datos obtenidos mediante el método experimental o a través de cálculos precisos.

- **Según el concepto**

Aunque en el lenguaje común no suele tenerse en cuenta la siguiente distinción; sin embargo, conceptualmente conviene diferenciar:

- ✓ Las opiniones, que están sometidas a ciertos criterios racionales que justifican la verdad de su contenido: la ciencia y todos los discursos sometidos a la crítica racional cuyo fundamento último es una creencia objetivamente fundada en criterios establecidos.
- ✓ Las ideologías cuyo fundamento es la propia constitución de la identidad del grupo social y la defensa de sus intereses, aunque se presenten como verdades y fundamento de opiniones (prejuicios).
- ✓ La religión, cuyo contenido, fundamento de verdad y moral, al estar situado fuera del contexto cognoscitivo del mundo y de la experiencia, por revelación divina o autoridad sagrada, suele tomarse como modelo de creencia que no depende de la razón humana, y ejerce una función de sentido de la vida, que a veces se confunde con la ideología.

- **Según su cuestionamiento**

Cuando las creencias admiten discusión y contraste, se dan distintos tipos de marcos de desarrollo, principalmente parcelado en dos:

- ✓ Creencias cerradas: Sólo admiten discusión y contraste por cierta clase de personas, escogidas por su autoridad y afinidad a lo ideal.
  - creencias religiosas
  - creencias esotéricas
  - creencias sociales
  - creencias conspirativas secretas.
  - mitos, leyendas, supersticiones.
  
- ✓ Creencias abiertas: Admiten discusión y contraste por cualquiera que se adhiera a un modelo de análisis lógico, y razones con base en él.
  - creencias científicas.
  - creencias pseudocientíficas.
  - creencias científicistas.
  - creencias históricas.
  - creencias políticas

### **Mitos y creencias relacionados con los anticonceptivos.**

- El DIU (Dispositivo Intrauterino) es abortivo  
 El DIU es un pequeño dispositivo de metal y plástico en forma de "T"; se coloca dentro del útero para prevenir el embarazo. Es seguro, eficaz y duradero. La función del DIU es dificultar el paso de los espermatozoides a las trompas y por lo tanto no se considera abortivo.
  
- El coito interrumpido evita el embarazo  
 Aunque se trata de una de las creencias más arraigadas, lo cierto es que es un método demasiado arriesgado. El porcentaje de éxito es sólo del 60 por ciento.
  
- Lavarse, bañarse u orinar luego de tener relaciones evita el embarazo  
 Ninguna de estas tres medidas evita un embarazo, ya que no pueden lograr que los espermatozoides lleguen al óvulo. Es una creencia antigua que no hace sino confundir y provocar situaciones no deseadas.
  
- Las relaciones sexuales de pie impiden el embarazo  
 Ninguna posición sexual evitará un embarazo... No existen posturas que dificulten o favorezcan la concepción.
  
- En la primera relación no hay riesgo de embarazo  
 Lamentablemente, esta creencia es la culpable de muchos embarazos no deseados, sobre todo en adolescentes. Una vez que se haya producido la ovulación en la mujer, esta puede quedar embarazada, más aun, antes de la primera menstruación también existe esta posibilidad ya que el óvulo se expulsa unos días antes del sangrado.
  
- La píldora aumenta el riesgo de sufrir un cáncer

Los anticonceptivos orales no solo no predisponen a la aparición de muchos tipos de tumores sino que la previenen. Según la organización **American Cancer Society**, las mujeres que usaron anticonceptivos orales (píldora anticonceptiva) tienen un menor riesgo de cáncer de ovario. Esto se observa después de los primeros 3 meses de uso, y el riesgo es menor mientras más tiempo se use la píldora.

- Los anticonceptivos orales provocan esterilidad

No existe relación entre la ingesta de pastillas anticonceptivas y problemas de infertilidad. Los métodos anticonceptivos orales son reversibles al poco tiempo de suspenderlos; es decir, que al mes o a los dos meses de abandonar su ingesta, se retorna a la ovulación. Gran parte de las preocupaciones relativas a la posibilidad de concebir post-anticoncepción son infundadas, y sin sustento científico.

- La píldora aumenta el vello y engorda

Con los actuales preparados y las dosificaciones cada vez más bajas, es extraordinariamente raro que aparezcan este tipo de efectos secundarios.

- La pastilla es infalible

Los anticonceptivos orales pueden perder su eficacia si se ingieren en combinación con otros fármacos. La absorción de los anticonceptivos puede verse en riesgo cuando se ingiere otros medicamentos, como algunos antibióticos, medicación contra el VIH y anticonvulsivos.

- El preservativo puede estar pinchado o romperse

Hay muchas historias sobre preservativos rotos o pinchados, pero lo cierto es que tanto los fabricantes como las entidades encargadas del control y supervisión de estos productos los someten a distintos controles de calidad. Es importante recordar que, a diferencia de los otros métodos anticonceptivos, el preservativo es el único que también evita el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

- Es suficiente usar el preservativo sólo durante la eyaculación

.Antes de la eyaculación hay fugas de espermatozoides que pueden provocar un embarazo.

- La vasectomía afecta la orientación sexual

Existe el mito de que por hacerse una vasectomía, el hombre perderá su hombría, cambiará de orientación sexual o tendrá relaciones íntimas poco satisfactorias. Sin embargo, este procedimiento no modifica en nada las relaciones de ninguna persona; no tiene efectos en su deseo sexual, ni en la calidad de sus relaciones sexuales.

## **Religión.**

Las religiones varían ampliamente en sus opiniones éticas relacionadas con el control de la natalidad y las formas de hacerlo y practicarlo. Oficialmente, la Iglesia católica romana solo acepta la planificación natural de la familia, aunque un gran número de católicos en los países desarrollados aceptan y utilizan métodos modernos de control de la natalidad. Entre los protestantes hay una amplia gama de opiniones. Algunas

rechazan todo tipo de control. Consideran que "se debe tener todos los hijos que Dios nos manda". En el judaísmo van desde la secta más estricta ortodoxa a la más relajada reformista. Los hinduistas pueden usar tanto los anticonceptivos naturales como artificiales. Una opinión budista común es que la prevención de la concepción es aceptable, pero intervenir después de que la concepción se ha producido no lo es. En el islam, los anticonceptivos están permitidos si no amenazan la salud, aunque algunos los desaconsejan. La enfermera estadounidense **Margaret Sanger**, fundadora de la American Birth Control League (hoy Planned Parenthood), tuvo que refugiarse en Inglaterra para no ser procesada por repartir información impresa sobre métodos anticonceptivos. En EEUU también estaba prohibido a los médicos dar a sus pacientes información oral sobre anticoncepción. En algunos estados de la unión estas prohibiciones duraron hasta 1972.

## **Religión y sexualidad**

La relación entre religión y sexualidad varía en las distintas religiones. Es clave la consideración que dan a diferentes hechos como el matrimonio, las prácticas homosexuales, el adulterio, etc. Para algunos, "el control de la sexualidad es una forma más de control social".

### **Iglesia católica: prohibición de la anticoncepción**

La moral sexual católica ha sido restrictiva en el uso de la anticoncepción ya que defiende que los fines del matrimonio son dos: ayuda mutua y procreación. Sobre todo se basa en que la relación sexual debe ser unitiva y procreativa, es decir, abierto a la vida (lo que no significa que en toda relación deba buscarse un hijo). Por esto la doctrina católica defiende y promueve los métodos naturales para la regulación de la fertilidad.

### **Prohibición de la anticoncepción.**

No sólo estaba prohibida la anticoncepción en la España católica, y en otros países católicos, sino que estaba prohibida en los EE.UU. A partir de 1873, con la ley Comstock, se prohibió el uso del correo no sólo para objetos, sino para información sobre la anticoncepción. Se prohibió también la anticoncepción en muchos estados. La enfermera **Margaret Sanger**, fundadora de la American Birth Control League (hoy Planned Parenthood), tuvo que refugiarse en Inglaterra para no ser procesada por repartir información impresa. Los soldados norteamericanos eran los únicos que durante la Primera Guerra Mundial no tenían acceso a condones. Incluso que un médico diera información oral sobre anticoncepción a su paciente estaba prohibido; tal prohibición continuó en el estado de Connecticut hasta 2001 para los casados (fecha del fallo *Griswold v. Connecticut*; véase en *Griswold v. Connecticut*). Para la población entera, es decir casada o no, la prohibición duró hasta 1972 (el fallo *Eisenstadt v. Baird*)



## **Aceptación en las religiones.**

Los métodos naturales de planificación familiar son los recomendados por la Iglesia católica y por otras instituciones religiosas ya que son los únicos basados en la fisiología del cuerpo (por eso son llamados naturales). No introducen objetos extraños (como el condón o el diafragma). No alteran los procesos biológicos (como la píldora anticonceptiva). No están cuestionados por los movimientos contra el aborto (como la píldora del día después)

## **Reivindicación de la sexualidad femenina:**

La lucha por la igualdad del feminismo incluye una reivindicación dual: por una parte la posibilidad de disfrute integral de la sexualidad salud sexual y por otra la reivindicación del control de la reproducción con garantías sanitarias y socioeconómicas salud reproductiva. La planificación familiar ha ido de la mano de la difusión y educación sobre el uso de los métodos anticonceptivos.

## **Iglesia cristiana:**

La opinión de las iglesias cristianas se sigue articulando sobre tres ejes fundamentales:

- a.** La mujer debe estar subordinada al hombre.
- b.** La relación sexual tiene únicamente propósitos de reproducción biológica, la mujer no puede decidir cuántos hijos tener, dado que estos son voluntad de Dios.
- c.** El destino de la mujer es ser esposa y cuidar de la familia y el hogar.

Por otra parte, la falta de educación sexual humanizada y liberadora favorece la multiparidad; las patologías de origen sexual y las asociadas a la reproducción. Exaltan la maternidad y prohíben todo uso de métodos anticonceptivo "antinaturales", solo aceptan los métodos naturales siendo este uno de los métodos más inseguros; muchas mujeres quedan embarazadas volviéndose portadoras de un embarazo inoportuno. Pero la misma iglesia que las empuja a tomar ese método también condena a las mujeres que practican o desean el aborto, una de las principales causas de muerte materna.

Sin embargo hay grupos religiosos que abogan por los derechos sexuales. En el documento del Encuentro Regional de Católicas por el derecho a decidir en América Latina, realizado en Uruguay en 1994, dice que las mujeres católicas continuarán contribuyendo a la desconstrucción de los mitos católicos; dando a conocer el derecho a disentir, incorporando estas perspectivas a los esfuerzos por hacer realidad 105 derechos reproductivos, incluyendo la despenalización de aborto y el acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos.

Los hijos son un don de Dios. A nivel humano, lo más grande que podemos hacer es transmitir la vida.

Es también deseo de dar, de comunicar lo que nosotros hemos recibido. Deseo de fructificar, de contribuir al porvenir de la humanidad. (...) Es un acto de esperanza. Un sentimiento de que la vida es un don y de que "lo que no se da, se pierde"

Los hijos deben ser fruto del amor y de la paternidad responsable.

La Iglesia, al exigir que los hombres observen las normas de la ley natural interpretada por su constante doctrina, enseña que cualquier acto matrimonial debe quedar abierto a la transmisión de la vida.

Decían: "Impedir la concepción no puede ser nunca un bien". Es siempre un desorden. Pero este desorden no es siempre culpable. Puede efectivamente suceder que un matrimonio se encuentre ante un verdadero conflicto de deberes, en particular cuando la observancia de los ritmos naturales no les proporciona una base suficientemente segura para la regulación de los nacimientos. Cuando alguien se halla ante una alternativa de deberes, porque no puede evitar un mal sea cual fuere la decisión que adopte, la prudencia tradicional aconseja que se considere delante de Dios qué obligación parece ser la más grave en tal circunstancia.

A veces puede haber razones para limitar el número de hijos, o espaciarlos. No es prudente que la mujer quede embarazada a partir de los cuarenta años.

Los métodos naturales de la regulación de nacimientos son morales. La diferencia entre métodos artificiales y naturales en la planificación familiar es que en aquellos se utilizan medios físicos (el preservativo, el abortivo DIU), químicos (espermicidas), u hormonales (píldoras) para frustrar la concepción. En cambio los métodos naturales se limitan a elegir los días infecundos, en lo cual no hay nada inmoral

Por este motivo todo método natural es llamado también "método de abstinencia periódica. Como tal, todo método natural es "no-conceptivo" y no "anti-conceptivo" porque no supone ningún acto positivo que tenga por objeto destruir las posibilidades naturales de una concepción.

Utilizar elementos artificiales es sólo lícito cuando se trata de corregir imperfecciones (dentadura postiza); pero no cuando se trata de frustrar lo que es conforme a la naturaleza.

La gran diferencia entre métodos naturales y artificiales está en que los artificiales, al truncar artificialmente la procreación impide la creación de un alma por parte de Dios.

El recurso a los métodos naturales de control de nacimientos es algo cualitativamente diferente, ya que haciendo el acto en el período infecundo de la mujer, se está haciendo algo que Dios, en su infinita sabiduría, había previsto.

No es un acto de rebelión contra Dios, ni un impedimento a su acción creadora. Es seguir el camino que Él mismo ha establecido, y con el que ha dado a la mujer espacio

infecundo suficiente para que se pueda realizar el significado unitivo del amor conyugal, cuando el procreativo no es posible por las circunstancias de la vida

La significación moral, por tanto, de los dos métodos es completamente diferente.

Recurriendo a los días agenésicos de los ritmos de la fecundidad, los esposos no se erigen en dueños y señores del don de la vida.

Algunos dicen que los métodos naturales de regulación de la natalidad, que se someten a los «ritmos biológicos», quitan la espontaneidad de la vida sexual en el matrimonio. Pero espontaneidad no significa comportarse según el impulso del instinto en cada momento. Lo que al hombre le hace ser hombre es precisamente la capacidad de integrar, de valorar y de escoger lo que es bueno para sí y para el otro en cada momento. Por lo tanto, comportarse espontáneamente a nivel sexual puede significar renunciar al acto sexual por un bien mayor practicando una abstinencia periódica de las relaciones.

El amor sexual tiene dos fines esenciales: la unión de las personas y la transmisión de la vida.

Lo que reprueba la Iglesia de Cristo es perseguir el primero excluyendo el segundo; no sólo a nivel de intención, sino por una manipulación sobre el vínculo.

#### **4.4 METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

Son los métodos temporales de anticoncepción que contienen estrógenos y progestinas (combinados) o sólo progestina, se usan por vía oral, intramuscular, transdérmico, transvaginal o subdérmica, con el objetivo de prevenir el embarazo. Estos métodos no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS) ni del VIH. Existen de dos tipos: combinados y solo de progestina.

##### **4.4.1 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS**

###### **Definición:**

Contienen estrógenos y progestina y su vía de administración puede ser oral, inyectable mensual, transdérmico (parche) y transvaginal (anillo).

###### **Mecanismo de acción:**

Estos cuatro métodos tienen como principal mecanismo de acción la inhibición de la ovulación; y de forma secundaria, se describe que espesan el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides. No actúan interrumpiendo la gestación.

###### **Duración del efecto anticonceptivo**

La duración del efecto anticonceptivo está limitada a cada uno de los ciclos en los que se usa correctamente. Retorno de la fertilidad El retorno a la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

### **Efectividad**

Son métodos muy efectivos cuando se usan correcta y sistemáticamente, tienen una tasa de embarazo accidental menor del 1% en el primer año de uso (tasa teórica)

### **Beneficios**

Comparten los mismos beneficios: Protección contra riesgo de embarazo, cáncer endometrial, cáncer de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria, quistes de ovario y anemia por deficiencia de hierro. Reducen además la dismenorrea, el sangrado menstrual irregular, el acné y el hirsutismo. Efectos secundarios posibles Cefalea, náuseas y vómitos, mareo, sensibilidad mamaria, irregularidades menstruales y cambios del estado de ánimo.

### **Efectos adversos**

Los signos de alarma, que se presentan en muy raras ocasiones pueden ser: dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar, visión borrosa, cefalea intensa con síntomas neurológicos focales y dolor intenso en las piernas y abdomen. Si se presenta alguno de estos síntomas, la usuaria debe acudir a consulta médica a la brevedad posible y para ello se requiere de una consejería de acuerdo a su condición social.

