

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL.
PUYLUCANA – BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2019**

Presentado por la Bachiller en Obstetricia:

Evelin Jhoana Chávez Marcelo

**Para optar al Título Profesional de
OBSTETRA**

Asesora:

Obsta. Dra. Elena Soledad Ugaz Burga

CAJAMARCA, 2021

Copyright © 2020 by Evelin
Jhoana Chávez Marcelo
Derechos reservados

“Planifica tu vida, no la dejes en manos del azar”

Fundación Unimédicos Siempre Contigo

DEDICADO A:

Mis padres que son el motivo principal de mi esfuerzo, por el amor y sacrificio que hicieron desde muy jóvenes para darme la herencia más valiosa, que es mi carrera profesional.

Evelin

SE AGRADECE A:

Dios por darme fortaleza y sabiduría para seguir adelante y por permitirme culminar esta etapa de mi vida.

Mi Alma Mater, la Universidad Nacional de Cajamarca, por haberme albergado durante todos los años de mi formación profesional.

Mis padres, les agradezco infinitamente por todo el esfuerzo realizado y por haberme apoyado incondicionalmente durante toda mi vida.

Mi asesora de tesis, la Dra Elena Soledad Ugaz Burga, quien amablemente me apoyó a lo largo de este trabajo, por su paciencia y excelente profesionalismo.

Evelin

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	5
1.4. Justificación de la investigación	6
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	9
2.2.1. Métodos anticonceptivos	9
2.2.2. Factores socioculturales	61
2.3. Hipótesis	66
2.4. Variables	66
2.5. Definición conceptual y operacional de las variables	66
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	68
3.1. Diseño y tipo de Estudio	68
3.2. Área de estudio y población	68
3.3. Muestra y muestreo	68
3.4. Unidad de análisis	69
3.5. Criterios de inclusión	69
3.6. Consideraciones éticas	70
3.7. Procedimiento, técnica e instrumento de recolección de datos	70
3.8. Procesamiento y análisis de datos	71
3.9. Control de calidad de datos	71
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	72

CONCLUSIONES	93
SUGERENCIAS	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	101

RESUMEN

Se ha demostrado que el uso de métodos anticonceptivos contribuye a reducir la pobreza, además de disminuir las inequidades sociales, mejora la calidad de vida de la población, así como también influye en el respeto a la dignidad de la mujer, sin embargo, está influenciado por algunos factores socioculturales. **Objetivo.** Determinar la influencia de los factores socioculturales en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Caserío Puyucana – Baños del Inca, Cajamarca, 2019. **Metodología.** El estudio corresponde a un diseño no experimental, de corte transversal, tipo descriptivo y correlacional, se realizó en una muestra de 97 mujeres en edad fértil. **Resultados:** En cuanto a los factores sociales, el 29,9% de mujeres perteneció al grupo etario de 30-34 años de edad; tienen un grado de instrucción de secundaria con 18,6% tanto para secundaria completa como para secundaria incompleta; el 71,1% manifestaron ser convivientes y el 73,2% dijeron ser amas de casa; respecto a los factores culturales, el 50,5% refirió ser católica, el 86,6% dijo que si existían mitos sobre los anticonceptivos y el 86,6% admitió las creencias sobre ellos. El 55,7% dijo que era un pecado usar algún método anticonceptivo, el 56,7% indicó que tener varios hijos es voluntad divina; como manifestaciones culturales, se obtuvo que el 27,7% siente vergüenza de usar un método anticonceptivo y el 83,3% temor; el 35,1% de las mujeres son secundíparas; el método anticonceptivo más utilizado por quienes son usuarias es el inyectable en 32,9%. Los factores socioculturales que influyen en el uso de métodos anticonceptivos son el grado de instrucción ($p = 0,05$), la religión ($p = 0,052$), y el reconocimiento por parte de la mujer de la existencia de mitos sobre el uso de anticonceptivos ($0,032$) y las creencias sobre esto ($0,052$). **Conclusión:** algunos factores socioculturales influyen en el uso de métodos anticonceptivos

Palabras clave: mujer en edad fértil, factores socioculturales, uso de métodos anticonceptivos.

Abstract

It has been shown that the use of contraceptive methods contributes to reducing poverty, in addition to reducing social inequities, improving the quality of life of the population, as well as influencing respect for the dignity of women, however, it is influenced by some sociocultural factors. **Objective.** To determine the influence of sociocultural factors on the use of contraceptive methods in women of childbearing age from Caserío Puyucana - Baños del Inca, Cajamarca, 2019. **Methodology.** The study corresponds to a non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational design, it was carried out in a sample of 97 women of childbearing age. **Results:** Regarding social factors, 29.9% of women belonged to the age group of 30-34 years of age; they have a high school education grade with 18.6% for both complete high school and incomplete high school; 71.1% stated that they were cohabiting and 73.2% said that they were housewives; Regarding cultural factors, 50.5% referred to being Catholic, 86.6% said that if there were myths about contraceptives and 86.6% admitted their beliefs about them. 55.7% said that it was a sin to use any contraceptive method, 56.7% indicated that having several children is divine will; As cultural manifestations, it was obtained that 27.7% feel ashamed of using a contraceptive method and 83.3% fear; 35.1% of the women are secondary; the contraceptive method most used by those who are users is injectable in 32.9%. The sociocultural factors that influence the use of contraceptive methods are the level of education ($p = 0.05$), religion ($p = 0.052$), and the recognition by women of the existence of myths about the use of contraceptives (0, 032) and beliefs about it (0, 052). **Conclusion:** some sociocultural factors influence the use of contraceptive methods.