## **ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)**

### **Descripción o tipo:**

1. Sobre o paquete con 21 pastillas que contienen hormonas.
2. Sobre o paquete con 28 pastillas: 21 pastillas que contienen hormonas y 7 pastillas sin contenido hormonal.
3. Sobre o paquete con 28 pastillas: 24 que contienen hormonas y cuatro sin contenido hormonal

### **Uso del método**

**Inicio:** Una mujer puede empezar a utilizar el método en cualquier momento que lo desee si existe una certeza razonable de que no está embarazada:

Si cumple al menos una de las anteriores condiciones inicie los anticonceptivos orales combinados; Si no se cumple ninguna, no debe iniciar el método y debe descartar embarazo. Si se inicia el método después del 5º día del ciclo, debe utilizar método de respaldo durante siete días. Tomar las pastillas todos los días hasta terminarlas y de preferencia a la misma hora tenga o no tenga relaciones sexuales.

### **Administración del método**

- En presentación de 21 pastillas se ingiere 1 cada día, de preferencia a la misma hora, seguida de 7 días de descanso. Los ciclos siguientes deben iniciarse después del período de 7 días de descanso, sin ingesta de pastillas, independientemente del sangrado menstrual.
- En las presentaciones de 28 pastillas se ingieren 1 de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguido de 7 días durante los cuales se ingiere a diario 1 pastilla que puede contener hierro o sólo placebo; debe comenzar el nuevo paquete al día siguiente de terminar el paquete anterior (es decir sin interrupciones).

### **Conducta a seguir por uso incorrecto del método**

- Si la usuaria olvidó tomar 1 o 2 pastillas en días consecutivos, tomar las pastillas lo antes posible puede tomar 1 o 2 tabletas al mismo tiempo o en el mismo día, y seguir tomándolas como siempre una cada día
- En caso de olvido de 3 ó más píldoras seguidas se debe tomar una pastilla lo antes posible y debe usarse un método de respaldo (condón) durante los siguientes siete días.
- En caso de que el olvido haya sido en las últimas 7 pastillas que llevan hormonas, deberá continuar ininterrumpidamente con un nuevo sobre, obviando el período de descanso o las pastillas sin contenido hormonal.
- En caso de olvido de alguna pastilla sin contenido hormonal se debe descartar las píldoras que no se tomó y se debe continuar tomando las restantes hasta terminarlas.

### **Manejo de efectos secundarios:**

**Cefalea:** indique acetaminofén, 500 mg cada seis horas o ibuprofeno 400 mg cada ocho horas. Si el dolor persiste o se acompaña de características de una cefalea migrañosa debe revisar lo descrito en los criterios de elegibilidad médica.

**Nausea, mareos y vómitos:** sugiera tomar las pastillas al acostarse o con las comidas. Indique antiácidos si los síntomas persisten y evalúe suspender el método si la usuaria lo desea o si continúa la sintomatología.

**Sensibilidad mamaria:** recomiende el uso de sostén ajustado incluso para dormir. Utilice compresas de agua fría o caliente dos veces al día sobre el área sensible, indique acetaminofén 500 mg cada seis horas o Ibuprofeno 400 mg cada ocho horas.

**Irregularidades menstruales:** explique que no es perjudicial y que desaparecerá después de unos pocos meses de uso, o recomiende: o Tomar la pastilla todos los días a la misma hora. o Instruir al respecto de las pastillas olvidadas. Si a pesar de eso el sangrado persiste, indique Ibuprofeno 800 mg cada ocho horas después de las comidas por cinco días desde que inicia el sangrado anormal. Si el sangramiento persiste después de tres meses de uso considere cambio de método según criterios médicos de elegibilidad y disponibilidad. Si la sintomatología persiste considere otras causas de hemorragia uterina anormal.

**Cambios del estado de ánimo:** explique que la sintomatología desaparece después de unos pocos meses de uso. Considere el uso continuo de los AOC si los cambios de humor son muy marcados o se acompañan de depresión severa.

## **ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC)**

### **Definición**

Los anticonceptivos inyectables combinados son compuestos de estrógenos sintéticos, que se metabolizan a nivel hepático y liberan un estrógeno natural; y progestinas sintéticas, que se usan por vía intramuscular con el objetivo de prevenir temporalmente el embarazo. Descripción o tipo 5 mg. de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de Noretisterona. 5 mg. de Cipionato de estradiol más 25 mg. de Acetato de medroxiprogesterona.

### **Inicio.**

En cualquier momento del ciclo, en que la persona proveedora esté razonablemente segura de que la usuaria no está embarazada. Se recomienda iniciar entre el primero y el séptimo día del ciclo menstrual, dependiendo de la presentación escogida. Sí se inicia después de este período utilizar un método de barrera o abstinencia por 7 días.

En mujeres postparto que no se encuentren amamantando, puede iniciar a partir de la tercera semana.

En el postaborto: Podrá usarse de inmediato o dentro de los 7 días posteriores a un aborto ya sea del primer o del segundo trimestre haya sido séptico o no.

Posterior a los 7 días, se podrá iniciar este método en cualquier momento en que se pueda estar razonablemente seguro que no está embarazada, utilizando un método de barrera o abstinencia durante los siguientes 7 días.

### **Administración del método.**

Aplicar una vez al mes por vía intramuscular profunda y sin masaje en el sitio de preferencia de la usuaria; teniendo especial cuidado en no derramar ninguna cantidad del líquido.

Cuando se utiliza la composición de 5 mg. de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de Noretisterona. Se inyecta mensualmente en una fecha fija, y se debe explicar a la usuaria que verá su menstruación en una fecha diferente, alrededor de dos semanas posteriores a la aplicación. También es posible que no presente sangrado menstrual.

### **Conducta a seguir por uso incorrecto del método**

El inyectable mensual cuenta con un periodo de seguridad de 7 días. Si la usuaria llega después de la fecha asignada y fuera de este periodo, no debe aplicarse. Únicamente

puede aplicarse después de este periodo si el proveedor o proveedora está razonablemente segura que la mujer no está embarazada, recomendando siete días de abstinencia o utilización de métodos de barrera

### **Manejo de efectos secundarios**

**Cefalea:** indique acetaminofén, 500 mg cada seis horas o ibuprofeno 400 mg cada ocho horas. Si el dolor persiste o se acompaña de características de una cefalea migrañosa debe revisar lo descrito en los criterios de elegibilidad médica.

**Sensibilidad mamaria:** recomiende el uso de sostén ajustado incluso para dormir. Utilice compresas de agua fría o caliente dos veces al día sobre el área sensible, indique acetaminofén 500 mg cada seis horas o ibuprofeno 400 mg cada ocho horas.

**Irregularidades menstruales:** explique que no es perjudicial y que desaparecerá después de unos pocos meses de uso. Si persiste, considere otras causas no relacionadas con el método

**Ausencia de sangrado menstrual:** explique que no es perjudicial y es uno de los efectos secundarios posibles.

**Sangrado fuerte o prolongado:** explique que con el uso, los sangrados serán menos fuertes. Oriente sobre la ingesta de tabletas con hierro y alimentos ricos en hierro para prevenir anemia. Indique 800mg de ibuprofeno tres veces al día después de las comidas por cinco días al inicio del sangrado. Si persiste o empeora, considere otras causas no relacionadas con el método.

**Aumento de peso:** revise la dieta, brinde consejería y promueva actividad física.

## **4.4.2 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SOLO DE PROGESTINA**

### **Descripción**

Son métodos hormonales que no contienen estrógeno y su vía de administración puede ser oral, inyectable o subdérmica (implantes).

### **Mecanismo de acción**

Comparten el mismo mecanismo de acción que consiste en inhibición de la ovulación, y secundariamente espesamiento del moco cervical.

### **Signos de alarma**

No se han descrito complicaciones importantes con su uso en ninguna de las vías de administración.

## **ANTICONCEPTIVOS ORALES SOLO DE PROGESTINA.**

### **Definición**

Son píldoras que contienen bajas dosis de progestinas, no contienen estrógenos y que se ingieren diariamente en forma continua.

### **Descripción o tipo Existen 2 formulaciones:**

- 500 mcg. de linestrenol.
- 75 mcg. de desogestrel

### **Duración del efecto anticonceptivo**

La protección anticonceptiva depende del uso diario y continuo. Si se omiten 1 ó más tabletas el método no es efectivo.

### **Retorno de la fertilidad**

El retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

### **Efectividad**

Cuando el método se usa de una manera correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental después del primer año de uso es menor al 1% en mujeres en período de lactancia. En mujeres que no están lactando la tasa de efectividad es ligeramente menor. En uso típico del método la tasa de embarazo es de aproximadamente un 12% para las pastillas solo de progestina.

### **Beneficios**

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- En enfermedades en las cuales los estrógenos están contraindicados
- Se pueden utilizar en las mujeres lactantes
- Reduce la incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria
- Pueden utilizarse en mujeres que están amamantando

### **Efectos secundarios posibles**

Los efectos secundarios que algunas mujeres pueden presentar son:

#### **Más comunes:**

- Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado ó amenorrea) que son menos frecuentes cuando se usa durante la lactancia

#### **Menos comunes:**

- Cefalea



- Sensibilidad mamaria
- Náuseas y mareos
- Aumento de peso.

### **Uso del método**

#### **Inicio:**

Una mujer puede empezar a utilizar el método en cualquier momento que lo desee si existe una certeza razonable de que no está embarazada. Tomar las pastillas todos los días hasta terminarlas y de preferencia a la misma hora tenga o no tenga relaciones sexuales.

#### **Administración del método:**

Se debe iniciar entre el primero y quinto día de la menstruación. Se ingiere una tableta diaria, ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación, por todo el tiempo en que se desee usar el método. Debido a que el efecto anticonceptivo de cada tableta dura 24 horas, es necesario tomar la tableta a la misma hora, y seguir estrictamente la ingestión diaria.

#### **Conducta a seguir por uso incorrecto del método**

- Si la usuaria olvidó tomar 1 pastilla, debe tomarla lo antes posible
- Si la ingiere después de 3 horas de la hora habitual, su efectividad disminuye, por lo que deberá agregar un método de barrera o abstinencia en las siguientes 48 horas.

#### **Manejo de efectos secundarios**

- Descartar otras patologías que puedan causar estos efectos
- Cuando hay amenorrea y antecedentes de ingestión irregular de la tableta, se debe descartar la existencia de embarazo
- En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la información, consejería y recomendar a la usuaria continuar el uso del método anticonceptivo
- La cantidad de hormona usada es muy pequeña y no se han descrito complicaciones importantes con su uso.

## **ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES SÓLO DE PROGESTINA**

### **Definición**

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos que contienen solamente una progestina sintética (no contienen estrógeno). Son de larga duración, que se aplican cada dos ó tres meses, según el tipo de inyectable.

## **Descripción o tipo**

Existen 3 formulaciones diferentes, todas contienen una progestina sintética esterificada:

- 200 mg. de enantato de noretisterona (NET-EN) en ampollas de 1 ml. de solución oleosa.
- 150 mg. de acetato de medroxiprogesteronamicrocristalina (DMPA) en ampollas de 3 ml. de suspensión acuosa.
- 104 mg de acetato de medroxiprogesterona subcutánea.

## **Duración del efecto anticonceptivo**

La protección anticonceptiva conferida por el enantato de noretisterona (NET-EN) se extiende por lo menos a 60 días después de su aplicación. La protección anticonceptiva conferida por el acetato de medroxiprogesterona (DMPA), tanto intramuscular como subcutáneo, se extiende hasta por lo menos 90 días después de su aplicación.

## **Retorno a la fertilidad**

El retorno de la fertilidad es más tardío que con los otros métodos hormonales. La posibilidad de embarazo durante el primer año de uso discontinuado del método es menor entre usuarias de DMPA que entre usuarias de otros métodos. Aproximadamente a los 14 meses de discontinuado el método, las tasas de embarazo ya son semejantes a las de mujeres que no han usado métodos anticonceptivos. Este retraso parece ser independiente del número de inyecciones aplicadas y de la edad de la usuaria. No se han reportado casos de infertilidad permanente aducible al método.

## **Efectividad**

Es un método altamente efectivo con una tasa de embarazo accidental después del primer año de uso menor del 1%, durante su uso perfecto y de 8% con uso típico.

## **Beneficios**

- Ayuda a proteger contra: Riesgo de embarazo.
- Cáncer de endometrio.
- Fibromas uterinos.
- Puede ayudar a proteger de enfermedad pélvica inflamatoria.
- Anemia por deficiencia de hierro.

## **Reduce:**

- Crisis de anemia falciforme.
- Síntomas de endometriosis (dolor pélvico y sangrado endometrial).

## **Efectos secundarios posibles**

Son las irregularidades menstruales, sangrado prolongado o abundante y amenorrea. Algunas mujeres pueden presentar cefalea, mastalgia, aumento de peso, náusea,

nerviosismo, cambio del estado de ánimo o del deseo sexual, mareos, distensión, molestia abdominal, desmineralización ósea que no produce osteoporosis. El retraso en el retorno a la fertilidad, puede también ser un problema en algunos casos.

### **Uso del método Inicio**

- Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina, pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual en que se esté razonablemente seguro que la mujer no está embarazada, preferentemente durante los primeros siete días del ciclo menstrual. Si el método se inicia después del día siete del ciclo, debe usarse un método de respaldo, como condones o abstinencia durante siete días.
- En el postparto, en mujeres lactantes, se debe iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se pueden iniciar inmediatamente después del evento.

### **Administración del método**

- Enantato de noretisterona (NET-EN): 1 ampolla inyectable profunda cada dos meses; no debe darse masaje en el sitio de aplicación.
- Acetato de medroxiprogesterona (DMPA): 1 ampolla inyectable profunda cada tres meses.

Los sitios de aplicación aceptables son tanto el brazo (región deltoide) como la región glútea aunque debe considerarse según la preferencia de las usuarias, evitando dar masaje en el lugar de la inyección.

- DMPA subcutánea: una ampolleta subcutánea cada tres meses en la región abdominal o en el muslo.

### **Conducta a seguir por uso incorrecto del método**

La NET-EN tiene un periodo de seguridad de 2 semanas y la DMPA de 4 semanas. En el caso de 104 mg. de acetato de medroxiprogesterona subcutánea el período de seguridad es de dos semanas. Si la mujer llega después de este periodo, el proveedor o proveedora puede aplicar el criterio de estar razonablemente seguros de que la mujer no está embarazada, se debe administrar e indicar métodos de respaldo por siete días.

### **Manejo de efectos secundarios**

- El manejo de la sintomatología leve se debe reforzar en la consejería inicial y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, si es necesario debe descartar cualquier otra patología que cause estos efectos.
- En caso de sangrado moderado o de manchado prolongado se debe brindar consejería y tranquilizar a la usuaria; si esto no es suficiente y ella desea continuar con el método se puede recurrir al uso de: AOC o estrógenos por un corto plazo (no más de 3 meses), Ibuprofeno, ácido mefenámico u otro anti-inflamatorio no esteroideo. Si la inyección previa se administró hace más de

cuatro semanas, la administración de otra inyección podría ser eficaz; programar la siguiente dosis tres meses después.

- El sangrado profuso es poco común, puede controlarse administrando dosis mayores de AOC o estrógeno (una pastilla diaria por 21 días); si el sangrado continua, debe descartarse una patología de base y tratarse según corresponda.
- La amenorrea es muy frecuentes y no requiere tratamiento médico, solo consejería adecuada.
- En caso de intolerancia de la usuaria a las alteraciones menstruales, puede ser necesario discontinuarlo o sugerir cambio de método.
- El aumento de peso puede ser en promedio de cuatro libras por año; por lo que debe hacerse de su conocimiento.

#### **4.4.3 ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS SOLO DE PROGESTINA (no disponibles en UCSF de estudio).**

##### **Definición:**

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, de aplicación subdérmica y que contiene una progestina sintética (no contiene estrógeno) la cual es liberada a dosis diarias muy pequeñas en forma controlada para alcanzar el efecto anticonceptivo deseado.

##### **Descripción:**

Los implantes que se usan en la actualidad son:

- Dos cilindros de silastic (hule de silicón) de 75 mg. de levonorgestrel cada uno, para un total de 150 mg.
- Un cilindro de 68 mg de etonorgestrel.
- Dos varillas flexibles hechas de elastómero de silicona, cada una contiene 75 mg. de levonorgestrel.

##### **Duración del efecto anticonceptivo:**

El efecto anticonceptivo con la utilización del implante de dos cilindros de levonorgestrel es de cinco años, con el de un cilindro de etonorgestrel es de 3 años y el de dos varillas flexibles ha sido aprobado para 4 años. En mujeres que pesan 80 o más kilogramos el implante de dos cilindros de levonorgestrel pierde eficacia después de cuatro años de uso.

**Retorno a la fertilidad:** La fertilidad se re-establece inmediatamente después que los implantes se retiran.

**Efectividad:** La tasa de embarazo es menor de 1 por cada 1000 mujeres que utilizan los implantes.

### **Uso del método:**

Los implantes pueden colocarse en cualquier momento del ciclo menstrual, en que se esté razonablemente seguro que la mujer no está embarazada, preferiblemente durante los primeros 5 días del ciclo menstrual con el de un cilindro y 7 días con el de dos cilindros. Si el método se inicia después del quinto o séptimo día respectivamente debe usarse un método anticonceptivo de respaldo, durante los 7 días siguientes

Si la usuaria está en amenorrea puede insertarse el implante en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Debe abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

En el postparto: se puede iniciar inmediatamente después del parto independiente de que este lactando o no. En el postaborto se puede iniciar inmediatamente después del evento y no necesita un método anticonceptivo de respaldo.

### **Administración del método**

#### **Pasos a seguir:**

- Usar las medidas de asepsia para prevenir infecciones.
- Usar anestésico local para evitar dolor.
- Insertar los implantes debajo de la piel.
- Cubrir con una curación adhesiva por 3 días y vendaje compresivo por 24 horas.

### **Anillo vaginal liberador de progesterona (no disponible en las UCSF en estudio).**

#### **Definición:**

Este es un método nuevo, que se utiliza para ampliar la eficacia anticonceptiva de la amenorrea de la lactancia entre las mujeres que amamantan, los anillos vaginales de progesterona, se insertan en la vagina para un uso continuo de hasta 3 meses y se cambian por uno nuevo si la lactancia continua y se desea prolongar la anticoncepción.

#### **Mecanismo de acción:**

El anillo vaginal de progesterona funciona difundiendo un flujo continuo de progesterona a través de las paredes vaginales, aproximadamente 10 mg por día, esta entra en el torrente sanguíneo y regula la fertilidad de la mujer al suprimir la ovulación. La progesterona también espesa el moco cervical, impidiendo la penetración del esperma en el útero.

#### **Uso del método:**

Las mujeres pueden usar estos anillos de manera continua durante un año. A pesar de que no se recomienda, el anillo se puede retirar durante las relaciones sexuales durante dos horas. Si el anillo se retira durante más tiempo, se debe utilizar un método adicional

de anticoncepción los siguientes siete días. Con la introducción de alimentos complementarios o una reducción en la frecuencia de la lactancia, los anillos de progesterona deben reemplazarse por otro método eficaz si se desea continuar con la anticoncepción. Son más apropiados para las mujeres que están amamantando ya que no contienen estrógeno, lo que podría reducir la producción de leche. La razón más común para dejar de usar los anillos de progesterona es el destete, ya que las mujeres eligen una anticoncepción más eficaz después de reducir los episodios de lactancia.

#### **4.4.4 Dispositivo Intrauterino liberador de hormonas (No disponible en las UCSF de estudio)**

##### **Definición:**

Es un método temporal de planificación familiar que consiste en insertar un dispositivo dentro de la cavidad uterina. El DIU es una buena alternativa para las usuarias que no desean un embarazo y no quieren usar un método permanente.

##### **Descripción o tipo:**

Los DIU son pequeños dispositivos fabricados de polietileno flexible con hilos que facilitan su colocación y extracción. Existen los no medicados o inertes y los medicados que a su vez pueden ser con cobre o liberadores de hormonas (levonorgestrel) estos últimos liberan constantemente pequeñas cantidades de hormona esteroidea en el útero. Los DIU más utilizados actualmente en el país son los medicados, de los cuales el más usado es el de polietileno en forma de T recubierto de cobre (TCu-380A). Pueden ser con cobre o liberadores de hormonas (levonorgestrel) estos últimos liberan constantemente pequeñas cantidades de hormona esteroidea en el útero. Los DIU más utilizados actualmente en el país son los medicados, de los cuales el más usado es el de polietileno en forma de T recubierto de cobre (TCu-380<sup>a</sup>).

##### **Uso del método**

##### **Inicio:**

El DIU puede insertarse en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo, de preferencia en los primeros 7 días del ciclo menstrual, si han transcurrido más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual no necesita utilizar método anticonceptivo adicional. En el postparto la inserción debe realizarse preferentemente dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea. También se puede hacer la colocación del DIU antes de que la usuaria sea dada de alta dentro de las 48 horas postparto inmediato. Inmediatamente o durante los primeros siete días después del legrado por aborto incompleto no séptico, partir de la cuarta y sexta semana postparto y post-cesárea respectivamente.

### **Manejo de efectos secundarios:**

- Las complicaciones inmediatas son las perforaciones uterinas y la hemorragia.
- Las mediatas son infecciones.

**Para el sangrado prolongado, profuso o irregular:** tranquilícela explicándole que desaparece después de los primeros tres meses de uso, asimismo se puede utilizar medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. Si el sangrado profuso o prolongado continúa descarte patologías ginecológicas.

**Dolor pélvico o calambres:** los calambres también son comunes en los primeros 3 a 6 meses de uso en particular durante la menstruación y que no es perjudicial y que desaparece con el tiempo. Si los calambres continúan y ocurren fuera de la menstruación evalúe buscando patologías subyacentes. Si los calambres son severos y no se encuentra patología subyacente evalúe la posibilidad de retirar.

**Enfermedad pélvica inflamatoria:** trate con antibióticos adecuados, no es necesario retirar el DIU si la usuaria desea continuar con el método.

**Amenorrea:** no requiere ningún tratamiento médico, es suficiente con orientación, si la mujer no acepta dicha sintomatología después de la orientación debe retirarse el DIU y ayudarle a elegir otro método.

**Anemia:** para prevenir la anemia proporcione un suplemento de hierro y fomente la ingesta de alimentos con hierro.

## **5. SISTEMA DE HIPOTESIS**

### **5.1 Hipótesis de trabajo.**

**H1:** Los factores socioculturales son la principal causa de rechazo hacia los métodos hormonales de anticoncepción de las mujeres en edad reproductiva atendidas en las UCSF Jocote Dulce, San Jerónimo y Monteca.

**H2:** Las usuarias de las UCSF Jocote Dulce, San Jerónimo y Monteca, poseen conocimientos sobre los métodos de anticoncepción hormonal.

### **5.2 Hipótesis nulas.**

**H0:** Los factores socioculturales no son la principal causa de rechazo hacia los métodos hormonales de anticoncepción de las mujeres en edad reproductiva atendidas en las UCSF Jocote Dulce, San Jerónimo y Monteca.

**H0:** Las usuarias de las UCSF Jocote Dulce, San Jerónimo y Monteca, no poseen conocimientos sobre los métodos de anticoncepción hormonal.



### 5.3 Operacionalización de las variables.

Tabla 1. Operacionalización de variables

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>H1: Los factores socioculturales son la principal causa de rechazo hacia los métodos hormonales de anticoncepción de las mujeres en edad reproductiva atendidas en las UCSF Jocote Dulce, San Jerónimo y Monteca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Factores sociales</li> <li>-Factores culturales</li> </ul>	<p>-Definición de factores sociales: situaciones que afectan a los seres humanos en conjunto, sea en el lugar y el espacio en que se encuentren.</p> <p>-Definición de factores culturales: rasgos distintivos que hacen diferentes a grupos humanos y asentamientos dentro de un mismo espacio geográfico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aspectos demográficos</li> <li>-Escolaridad</li> <li>-Conocimiento</li> <li>-Mitos</li> <li>-Creencias</li> <li>-Religión</li> <li>-Patrón cultural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Edad</li> <li>-Estado civil</li> <li>-Alfabetización</li> <li>-Ultimo grado de estudio</li> <li>Mitos:</li> <li>-El DIU es abortivo</li> <li>-El coito interrumpido evita el embarazo</li> <li>-Lavarse luego de tener relaciones evita el embarazo</li> <li>-Las relaciones sexuales de pie impiden el embarazo</li> <li>-En la primera relación sexual no hay riesgo de embarazo</li> <li>-La píldora aumenta el riesgo de sufrir de cáncer</li> <li>-Los ACO provocan esterilidad</li> <li>-La píldora aumenta el engorda</li> <li>-La pastilla no falla</li> <li>-Creencias</li> <li>-Religión</li> <li>-Machismo</li> </ul>

## COTINUACIÓN DE LA OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>H0: Los factores socioculturales no son la principal causa de rechazo hacia los métodos hormonales de anticoncepción de las mujeres en edad reproductiva atendidas en las UCSF Jocote Dulce, San Jerónimo y Monteca.</p>	<p>-Factores sociales -Factores culturales</p>	<p>-Definición de factores sociales: situaciones que afectan a los seres humanos en conjunto, sea en el lugar y el espacio en que se encuentren.</p> <p>-Definición de factores culturales: rasgos distintivos que hacen diferentes a grupos humanos y asentamientos dentro de un mismo espacio geográfico.</p>	<p>-Aspectos demográficos -Escolaridad -Conocimiento -Mitos -Creencias -Religión -Patrón cultural</p>	<p>-Edad -Estado civil -Alfabetización -Ultimo grado de estudio Mitos: -El DIU es abortivo -El coito interrumpido evita el embarazo -Lavarse luego de tener relaciones evita el embarazo -Las relaciones sexuales de pie impiden el embarazo -En la primera relación sexual no hay riesgo de embarazo -La píldora aumenta el riesgo de sufrir de cáncer -Los ACO provocan esterilidad -La píldora aumenta el engorda -La pastilla no falla -Creencias -Religión -Machismo</p>

**CONTINUACIÓN DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.**

<b>HIPOTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
<p>H2: Las usuarias de las UCSF Jocote Dulce, San Jerónimo y Monteca, poseen conocimientos sobre los métodos de anticoncepción hormonal.</p>	<p>Conocimientos sobre métodos anticonceptivos hormonales</p>	<p>Conjunto de nociones o ideas que se tienen sobre anticonceptivos hormonales.</p>	<p>-Conceptos -Fuentes de información</p>	<p>-¿Que son los métodos anticonceptivos hormonales? -¿Qué tipos de métodos anticonceptivos conocen? -Forma de uso -Periodicidad -Beneficios -Efectos adversos -Funcionamiento</p>

**CONTINUACIÓN DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.**

HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>H0: Las usuarias de las UCSF Jocote Dulce, San Jerónimo y Monteca, no poseen conocimientos sobre los métodos de anticoncepción hormonal.</p>	<p>Conocimientos sobre métodos anticonceptivos hormonales</p>	<p>Conjunto de nociones o ideas que se tienen sobre anticonceptivos hormonales.</p>	<p>-Conceptos de -Fuentes de información</p>	<p>-¿Que son los métodos anticonceptivos hormonales? -¿Qué tipos de métodos anticonceptivos conocen? -Forma de uso -Periodicidad -Beneficios -Efectos adversos -Funcionamiento</p>

## 6. DISEÑO METODOLÓGICO.

### 6.1 Tipo de estudio

Según la naturaleza del estudio, de acuerdo a las características del tema, el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información la investigación se clasifica como: cuantitativa, transversal, descriptiva, analítica y prospectiva.

Es de tipo **cuantitativo** porque se analizan e interpretan los resultados obtenidos de acuerdo a frecuencias numéricas obtenidas a partir de las respuestas del cuestionario aplicado de tal forma que ayuda a determinar los factores que determinan el rechazo hacia los anticonceptivos hormonales por parte de las usuarias en edad reproductiva de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básica Jocote dulce, San Jerónimo, San Gerardo, San Miguel y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Monteca, La Unión, del año 2018.

Según el tiempo de recolección de Datos: es de tipo **transversal** porque se estudian las variables (sociales y culturales) en un determinado momento (año 2018) haciendo un corte en el tiempo.

Según el alcance de los Resultados: es **descriptivo** porque permite interpretar los resultados de los datos obtenidos y brindar las bases para determinar los tipos de métodos de planificación a las que las pacientes usuarias en edad reproductiva pueden tomar para aceptar un método de planificación familiar determinado en las UCSF en estudio.

Es analítico porque se pretende demostrar la asociación entre la razón del estudio y las variables planteadas.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: es **Prospectivo** porque se registra la información recolectada al momento de aplicar el cuestionario a las usuarias de edad reproductiva que consultan en las UCSF año 2018.

### 6.2 Universo y muestra.

#### 6.2.1 Universo

La población que se tomó en cuenta para la realización del estudio está compuesta por 1,546 mujeres usuarias en edad reproductiva de las áreas de responsabilidad de las UCSF en estudio que consultan en 2018.

**Tabla 2. Población de cada UCSF.**

<b>UCSF</b>	<b>POBLACIÓN</b>	<b>MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA</b>
UCSFB JOCOTE DULCE	331	105
UCSFB SAN JERONIMO	1,111	386
UCSFB MONTECA	3,784	1,055
<b>TOTAL</b>	<b>5226</b>	<b>1546</b>

**Fuente:** Población Dygestic MINSAL

### **6.2.2 Muestra**

Para determinar la muestra se aplicara la siguiente formula estadística:

$$n = \frac{Z^2 PQN}{(N - 1)E^2 + Z^2PQ}$$

**Donde:**

n= muestra

Z= valor resultante de la confiabilidad

P= probabilidad de ser elegido en el estudio

Q= probabilidad de no ser elegido en el estudio

E= error muestral

N= tamaño de la población

**Datos:**

Z= 95% (1.96)

P= 0.5

Q= 1 - p= 0.5

E= 0.05

N= 1,546

**Sustituyendo:**

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(1546)}{(1546 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.5)(0.5)(1546)}{(1545)(0.25) + (3.84) (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{1,484.7}{3.86 + 0.96}$$

$$n = \frac{1,484.7}{4.82}$$

$$n = 307$$

**Fórmula para calcular la sub muestra por cada UCSF**

### **6.2.3 SUBMUESTRA UCSFB JOCOTE DULCE.**

$$n_1 = n \frac{N_1}{N} = (309) \left( \frac{105}{1546} \right) = 20$$

### **UCSFB SAN JERÓNIMO.**

$$n_1 = n \frac{N_1}{N} = (309) \left( \frac{386}{1546} \right) = 77$$

### **UCSFB MONTECA.**

$$n_1 = n \frac{N_1}{N} = (309) \left( \frac{1,055}{1546} \right) = 210$$

**Tabla 3. Distribución de la muestra por cada UCSF.**

<b>UCSF</b>	<b>Sub Muestra</b>
UCSF Jocote Dulce	20
UCSF San Jerónimo	77
UCSF Monteca	210
<b>Total</b>	<b>307</b>

Fuente: Población Dygestic MINSAL

### **6.2.4 Criterios para establecer la muestra**

#### **Criterios de inclusión:**

- Sexo femenino.
- Edad entre 15 y 44 años.
- Habitantes del área de responsabilidad de las UCSF en estudio.
- Que desee participar en el estudio.

#### **Criterios de exclusión:**

- Residir fuera del área de responsabilidad de las UCSF en estudio.
- Que no desee participar en el estudio.

### **6.2.5 Técnicas de recolección de muestra.**

#### **Documentales:**

**Documental Bibliográfica:** Permitirá obtener información de libros sobre métodos anticonceptivos hormonales, como la Obstetricia de Williams 23° edición y otros.

#### **De Trabajo de Campo:**

La encuesta, utilizando un cuestionario, que se aplicara a la población seleccionada. 6.3 Instrumento.

Un cuestionario que consta de 13 preguntas, de opción múltiple. En la primera parte se investigan los aspectos socio demográfico de usuarias:

- Edad
- nivel de escolaridad
- número de hijos



- religión
- estado civil.

En la segunda parte consta de 6 preguntas específicas sobre anticonceptivos hormonales para indagar en el porcentaje de conocimiento de estos. En la última parte consta de 7 preguntas orientadas a determinar los principales factores socioculturales que generan rechazo hacia los anticonceptivos hormonales. (Anexo n°.2.)

### **6.3.1 Planificación.**

En el Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina y la coordinadora del proceso de graduación, con fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó el docente asesor.

Se elaboró el perfil de investigación el cual se comenzó a realizar el 9 de marzo y se entregó para la revisión el 20 de abril de 2018 para que el asesor realizara las observaciones pertinentes en el desarrollo del tema. Posteriormente se realiza el protocolo de investigación en la primera semana de mayo.

### **6.3.2 Ejecución.**

La población a estudiar fue de 307 mujeres con edades entre 15 a 44 años, distribuidas de la siguiente manera: 20 mujeres de la UCSF Jocote Dulce, 77 mujeres de la UCSF San Jerónimo y de 210 mujeres de la UCSF Monteca, se llevará a cabo durante el periodo de agosto a septiembre de 2018.

Posteriormente al proporcionar el consentimiento informado se procederá a leerle y explicarle cada una de las preguntas del cuestionario elaborado, a la vez se irá dando respuesta a cada una de las interrogantes hechas, esto se llevara a cabo cuando la usuaria llegue a consultar, y se realizara en presencia de las investigadoras para la resolución de dudas que puedan surgir durante su desarrollo.

### **6.3.3 Validación del instrumento.**

Previa a la ejecución de la investigación se realizara la validación del instrumento en cada una de las UCSF donde se aplicó el cuestionario a 15 mujeres de cada UCSF que cumplan con los criterios de inclusión con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas para posteriormente modificarla de acuerdo a los resultados, además se tomara en cuenta el tiempo que requerirá la administración del instrumento para valorar cuantos cuestionarios se programaran por día. El trabajo se realizara cuando la paciente consulte en la unidad comunitaria de salud familiar, allí se explicará en qué consiste el estudio y si está dispuesto a participar en él.

#### **6.3.4 Recolección de datos.**

Esta se realizará mediante la aplicación de un cuestionario a las mujeres pertenecientes a las Áreas Geográficas Integrales (AGI) de las Unidades Comunitarias en Salud Familiar antes mencionadas. En un periodo que comprende la primera semana de agosto hasta la última semana de septiembre de lo cual se obtendrán los datos.

Al finalizar el periodo se procederá a la tabulación de los datos y así mismo el análisis e interpretación de la información y obtener los resultados en base a objetivos propuestos.

#### **6.3.5 Plan de análisis de los resultados.**

Para poder determinar las principales causas de rechazo hacia los métodos anticonceptivos hormonales en las mujeres en edad reproductiva que consultan a las UCSF objeto de estudio se realizará el análisis de los datos utilizando el programa IBM-SPSS (software procesador de datos estadísticos); de esta manera se realizaran tablas y gráficos que permitan representar la información recopilada, permitiendo un mejor análisis e interpretación de los resultados, a través de métodos de frecuencia y porcentaje simple, lo cual permitirá la representación de los datos en forma sistémica. Para dar respuesta a los objetivos e hipótesis de investigación.

#### **6.3.6 Consideraciones éticas.**

La participación de la población será voluntaria y anónima; previamente se les explicara en qué consiste el estudio para que con su consentimiento se realice la aplicación del cuestionario, este será llenado junto a los investigadores cuando las participantes del estudio se presenten a la consulta.

## 7. RESULTADOS.

### 7.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

**Tabla 4. Edades de las mujeres participantes del estudio.**

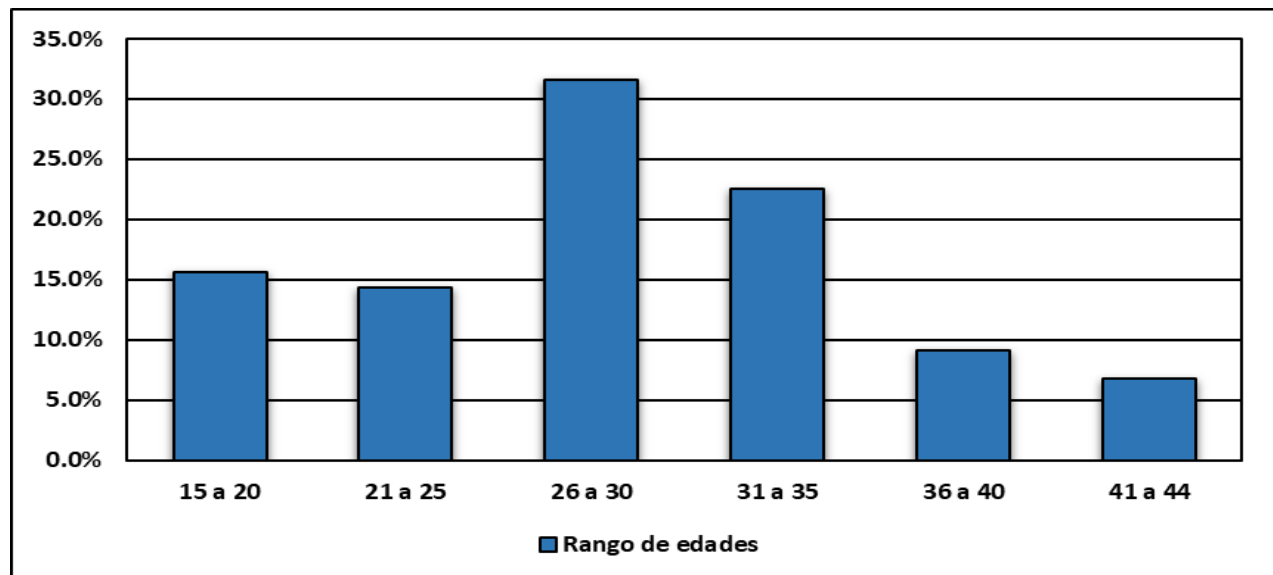
Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje
15 a 20	48	15.6%
21 a 25	44	14.3%
26 a 30	97	31.6%
31 a 35	69	22.5%
36 a 40	28	9.1%
41 a 44	21	6.8%
Total	307	100.0

Fuente: Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 4 se observa que 31.6% de las pacientes tienen entre 26 y 30 años, 22.5% tienen entre 31 a 35 años, 15.6% tienen entre 15 a 20 años, 14.3% tienen entre 21 a 25 años, 9.1% tienen entre 36 a 40 años y 6.8% tiene entre 41 a 44 años.

**Interpretación:** el rango de edad que más sobresale en la población estudiada es de 26 a 30 años, y la menor parte de la población se encuentra en el rango 41 a 44 años.

**Gráfico 1. Edades de la población incluida en el estudio**



Fuente: Tabla No.4

**Tabla 5. Religión a la que pertenecen las usuarias encuestadas.**

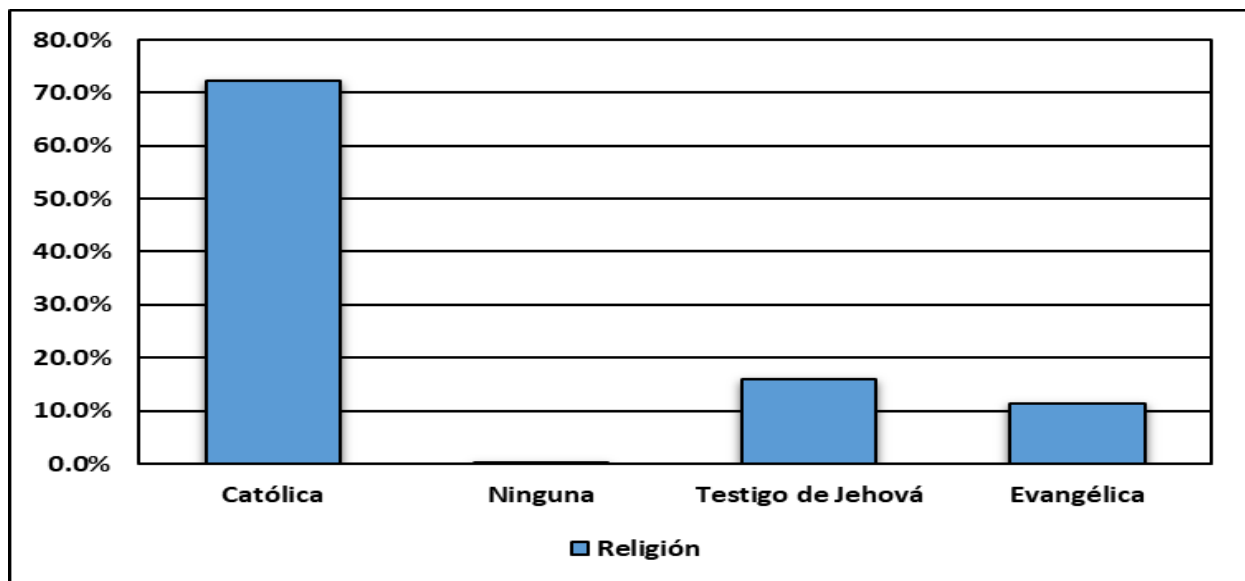
Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	222	72.3%
Ninguna	1	0.3%
Testigo de Jehová	49	16.0%
Evangélica	35	11.4%
Total	307	100.0%

**Fuente:** Base de datos de creación propia

**Análisis:** En la tabla 5 se observa que 72.3% de la población pertenece a la religión católica, asimismo hay un 16% que dijo pertenecer a los testigos de Jehová y por último hay un 11.4% perteneciente a la religión evangélica.

**Interpretación:** El grupo religioso al cual pertenecen la mayoría de las pacientes incluidos en el estudio profesan la fe católica, seguidos por los Testigos de Jehová, y una minoría a la iglesia evangélica.

**Grafico 2. Religión de la población participante en el estudio**



**Fuente:** Tabla No.5

**Tabla 6. Estado civil de las pacientes encuestadas según cada UCSF.**

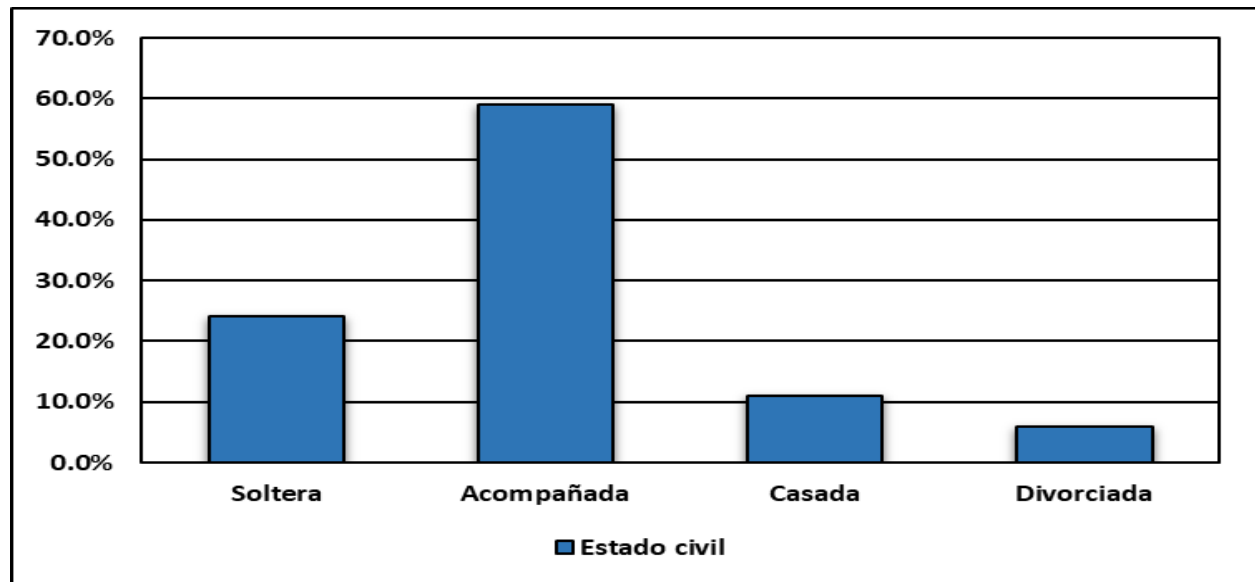
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	74	24.1%
Acompañada	181	59.0%
Casada	34	11.1%
Divorciada	18	5.9%
Total	307	100.0%

**Fuente:** Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 6 se observa que 59% de las pacientes se encuentra acompañada, 24.1% solteras, 11.1% casadas y 5.9% divorciadas.

**Interpretación:** El estado civil predominante de la población perteneciente al estudio es acompañada y el que menos predomina es divorciada y solo un 11.1% con estado civil casada.

**Grafico 3. Estado civil de la población participante**



**Fuente:** Tabla No.6.

**Tabla 7. Nivel de escolaridad**

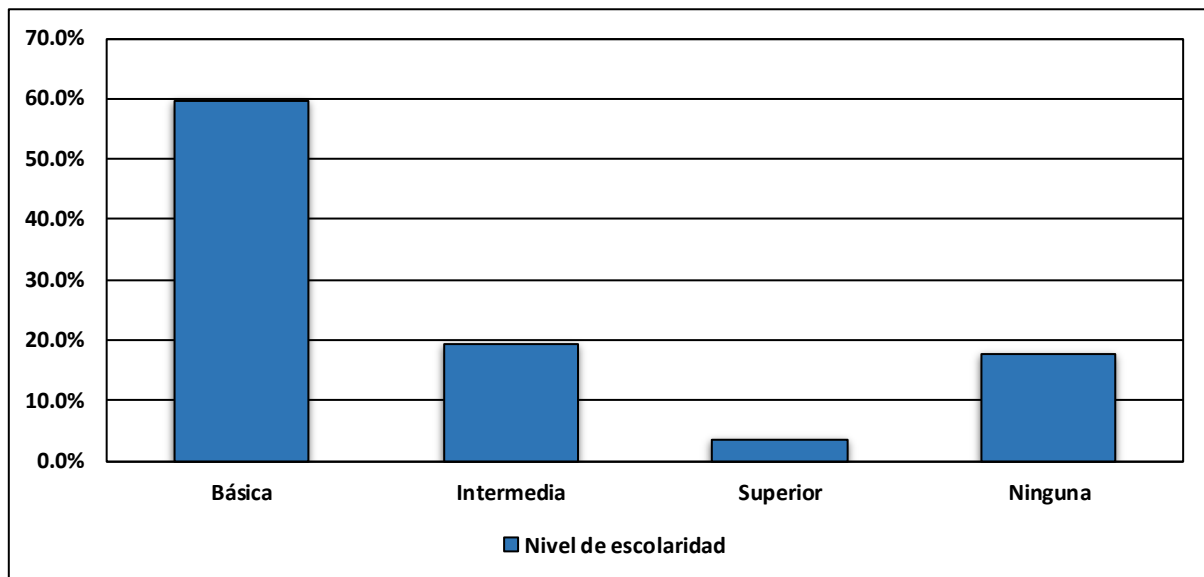
Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Básica	183	59.6%
Intermedia	59	19.2%
Superior	11	3.6%
Ninguna	54	17.6%
Total	307	100.0%

**Fuente:** Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 7 se observa que un 59.6% de los pacientes en estudio tiene el nivel de escolaridad Básico, le sigue los que tienen nivel educativo intermedio con un 19.2% además hay un 3.6% que dijo poseer educación superior y por último tenemos a las que dijeron no poseer ningún nivel de escolaridad representado por el 17.6%.

**Interpretación:** De la población encuestada la mayor parte logro el nivel básico de educación, y la minoría la educación superior.

**Grafico 4. Nivel de escolaridad**



**Fuente:** Tabla No.7

**Tabla 8. Número de hijos de pacientes encuestadas.**

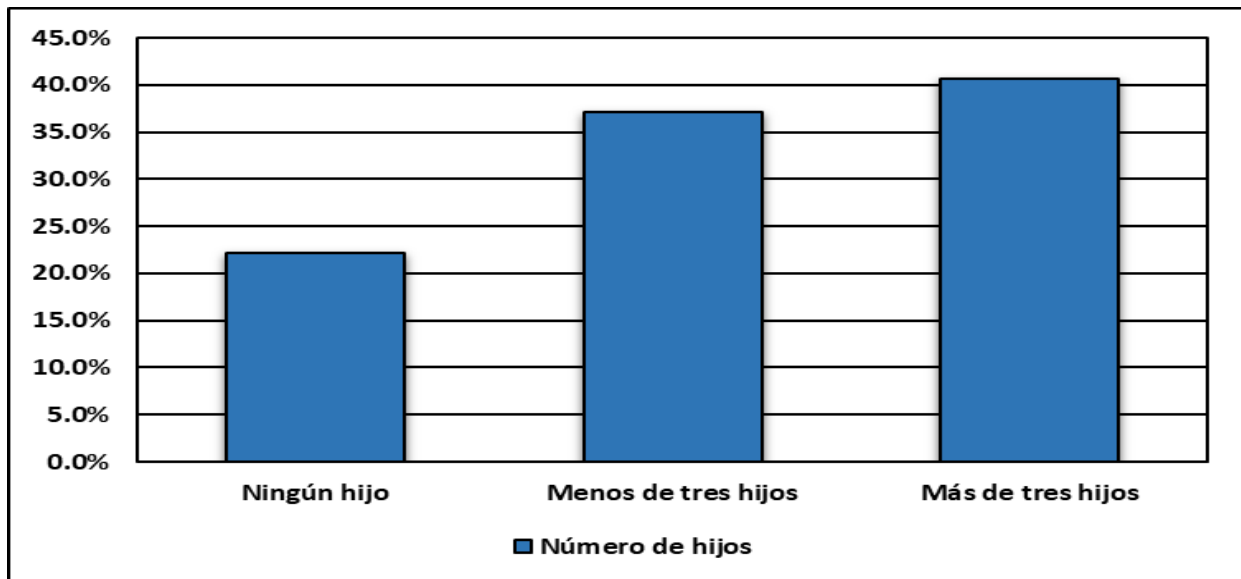
Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Ningún hijo	68	22.1%
Menos de tres hijos	114	37.1%
Más de tres hijos	125	40.7%
Total	307	100.0%

Fuente: Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 8 se observa que un 40.7% de las mujeres dice tener más de 3 hijos, un 37.1% menos de 3 hijos y 22.1% dice no tener ningún hijo.

**Interpretación:** Menos de la mitad de las mujeres estudiadas son multíparas, el resto tienen al menos 2 hijos y una minoría refiere no tener hijos.

**Grafico 5. Número de hijos de la población participante**



Fuente: Tabla No.8

## 7.2 CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

**Pregunta No. 1: ¿Sabe que son los anticonceptivos hormonales?**

**Tabla 9. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos hormonales**

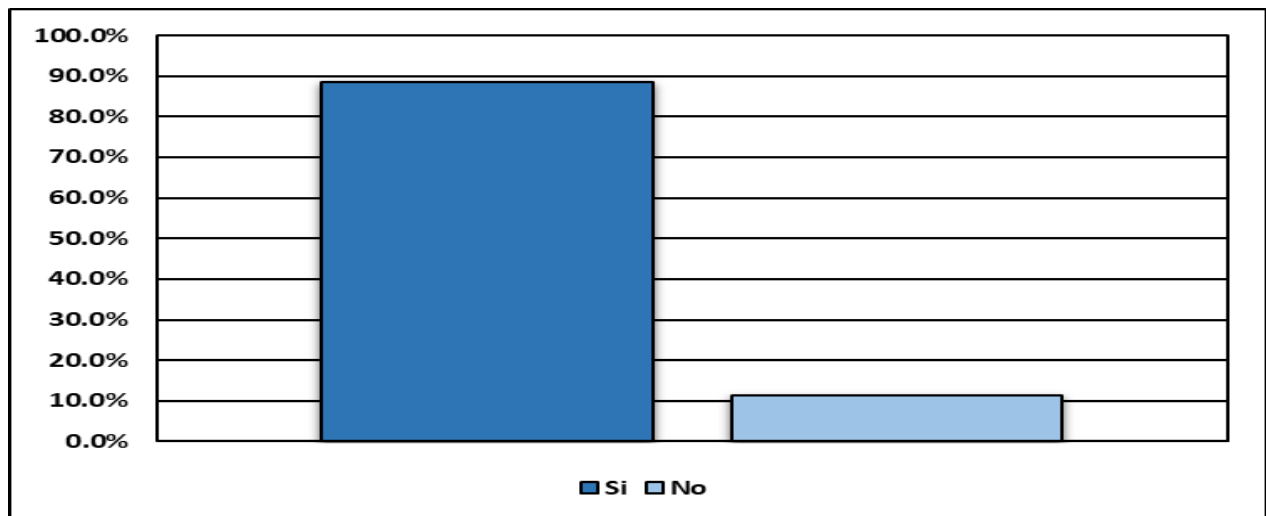
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	272	88.6%
No	35	11.4%
Total	307	100.0%

Fuente: Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 9 y se observa que el 86.6% de las pacientes saben o conocen que son los anticonceptivos hormonales, mientras que 11.4% dice no conocer acerca de los anticonceptivos hormonales.

**Interpretación:** la gran mayoría de las pacientes en estudio conoce que son los anticonceptivos hormonales, solo una minoría responde que no los conoce.

**Grafico 6. Conocimientos sobre anticonceptivos hormonales**



Fuente: Tabla No.9



**Pregunta No. 2: Si la respuesta a la pregunta anterior fue SI ¿Qué tipo de anticonceptivos hormonales conoce?**

**Tabla 10. Conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos hormonales**

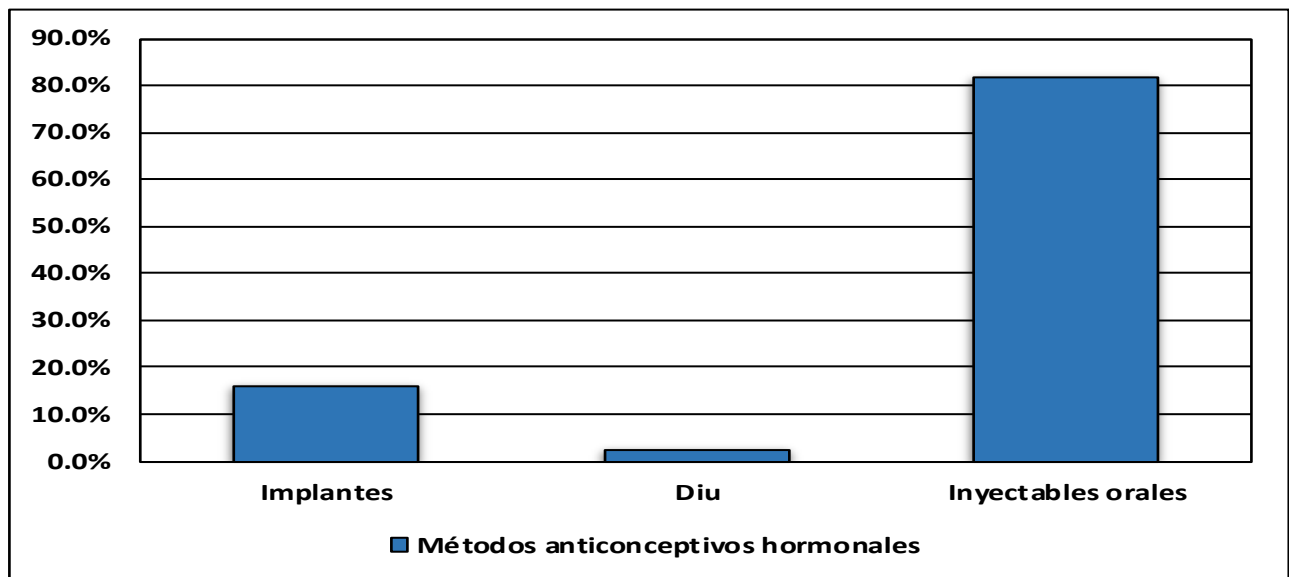
Tipo de anticonceptivos hormonales	Frecuencia	Porcentaje
Implantes	43	15.8%
DIU	7	2.5%
Inyectables y orales	222	81,6%
Total	272	100.0%

**Fuente:** Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 10 y observamos que la población que conoce los métodos inyectables y orales es un 81.6% mientras que la población que conoce los implantes hormonales 15.8%, y un 2.5% de la población conoce el DIU.

**Interpretación:** En el estudio se refleja un predominio de conocimiento de los métodos anticonceptivos inyectables y orales, siendo esto esperado debido a que son los más difundidos en los establecimientos de salud, a diferencia de los implantes hormonales, que se ofertan mayormente a las puérperas en los hospitales, debido a que estos requieren un adiestramiento especial al personal de salud.

**Grafico 7. Conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos hormonales**



**Fuente:** Tabla No.10.

### Pregunta No.3 ¿Ha planificado alguna vez con anticonceptivos hormonales?

**Tabla 11. Pacientes que han usado alguna vez en su vida anticonceptivos hormonales**

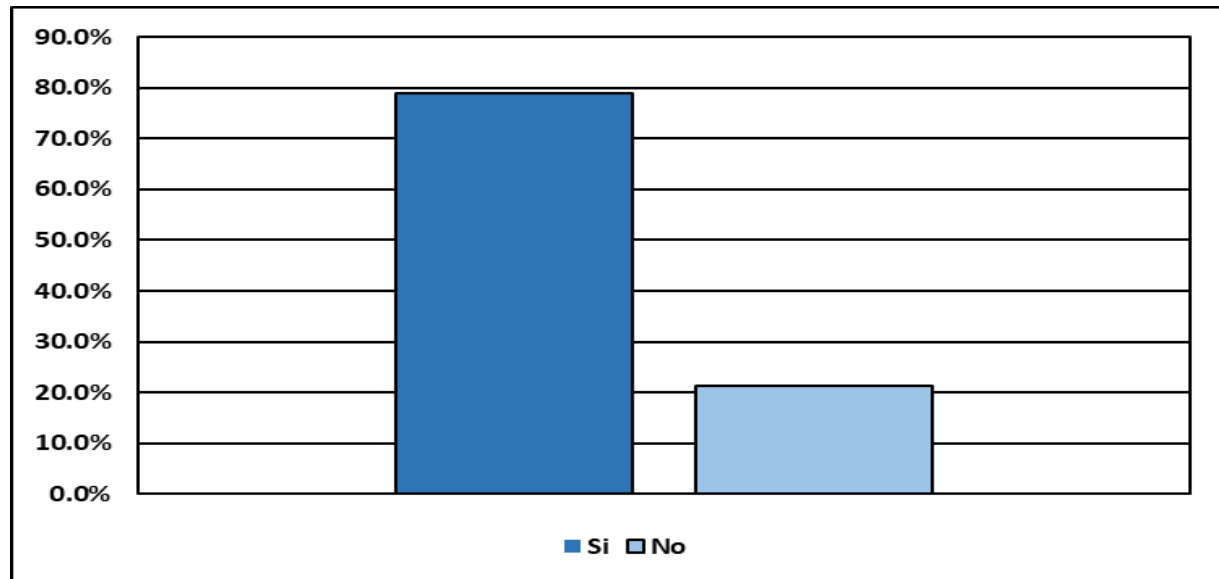
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	242	78.8%
No	65	21.2%
Total	307	100.0%

**Fuente: Base de datos de creación propia.**

**Análisis:** En la tabla 11 se encontró que hay un 78.8% de las mujeres encuestadas que ha utilizado anticonceptivos hormonales en algún momento de su vida, y el 21.2% nunca los ha utilizado.

**Interpretación:** Según los datos obtenidos, hay evidencia de que de la mayor parte de la población estudiada ha utilizado un método de anticoncepción hormonal, así mismo una pequeña parte no ha utilizado nunca anticonceptivos hormonales.

**Grafico 8. Uso de anticonceptivos hormonales.**



**Fuente:** Tabla No.11

**Pregunta No. 4: ¿Conoce los efectos adversos del uso de los anticonceptivos hormonales?**

**Tabla 12. Conocimiento de las pacientes sobre efectos adversos de los anticonceptivos hormonales**

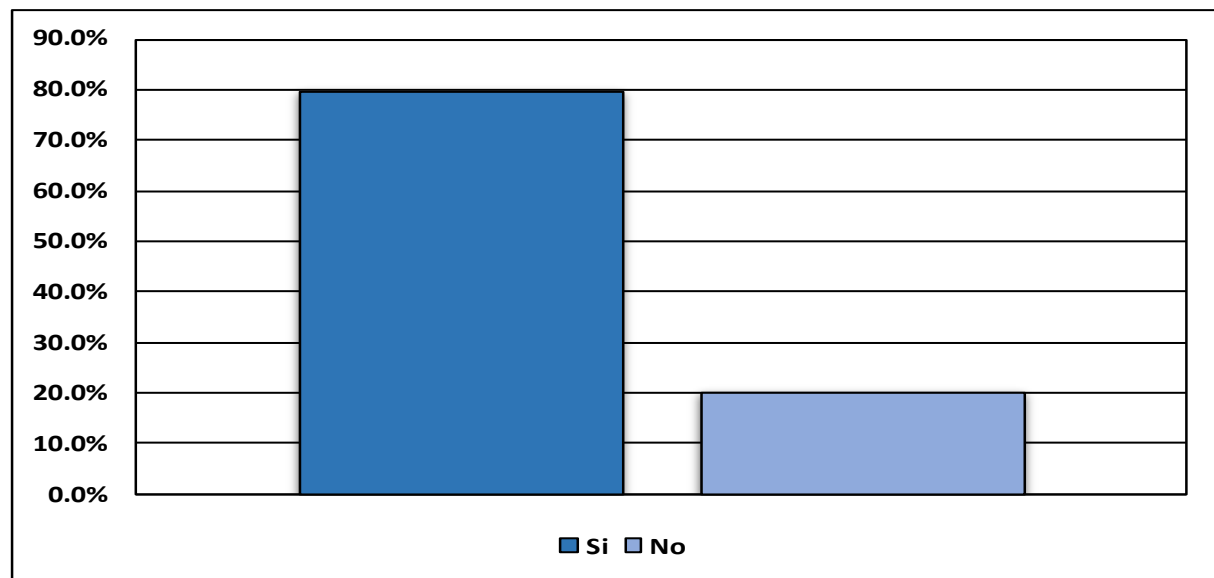
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	245	79.8%
No	62	20.2%
Total	307	100.0%

Fuente: Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 12 se encontró que la población que tiene conocimientos sobre los efectos adversos del uso de los anticonceptivos hormonales es un 79.8% mientras que la población que dijo no tener conocimientos sobre los efectos adversos del uso de los anticonceptivos hormonales es un 20.2%

**Interpretación:** En la población participante, se encontró que la mayor parte tiene conocimiento sobre los efectos adversos de los anticonceptivos hormonales, y la minoría dice no conocerlos.

**Grafico 9. Conocimiento sobre los efectos adversos del uso de anticonceptivos hormonales**



Fuente: Tabla No.12

**Pregunta No.5 Si la respuesta a la pregunta anterior fue SI, ¿Qué efectos adversos conoce? (mencione uno).**

**Tabla 13. Efectos adversos conocidos por la población participante.**

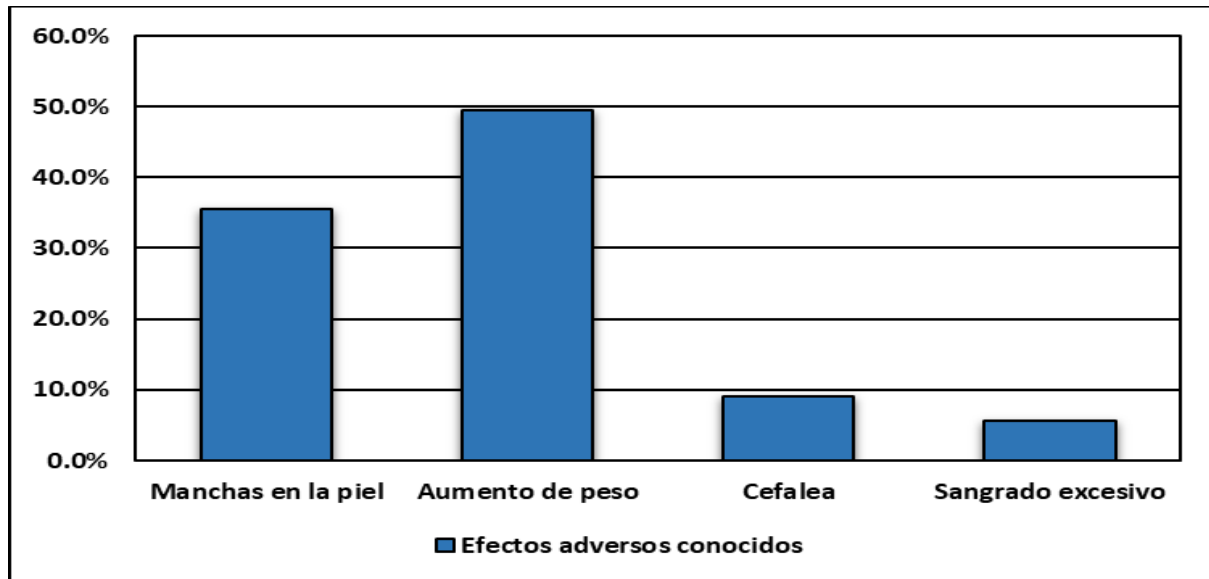
Efectos adversos	Frecuencia	Porcentaje
Manchas en la piel	87	35.6%
Aumento de Peso	121	49.5%
Cefalea	22	9,0%
Sangrado Excesivo	14	5,7%
Total	244	100.0%

**Fuente:** Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 13 se observan los efectos adversos mencionados por las pacientes encuestadas, 49.5% refiere el aumento de peso, un 5.7% dijo que el sangrado excesivo, un 35.6% menciona las manchas en la piel, y 9.0% menciona que le provocaba cefalea.

**Interpretación:** De los efectos adversos conocidos por las usuarias el que más fue mencionado es el aumento de peso, siendo uno de las principales causas de queja de las usuarias, y el que menos se menciona fue la cefalea.

**Grafico 10. Efectos adversos conocidos por la población participante.**



**Fuente:** Tabla No. 13

**Pregunta N° 6: ¿De qué fuente ha obtenido información sobre los métodos de anticoncepción hormonal?**

**Tabla 14. Fuente de información sobre anticonceptivos hormonales.**

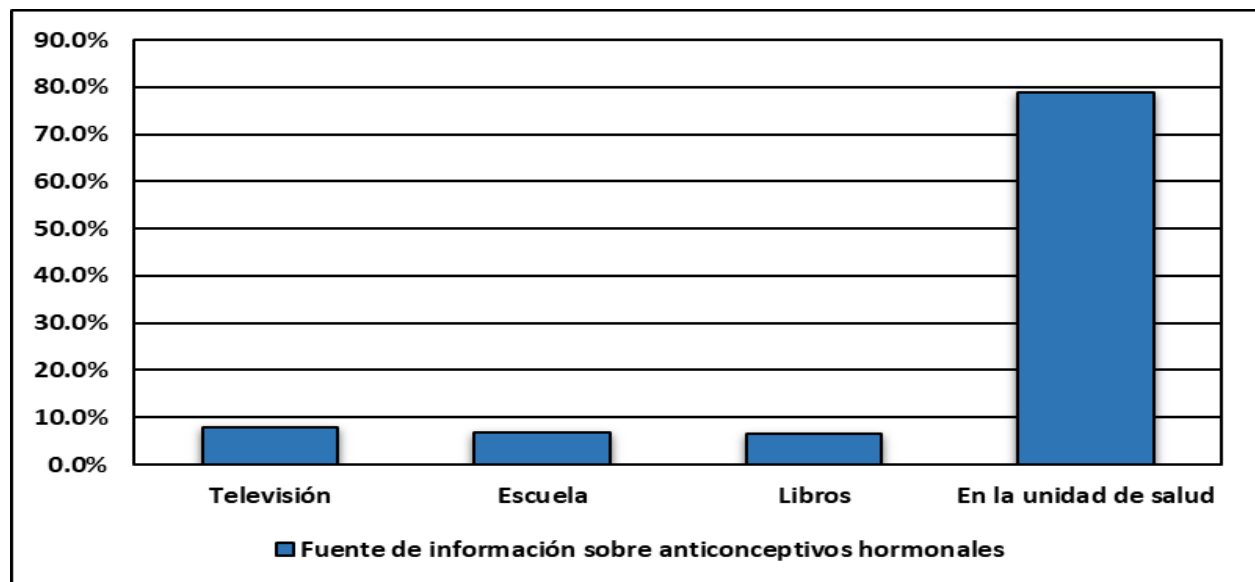
Fuente de información	Frecuencia	Porcentaje
Televisión	24	7.8%
Escuela	21	6.8%
Libros	20	6.5%
En la unidad de salud	242	78.8%
Total	307	100.0%

**Fuente:** Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 14 se observa que hay un 78.8% de las pacientes que tuvo como fuente de información sobre anticonceptivos hormonales la unidad de salud, 6.8% la escuela, 7.8% la televisión y 6.5% en libros.

**Interpretación:** La unidad de salud comunitaria constituye la principal fuente de información sobre los métodos anticonceptivos hormonales, ya que todas los tienen disponibles a la población, es el personal de salud quien se encarga de asesorar a las mujeres en edad reproductiva que desean iniciar un método anticonceptivo, acerca de los beneficios y de las principales contraindicaciones de estos.

**Grafico 11. Fuente de información sobre anticonceptivos hormonales.**



**Fuente:** Tabla No.14.

### 7.3 FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL RECHAZO DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

**Pregunta No. 1: ¿Alguna vez su pareja le ha prohibido utilizar métodos de anticoncepción?**

**Tabla 15. Influencia de la pareja en el uso de anticonceptivos hormonales.**

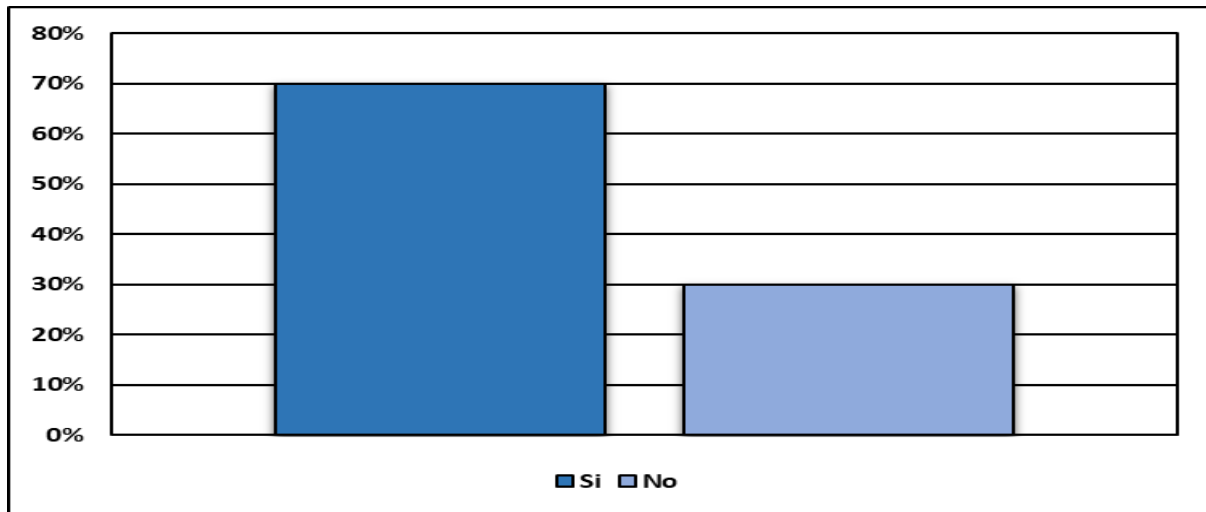
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	215	70.0%
No	92	30.0%
Total	307	100.0%

**Fuente:** Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 15 se observa que existe un 70% del total de la población que manifiestan que su pareja si les ha prohibido en algún momento utilizar un método anticonceptivo, mientras que un 30% manifiestan que su pareja no se ha opuesto al uso de éstos.

**Interpretación:** En este aspecto, la mayoría de las pacientes afirma que en algún momento de su vida su pareja ha manifestado oponerse al uso de anticonceptivos hormonales y un porcentaje menor refiere que su pareja nunca ha presentado objeción al uso de métodos de planificación hormonal.

**Grafico 12. Influencia de la pareja en el uso de anticonceptivos hormonales.**



**Fuente:** Tabla No.15

**Pregunta No. 2: ¿Alguna vez algún familiar o amiga/o le ha aconsejado no utilizar anticonceptivos hormonales por algún motivo?**

**Tabla 16. Influencia de mitos y/o creencias en el uso de anticonceptivos hormonales.**

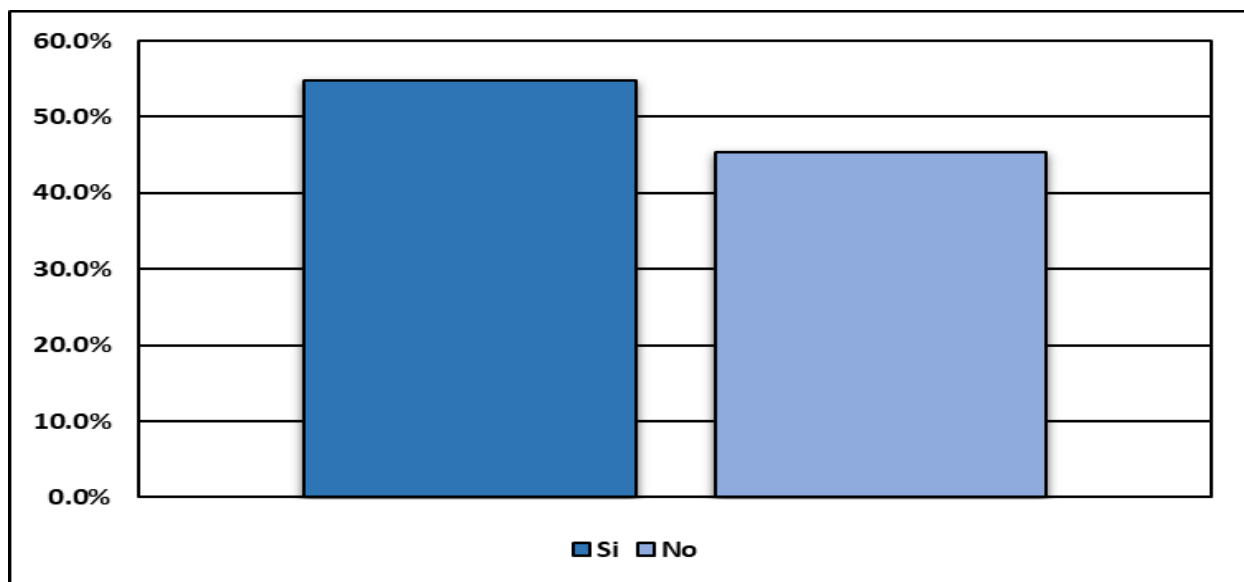
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	168	54.7%
No	139	45.3%
Total	307	100.0%

**Fuente:** Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 16 se observa que hay un 54.7% de pacientes que dijo que en algún momento de su vida un familiar o amigos les ha aconsejado no utilizar métodos anticonceptivos hormonales y un 45.3% manifiesta lo contrario.

**Interpretación:** Las mujeres que afirmaron tener un familiar o amigo que les aconsejara utilizar un método anticonceptivo hormonal representan la mayoría por un pequeño margen de diferencia frente a las que no tienen familiares o amigos que les aconsejan no utilizar un método anticonceptivo hormonal.

**Grafico 13. Influencia de mitos y creencias en el uso de anticonceptivos hormonales.**



**Fuente:** Tabla No.16.

**Pregunta No. 3: ¿Alguna vez ha escuchado en la iglesia que planificar no es correcto?**

**Tabla 17. Influencia de la religión en el uso de anticonceptivos hormonales.**

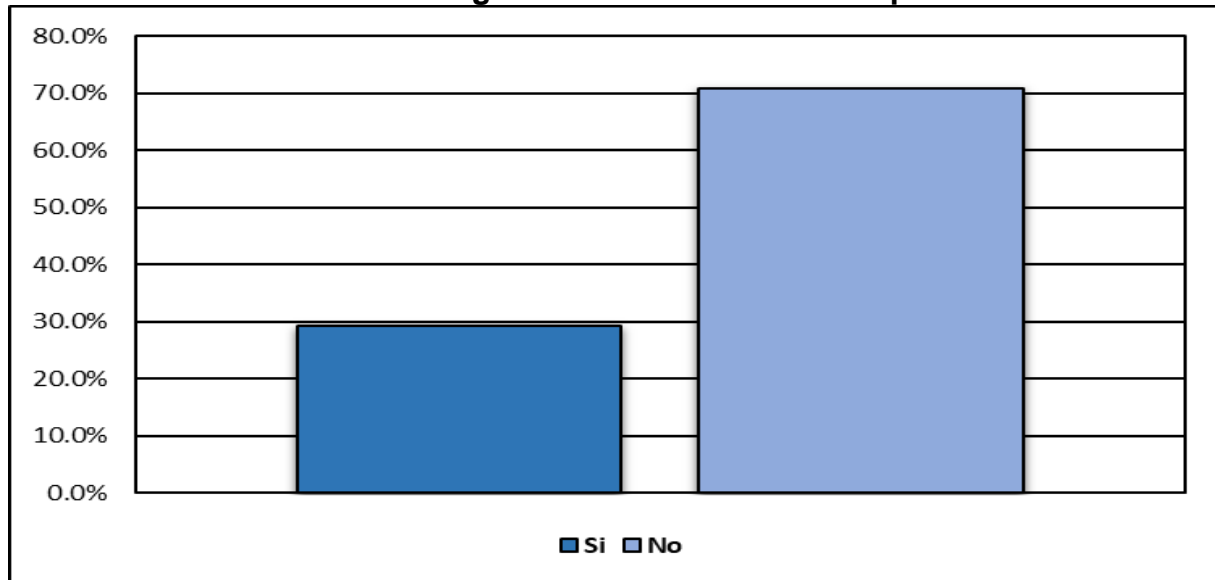
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	90	29.3%
No	217	70.7%
Total	307	100.0%

**Fuente:** Base de datos de creación propia.

**Análisis:** Dentro de los hallazgos encontrados en la tabla 17 están que un 70.7% de las mujeres encuestadas manifestó que en su iglesia nunca le han aconsejado no utilizar anticonceptivos hormonales, mientras que 29.3% dijo que sí.

**Interpretación:** Mas de la mitad de las pacientes estudiadas refiere que en su religión nunca le han aconsejado no utilizar anticonceptivos hormonales, mientras que solo una minoría dice que en su grupo religioso si le aconsejaron no utilizar estos métodos.

**Grafico 14. Influencia de la religión en el uso de anticonceptivos hormonales.**



**Fuente:** Tabla No.17



**Pregunta No. 4: ¿Le parece que el aumento de peso que produce el uso de anticonceptivos hormonales es una causa para abandonar el método?**

**Tabla 18. Influencia de los mitos y creencias en el uso de anticonceptivos hormonales.**

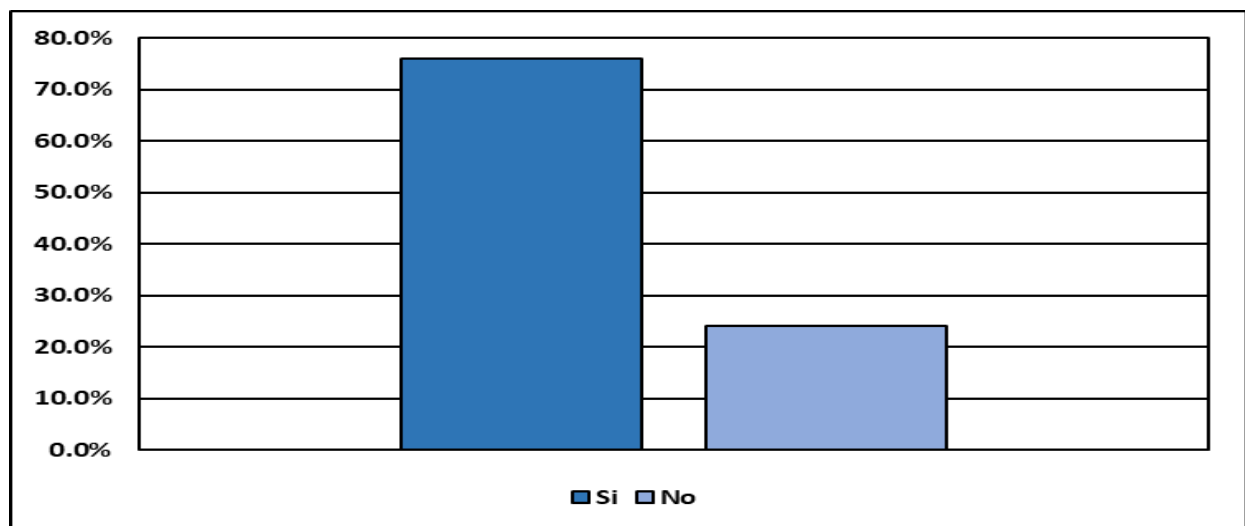
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	233	75.9%
No	74	24.1%
Total	307	100.0%

**Fuente:** Base de datos de creación propia.

**Análisis:** de los resultados obtenidos se encontró lo siguiente: del total de mujeres un 75.9% considera que el aumento de peso producido por los anticonceptivos hormonales es razón suficiente para abandonar el método, mientras que 24.1% dijo que no.

**Interpretación:** Dentro de los efectos adversos de los métodos anticonceptivos hormonales, está el aumento de peso, que es de los efectos más conocidos por la población y que más influye en la renuencia a iniciar un método de planificación en las mujeres en edades reproductivas tempranas, observándose estos en la mayoría de mujeres estudiadas.

**Grafico 15. Influencia de los efectos adversos en el uso de anticonceptivos hormonales.**



**Fuente:** Tabla No.18

**Pregunta No. 5: ¿Usted cree que ir a la unidad de salud cada vez que le corresponde el control de métodos anticonceptivos es muy costoso?**

**Tabla 19. Influencia del factor económico en el uso de anticonceptivos hormonales.**

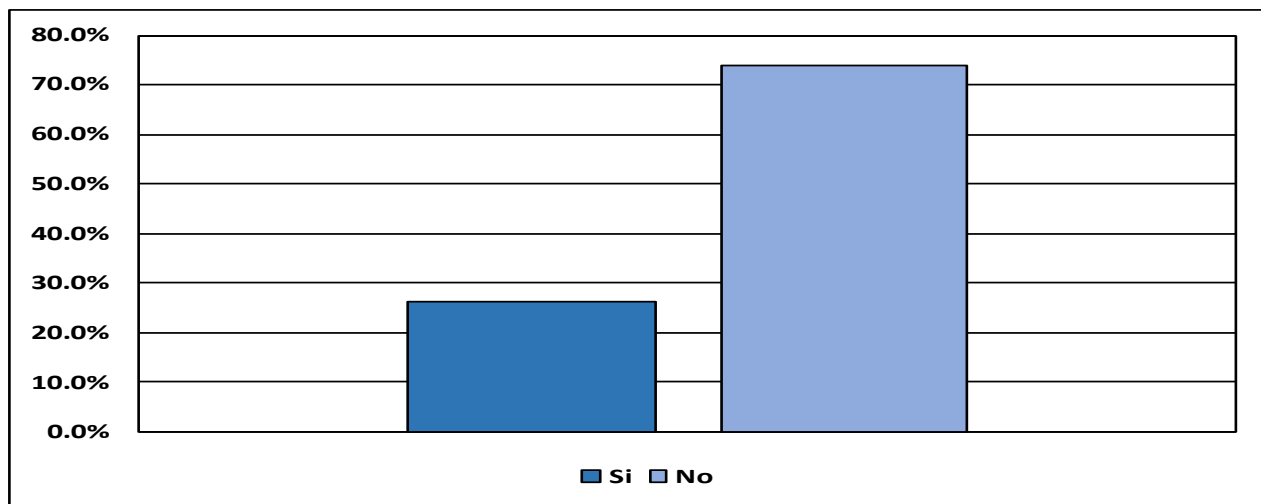
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	80	26.1%
No	227	73.9%
Total	307	100.0%

**Fuente:** Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 19 se observa la existencia de un 73.9% de las mujeres encuestadas que refieren que no les parece caro asistir a la unidad de salud para el control y abastecimiento de métodos anticonceptivos hormonales, mientras que 26.1% dice que sí.

**Interpretación:** La mayoría de pacientes encuestadas consideran que asistir a la unidad de salud para sus controles no representa un costo alto en su economía, mientras que para un pequeño porcentaje si representa un costo alto.

**Grafico 16. Influencia del factor económico en el uso de anticonceptivos hormonales.**



**Fuente:** Tabla No.19

**Pregunta No. 6: ¿Considera que usar anticonceptivos hormonales la puede enfermar?**

**Tabla 20. Influencia de los mitos y creencias en el rechazo de los anticonceptivos hormonales.**

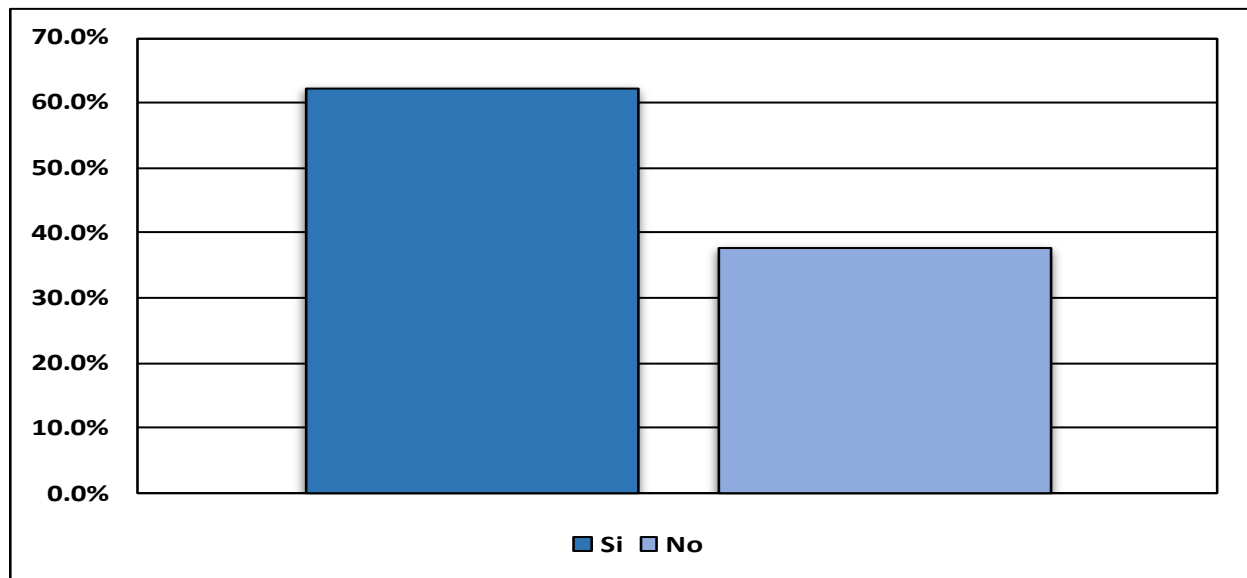
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	191	62.2%
No	116	37.8%
Total	307	100.0%

**Fuente:** Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 20 hay un 62.2% de las mujeres encuestadas que considera que utilizar anticonceptivos hormonales la puede enfermar, mientras que 37.8% considera que no.

**Interpretación:** Para la mayoría de las pacientes encuestadas consideran que usar anticonceptivos hormonales puede causarle por sí mismo una enfermedad y para una minoría, el uso de métodos de anticoncepción hormonales no representa ningún riesgo de enfermedad.

**Grafico 17. Influencia de los efectos adversos en el uso de anticonceptivos hormonales.**



Fuente: Tabla No.20.

**Pregunta No. 7: ¿Cree usted que es importante usar un método de planificación?**

**Tabla 21. Influencia de los mitos y creencias en el uso de anticonceptivos hormonales.**

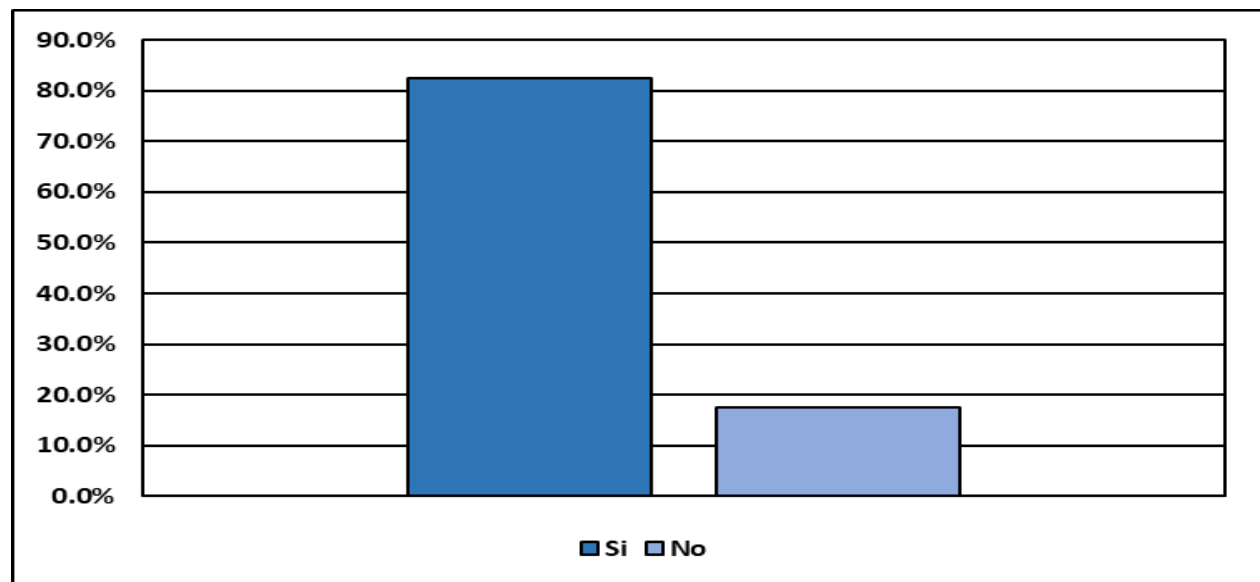
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	253	82.4%
No	54	17.6%
Total	307	100.0%

**Fuente:** Base de datos de creación propia.

**Análisis:** En la tabla 21 se observa que hay un 82.4% del total de mujeres encuestadas que considera que es importante utilizar un método de planificación familiar, mientras que 17.6% considera que no.

**Interpretación:** La mayor parte de la población femenina que fue encuestada considera que la planificación familiar es importante y un porcentaje muy inferior considera lo contrario.

**Grafico 18. Influencia de los mitos y creencias en el uso de anticonceptivos hormonales.**



**Fuente:** Tabla No.21

## 7.4 PRUEBA DE HIPOTESIS.

Una prueba de hipótesis es una metodología o procedimiento que permite cuantificar la probabilidad del error que se podría haber cometido cuando se hace una afirmación sobre la población objeto de estudio, es decir, nos permite medir la fuerza de la evidencia que tienen los datos a favor o en contra de la hipótesis de interés sobre la población.

Una vez establecidas las hipótesis, es necesario conocer el método por el cual el investigador escogerá entre una hipótesis y la otra. Para ello, de manera general, se utiliza un estadístico llamado “**valor p**”, cuyos criterios para la toma de decisión son los siguientes:

**Tabla 22. Prueba de hipótesis.**

Criterio	Opción
Si, Valor $p \leq 0.05$	Se debe Rechazar $H_0$ (Hipótesis nula)
Si, Valor $p > 0.05$	No se debe Rechazar $H_0$ (Hipótesis nula)

Basados en este criterio, es que someteremos a prueba las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis nula**

**H<sub>0</sub>**: Los factores socioculturales no son la principal causa de rechazo hacia los métodos hormonales de anticoncepción de las mujeres en edad reproductiva atendidas en las UCSF Jocote Dulce, San Jerónimo y Monteca.

- **Hipótesis de investigación**

**H<sub>1</sub>**: Los factores socioculturales son la principal causa de rechazo hacia los métodos hormonales de anticoncepción de las mujeres en edad reproductiva atendidas en las UCSF Jocote Dulce, San Jerónimo y Monteca.

**Tabla 23. Prueba de hipótesis.**

		¿Sabes que son los anticonceptivos hormonales?		Total
		Si	No	
¿Alguna vez su pareja le ha prohibido utilizar métodos de anticoncepción?	Si	196	19	215
	No	76	16	92
Total		272	35	307

**Tabla 24. Prueba de chi- cuadrado.**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	4.667 <sup>a</sup>	1	<b>0.031</b>		
Corrección de continuidad	3.859	1	.049		
Razón de verosimilitud	4.374	1	.036		
Prueba exacta de Fisher				.048	.027
Asociación lineal por lineal	4.652	1	.031		
N de casos válidos	307				

Como el valor de  $p \leq 0.05$ , se afirma que hay suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, existe suficiente evidencia estadística significativa que nos permite decir que **los factores socioculturales son la principal causa de rechazo hacia los métodos hormonales de anticoncepción de las mujeres en edad reproductiva atendidas en las UCSF Jocote Dulce, San Jerónimo y Monteca**. Además, la prueba está afirmando que las usuarias de las UCSF en mención poseen conocimiento básico sobre los métodos de anticoncepción hormonal.

## 8. DISCUSIÓN.

El presente estudio pretende identificar los factores que influyen en el rechazo del uso de métodos de anticoncepción hormonal en mujeres en edad reproductiva atendidas en las unidades comunitarias de salud familiar: San Jerónimo, San Gerardo; Jocote Dulce, San Miguel y Monteca, La Unión año 2018.

Dentro de este se aplicó un cuestionario dirigido a 307 mujeres en edad reproductiva, de las cuales la edad predominante se encontraba en el rango entre 26 a 30 años, correspondiendo un 31.6% del total de la población incluida, un 72.3% de la población pertenece a la religión católica, el estado civil predominante fue la unión estable o acompañada, situación característica del área rural con 59% del total de mujeres, 59.6% de la población había alcanzado algún nivel de la educación básica, 40.7% de la pacientes incluidas en el estudio refirió tener más de 3 hijos, con una tendencia a la multiparidad. En el estudio *Principales causas que influyen en la negatividad del uso de métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil, que consultan en la unidad de salud San Miguel Taxis y unidad de salud Ahuachapán en el periodo de Mayo-Agosto de 2010* donde la población fue constituida por 140 mujeres en edad fértil, de los datos sociodemográficos obtenidos en dicho estudio se encontró que, la mayoría de mujeres pertenecen al grupo del adulto joven, comprende de los 20 a los 30 años se encontró similitudes con nuestro estudio donde la mayor parte de mujeres en edad reproductiva que consultaron se encontraban entre los 26 a 30 años, además el estado civil predominante del estudio mencionado corresponde a la unión libre, similar a los datos obtenidos en el presente estudio, también el mayor grado de escolaridad alcanzado es el básico, situación comúnmente observada en la mujer salvadoreña procedente del área rural.

Según las respuestas vertidas por el cuestionario, encontramos que 86.6% de la población poseen algún conocimiento básico sobre lo que son los métodos de anticoncepción hormonal, puntualizando sobre estos, que los más conocidos entre ellos son los anticonceptivos hormonales inyectables y orales con 81.6%, ya que son los de más amplia distribución en las diferentes Unidades de Salud Comunitaria Familiar, el menos conocido es el DIU; similar al estudio antes mencionado, donde los métodos más conocidos fueron los anticonceptivos orales e inyectables y el DIU se posicionó entre los menos conocidos por la población. Además, se encontró que 78.8% de las pacientes han utilizado en algún momento de su vida un anticonceptivo hormonal, sin definir si continúa utilizando el método, o lo ha abandonado. Además 79.8% de la población dice conocer los efectos adversos del uso de anticonceptivos hormonales, de la población que respondió que sí, menciona los siguientes efectos adversos: aumento de peso, manchas en la piel, sangrado excesivo y cefalea, siendo el aumento de peso el que mayor número de veces apareció en las respuestas con 49.5%. Además, se indaga en la fuente por la cual las pacientes obtuvieron conocimientos sobre los anticonceptivos hormonales, de los cuales la principal fue la unidad de salud, situación esperada ya que es una temática constantemente abordada durante el plan de charlas diarias, así como en la consejería durante la consulta.

Dentro de los factores socioculturales asociados al rechazo de la anticoncepción hormonal, se indagó en la influencia de los mitos y creencias, donde 75.9% afirmó que el aumento de peso asociado a estos, es razón suficiente para abandonar el método, además 62.2% de las mujeres incluidas en el estudio considera que utilizar este tipo de métodos puede causarle algún tipo de enfermedad, esto se debe a la desinformación y a la influencia de factores culturales y religiosos en las áreas rurales correspondientes, donde el conocimiento empírico basado en la experiencia y en las creencias es un factor determinante durante la toma de decisiones de las pacientes. Además, se obtuvo que otro de los factores determinantes en el rechazo es la opinión de la pareja, que también se puede interpretar como machismo, con un 70.0% de pacientes que afirmaron que, en algún momento de su vida, su pareja le había prohibido utilizar anticonceptivos hormonales, resulta evidente la influencia de la opinión del compañero de vida con respecto a la toma de decisiones de la mujer en edad reproductiva, limitando su autonomía, el 100% de la población encuestada pertenece al área rural, donde la tendencia al machismo es bastante común, las mujeres generalmente obedecen las ordenes de sus parejas, o refieren que ellos son los que se cuidaran para prevenir embarazos. Durante la entrevista algunas pacientes manifestaron que al ser el hombre el encargado de las finanzas del hogar, no tenían más opción que obedecer cuando estos se negaban a la utilización de un método anticonceptivo. También se exploró la influencia de la iglesia en el rechazo, como se había mencionado antes existe un predominio de la religión católica en las usuarias incluidas en el estudio, se encontró que 70.7% de las pacientes negaron que alguna vez se les aconsejara en su iglesia en contra del uso de métodos anticonceptivos; a diferencia del estudio *Factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en la población femenina en edad reproductiva que habitan en el barrio Zalapa –Loja, periodo abril – agosto 2012* “El principal factor limitante para el no uso de métodos anticonceptivos es la religión en un 33%, de aquí la concepción de la mujer de dar hijos al hombre, lo que deriva el gran problema social de la multiparidad, los múltiples temores a los posibles efectos adversos que el uso de los métodos pueda tener sobre el cuerpo de la mujer, seguidamente está la familia con un 25%, lo que demuestra la influencia de la pareja y del entorno familiar sobre las decisiones de la mujer” (16). También se investigó la influencia del factor económico, como un factor sociocultural asociado al rechazo, se encontró que este influye en menor medida en el rechazo de los métodos anticonceptivos hormonales, ya que un 73.9% de las usuarias refiere que asistir a la unidad de salud para hacer uso y control de los métodos anticonceptivos hormonales no les genera ningún costo económico, dado que actualmente se ha mejorado la distribución de Equipos Comunitarios de Salud Familiar, así como los acercamientos a la población, además la distribución de los métodos anticonceptivos hormonales ofertados por el MINSAL es completamente gratuita.



## 9. CONCLUSIONES.

- En cuanto **AL PORCENTAJE DE CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LAS USUARIAS SOBRE LOS MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL OFERTADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD**, se obtuvo que un 88.6% de la población participante posee conocimientos básicos sobre los anticonceptivos hormonales, de estos, los más conocidos son los inyectables y orales, que obtuvieron 81.6% de las respuestas. Además, el 79.8% afirma conocer los efectos adversos, de estos, el más conocido entre las usuarias es el aumento de peso con 49.5% de las respuestas. El principal medio por el cual han obtenido información acerca de los anticonceptivos hormonales es la unidad de salud, lugar donde constantemente por medio de consejerías y charlas se imparten temas sobre la importancia de estos, siendo una temática bastante abordada dentro de los establecimientos.
- **LOS FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL RECHAZO DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL**, los predominantes fueron: la opinión del compañero de vida, el conocimiento de los efectos adversos, los mitos y creencias sobre los anticonceptivos hormonales, y los que influyen en menor medida: la opinión familiar, la religión y el factor económico.
- **POR JERARQUÍA, LOS FACTORES QUE RESULTAN INFLUYENTES EN EL RECHAZO DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA USUARIAS DE LAS UNIDADES EN ESTUDIO**: se concluyó que **el principal** factor de rechazo son **los mitos y creencias**, ya que 75.9% de las mujeres incluidas en el estudio, afirmo que el aumento de peso asociado a los anticonceptivos es razón suficiente para abandonar el método, además, 62.2% considera que utilizar este tipo de método de planificación familiar le puede causar algún tipo de enfermedad. El siguiente factor más influyente es la **opinión de la pareja**, donde el 70% de las usuarias afirmo que en algún momento de su vida su pareja le había prohibido utilizar este tipo de métodos. Por último, los factores que resultaron influyentes en menor medida son: la religión, donde 29% de la población del estudio afirmo que en su congregación religiosa se le aconsejo no utilizar anticonceptivos hormonales, y el factor económico, en el cual 26% de las usuarias dijo que asistir a la unidad de salud para sus controles de planificación familiar, representaba un costo alto para su economía.
- Como último objetivo se pretende definir **EL PORCENTAJE DE MUJERES ACTIVAS EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS UNIDADES MENCIONADAS**. De lo cual se obtuvieron los siguientes resultados: de la **UCSF Jocote dulce** de 105 mujeres en edad reproductiva, solamente 25 se encuentran activas en el programa de planificación familiar, conformando un 23.8% del total de mujeres que conforman el AGI de dicha unidad. De la **UCSF San Jerónimo**, San Gerardo, de 386 mujeres en edad reproductiva, 101 se

encuentran activas en el programa, formando un 26.1%. de la **UCSF Monteca**, de 1,055 mujeres en edad reproductiva. 490 se encuentran activas en el programa, formando un 46.4%.

- Las hipótesis que se planteo al inicio de esta investigación es que Los factores socioculturales son la principal causa de rechazo hacia los métodos hormonales de anticoncepción de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el estudio. De acuerdo a las respuestas obtenidas en el cuestionario, se sometió a prueba dicha hipótesis mediante la prueba de Chi-cuadrado, dando como resultado un valor inferior 0.05, con lo cual se afirma que hay suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, existe suficiente evidencia estadística significativa que nos permite decir que **los factores socioculturales son la principal causa de rechazo hacia los métodos hormonales de anticoncepción de las mujeres en edad reproductiva atendidas en las UCSF Jocote Dulce, San Jerónimo y Monteca.**

## **10. RECOMENDACIONES.**

### **SISTEMA BASICO DE SALUD INTEGRAL.**

- Reforzar los conocimientos de los trabajadores de salud acerca de los métodos anticonceptivos hormonales, ya que al ser la principal fuente de información para la comunidad, depende en gran manera el manejo de la temática que estos puedan tener, la información que será transmitida hacia las usuarias, y así evitar la aparición de mitos y creencias con respecto a estos métodos de planificación familiar.
- Garantizar el abastecimiento de las UCSF con diferentes opciones de métodos anticonceptivos hormonales, incluyendo formulaciones actualizadas, con menos efectos adversos, para la población.
- Proporcionar a las UCSF material didáctico, referente a la temática de anticonceptivos hormonales, para facilitar la enseñanza y el aprendizaje de la población referente al tema.

### **UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR.**

- Socializar los resultados y conclusiones obtenidas a partir de este estudio con el personal de cada UCSF para generar conocimiento acerca de la perspectiva de la población sobre el uso de anticonceptivos hormonales y así esclarecer las dudas y creencias en torno al uso de estos.
- Identificar a las mujeres en edad reproductiva de su área de responsabilidad geográfica, para asesorarlas sobre los diferentes métodos de anticoncepción que existen.
- Planificar estrategias educativas dirigidas a la mujer y su pareja para que tomen en cuenta sus intereses, problemas, inhibiciones, nivel socioeconómico y creencias sobre métodos anticonceptivos hormonales.
- Realizar campañas de promoción de los métodos anticonceptivos hormonales tanto en forma global como dirigida, haciendo énfasis en los derechos de las usuarias a decidir cuándo y cuántos hijos tener
- Empoderar a las mujeres en edad reproductiva a fin de que sean capaces de tomar decisiones individuales sobre su propia salud y su propio cuerpo, mediante consejería y charlas que refuercen conocimientos sobre sus derechos individuales y su sexualidad.
- Creación de clubes para mujeres en edad reproductiva donde se traten este tipo de temas y se esclarezcan las dudas y creencias que puedan tener las pacientes con respecto a los anticonceptivos hormonales.
- Incluir en la temática de las charlas y consejerías temas relacionados a los anticonceptivos hormonales a fin de que la población en general conozca la oferta que hay en cada Unidad Comunitaria en Salud Familiar.
- Fortalecer el contenido de la consejería sobre métodos anticonceptivos hormonales, incluyendo temas como efectos adversos y signos de alarma, en los establecimientos de salud.

- Brindar material educativo a las usuarias sobre los métodos de anticonceptivos hormonal.

### **PERSONAS EN GENERAL.**

- Asesorarse en las UCSF con respecto a dudas sobre los anticonceptivos hormonales.
- No difundir información falsa sobre los anticonceptivos hormonales.
- Asistir a su UCSF más cercana en el momento en que inicie su vida sexual para ser asesorada sobre los diferentes métodos de anticoncepción existentes.
- Asistir a los controles de planificación familiar en el día en que se le ha indicado.
- Consultar con su médico ante cualquier efecto secundario que presente durante el uso de anticonceptivos hormonales.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. 728 NTdpc1P7-. ANTICONCEPCION. 19th ed. ELSEVIER , editor.
2. <https://ginecologiayobstetricia.org.mx>. 1. METODOS ANTICONCEPTIVOS.
3. MAGAÑA Henry. Principales causas que influyen en la negatividad del uso de metodos de planificacion familiar. Santa Ana, El Salvador, 2010.
4. <http://www.medigraphic.com>.. METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENCIA.
5. 10. 1BYNGC. PLANIFICACION FAMILIAR ELSEVIER , editor.
6. 1. <http://www.paho.org>. OPS. PROMOCION DE LOS DERECHOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN POBLACIONES INDIGENAS. .
7. [www.msal.gob.ar/saludsexual](http://www.msal.gob.ar/saludsexual).. GUIA PARA EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
8. <https://www.unicef.org>. FECUNDIDAD Y PLANIFICACION FAMILIAR..
9. <https://www.logoss.net>. UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS. ACTUALIZACION EN PLANIFICACION FAMILIAR. UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS. 2017 JULIO.
- 10 Encuesta Nacional de Salud Familiar, Informe final FESAL-2008, realizada por  
0. Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS)
- 11 [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/Lineamientos\\_tecnicos\\_para\\_la\\_provision\\_de\\_servicios\\_de\\_anticoncepcion.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/Lineamientos_tecnicos_para_la_provision_de_servicios_de_anticoncepcion.pdf). METODOS ANTICONCEPTIVOS. .
- 12 <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/2500999S.pdf>. LA EDUCACIÓN Y EL NO USO DE ANTICONCEPTIVOS ENTRE MUJERES DE BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO. .
- 13 <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis>. ANTICONCEPCION HORMONAL. .
- 14 <https://www.monografias.com/trabajos84/niveles-educacion-salvador/niveles->. Ministerio de Salud. 2017.
- 15 Morales JV. Temas Selectos de Investigacion Clinica Mexico DF: Imbiomed; 2014.
- 16 Chamba DG. Factores que Influyen en la eleccion de Anticonceptivos Hormonales. In. Quito, Ecuador; 2012.

- 17 Martín JAN. Anticonceptivos Hormonales en Salud Primaria. In. Madrid, España:  
. Merk Sharp & Dohme; 2014.
- 18 Rodríguez G. LIBRO SOBRE SEXUALIDAD, ANTICONCEPCIÓN Ciudad de Mexico  
. DF: UNAM; 2004
- 19 Ciarmator DSI. Métodos Anticonceptivos Editores DH, editor. Buenos Aires,  
. Argentina ; 2009.

**ANEXOS.**

## **ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo he sido elegido(a) para participar en la investigación llamada: **“FACTORES DETERMINANTES DEL RECHAZO DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA ATENDIDAS EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR SAN JERONIMO, SAN GERARDO; JOCOTE DULCE, SAN MIGUEL Y MONTECA, LA UNION. AÑO 2018.”**

Se me ha explicado en qué consiste la investigación, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho(a) con las respuestas brindadas por los investigadores. Accedo voluntariamente a participar en esta investigación.

**No debe colocar su nombre**

**No debe firmar ni poner huellas dactilares**

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

(día/mes/año)

(NOTA: En el cuestionario no se registrará el nombre de la mujer entrevistada)



## ANEXO 2: CUESTIONARIO DIRIGIDO A LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

**UNIVERSIDAD DE ELSALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA**

Objetivo: Recopilar información sobre factores determinantes del rechazo de la anticoncepción hormonal en mujeres en edad reproductiva atendidas en las unidades comunitarias de salud familiar San Jerónimo, San Gerardo; Jocote Dulce, San Miguel y Monteca, La Unión.

**UCSF:** \_\_\_\_\_

Se le pide de la manera más respetuosa que trate de ser lo más **honest**a y **sincera** posible, se le garantiza que la **información** que usted proporcionará es completamente **confidencial**, no debe de poner su nombre.

De antemano muchas gracias por su participación. Atentamente: Egresados de la carrera Doctorado en Medicina.

### **I PARTE: Características socio demográficas.**

**Indicación General: responda las preguntas según se le indique en cada uno de los espacios.**

1. Edad \_\_\_\_\_ años
2. Estado civil: Soltera \_\_\_\_\_ Acompañada \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_  
Divorciada \_\_\_\_\_
3. Escolaridad: Básica \_\_\_\_\_ Intermedia \_\_\_\_\_ Superior \_\_\_\_\_  
Ninguna \_\_\_\_\_
4. Religión a la que pertenece: \_\_\_\_\_
5. Cuantos hijos tiene: \_\_\_\_\_

### **II PARTE: Conocimiento sobre anticonceptivos hormonales.**

1. ¿Sabe que son los anticonceptivos hormonales?  
A) Si \_\_\_\_\_ B) No \_\_\_\_\_
2. Si la respuesta a la pregunta anterior es SI, ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos hormonales conoce?  
\_\_\_\_\_
3. ¿Ha planificado alguna vez con métodos de anticoncepción hormonal?  
A) Si \_\_\_\_\_ B) No \_\_\_\_\_
4. ¿Conoce los efectos adversos del uso de anticonceptivos hormonales?  
A) Si \_\_\_\_\_ B) No \_\_\_\_\_
5. Si la respuesta anterior fue SI, mencione uno de ellos (pase a la siguiente si la respuesta fue NO) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿De qué fuente ha obtenido información sobre los métodos de anticoncepción hormonal? A) Televisión B) escuela C) libros D) en la unidad de salud.

**III PARTE: Factores socioculturales asociados al rechazo de métodos anticonceptivos.**

1. ¿Alguna vez su pareja le ha prohibido utilizar métodos de anticoncepción?  
A) Si\_\_\_\_\_ B) No\_\_\_\_\_
2. ¿Alguna vez un familiar o amiga/o le ha aconsejado no utilizar anticonceptivos hormonales? A) Si\_\_\_\_\_ B) No\_\_\_\_\_
3. ¿Cree usted que el aumento de peso que causan los anticonceptivos hormonales es causa suficiente para abandonar el método?  
A) Si\_\_\_\_\_ B) No\_\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez ha escuchado en la iglesia que planificar no es correcto?  
A) SI\_\_\_\_\_ B) No\_\_\_\_\_
5. ¿Usted Cree que ir a la unidad de salud cada vez que le corresponde el control de los métodos anticonceptivos es muy costoso? A) SI\_\_\_\_\_ B) No\_\_\_\_\_
6. ¿Considera que usar anticonceptivos hormonales la puede enfermar?  
A) SI\_\_\_\_\_ B) No\_\_\_\_\_
7. ¿Cree usted que es importante utilizar un método de planificación?  
A) Si\_\_\_\_\_ B) No\_\_\_\_\_

### **ANEXO 3: SIGLAS Y ABREVIATURAS.**

**ITS:** Infección de Transmisión Sexual

**LEPINA:** Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia

**MINSAL:** Ministerio de Salud

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PF:** Planificación Familiar

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Humano Adquirida

**UCSF:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar

**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humano

**VPH:** Virus del Papiloma Humano

**AOC:** Anticonceptivos orales combinados.

**MELA:** Método de la amenorrea de la lactancia.

**NET-EN:** enantato de noretisterona inyectable.

**DMPA:** Acetato de medroxiprogesterona

**Tcu- 380:** Dispositivo intrauterino, "T" de cobre,

**ITS:** Infecciones de transmisión sexual.

**UCSF:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

**ECOS:** equipo comunitario en salud.

**AGI:** área geográfica de interés.

**AIC:** anticonceptivos inyectables combinados

**ACO:** anticonceptivos orales.



**ANEXO 5. PRESUPUESTO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION.**

<b>Cantidad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Precio unitario (\$)</b>	<b>Precio total (\$)</b>
3	Computadoras a usar	150.00	450
3	Memorias USB	8.00	24
4	Tinta para imprimir	4	40
3	Calculadora	10.00	30.00
	Transporte		300.00
8	Fotocopias de perfil de investigación	2.00	16.00
8	Fotocopias de protocolo de investigación	3.00	24.00
4	Tinta para imprimir	4	40
3	CD's	0.50	1.50
3	Bolígrafos	0.25	0.75
3	Lápiz	0.15	0.45
3	Borradores	0.15	0.45
16	Anillados (perfil y protocolo)	2.50	40.00
10	Folders	0.15	1.50
10	Fasteners	0.10	1.00
5	Papel bond tamaño carta resma	5.00	25
10%	Imprevistos		200.00
<b>Total</b>			<b>1154.65</b>