Key words: woman of childbearing age, sociocultural factors, use of contraceptive methods.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo (1).

Garantizar que todas las personas tengan acceso a métodos anticonceptivos preferidos refuerza varios derechos humanos, incluidos el derecho a la vida y a la libertad; la libertad de opinión y expresión, y el derecho al trabajo y a la educación, además de reportar importantes beneficios para la salud y de otros tipos. El uso de anticonceptivos previene en las mujeres los riesgos para la salud relacionados con el embarazo, sobre todo en las adolescentes. También brinda una serie de beneficios potenciales no relacionados con la salud que incluyen mayores oportunidades de educación y más autonomía para las mujeres, así como crecimiento demográfico y desarrollo económico sostenibles para los países (1).

Sin embargo, la aceptación del uso de métodos anticonceptivos se ve influenciada por diversos factores de índole social y cultural. Esta situación no es ajena a la realidad del Perú y mucho menos de Cajamarca, por el contrario, aún priman los factores socioculturales que influyen su uso.

A partir de estas premisas es que se creyó conveniente la realización del presente estudio con el objetivo de determinar la influencia de los factores socioculturales en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana – Baños del Inca, Cajamarca, llegando a determinar que los factores sociales y culturales que influyen en el uso de métodos anticonceptivos son el grado de instrucción ($p = 0,059$), la religión ($p = 0,052$) y el conocimiento de la existencia de mitos y creencias sobre métodos anticonceptivos ($p = 0,032$) y ($p = 0,052$), respectivamente. La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: correspondiente al problema y que comprende el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: comprende el marco teórico e incluye antecedentes, bases teóricas, hipótesis y variables.

CAPÍTULO III: Pertenece a este capítulo el diseño metodológico el mismo que incluye el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y tamaño de la

muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, consideraciones éticas, técnicas de recolección de datos y descripción del instrumento, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos.

CAPÍTULO IV: correspondiente al análisis y discusión de los resultados, las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

También forma parte de la presente investigación las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

La autora

CAPÍTULO I EL

PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según la OMS, se calcula que en 2019 había 1900 millones de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) en el mundo, de las cuales 1112 millones precisan planificación familiar. De ellas, 842 millones utilizan métodos anticonceptivos y 270 millones tienen necesidades desatendidas en materia de anticoncepción (1).

La Planificación familiar (PF), induce a pensar en una estrategia muy simple o sencilla que puede ayudar a las familias a tener conductas reproductivas adecuadas para que puedan conseguir sus objetivos de desarrollo saludable en la mejor forma. En parte, es verdad, pero realmente la PF es una estrategia que va mucho más allá de la familia, es un concepto que está íntimamente ligado al desarrollo de las naciones (2).

Los temas reproductivos, en la actualidad y desde tiempos muy remotos, no solo han preocupado a las familias, sino que empezó por ser una preocupación del propio individuo como persona, quien se dio cuenta que el ejercicio de su sexualidad, en determinadas circunstancias, generaba un embarazo en las mujeres y el nacimiento de un nuevo individuo. La preocupación individual, en los últimos tiempos, se ha transformado en una preocupación mundial, cuando el número de personas en el mundo es cada vez mayor, y la reducción de recursos naturales se relaciona con efectos sobre las mejores condiciones de habitabilidad de todas las personas en el mundo (2).

De otra parte, la capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento, tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye los problemas de bienestar materno (3).

Sin embargo, aunque el uso de anticonceptivos ha aumentado en los últimos 30 años, hay en todas las regiones, muchas mujeres que siguen sin tener acceso a métodos modernos de anticoncepción (3). A nivel global, alrededor de 214 millones de mujeres que actualmente desean evitar un embarazo no se encuentran usando métodos de planificación familiar seguros y eficaces (4)

En el África subsahariana, una de cada cuatro mujeres que desea espaciar los embarazos o dejar de tener hijos no utiliza ningún método de planificación familiar (3). En América Latina y el Caribe, el 65% de las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) desean evitar un embarazo. 24 millones de mujeres tienen una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos y 18 millones no utilizan ningún método. Se estima que el 66% de los embarazos no intencionales provienen de mujeres con necesidades insatisfechas de anticoncepción (4).

Haití es el país con la prevalencia más baja de uso de anticonceptivos modernos (31,3%), seguido de Bolivia (34,6%); mientras que Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Paraguay cuentan con una prevalencia de uso del 70%. El uso de anticonceptivos de larga duración reversibles fue por debajo del 10% en 17 de los países (solo Cuba, Colombia, México, Ecuador, Paraguay y Trinidad Tobago tienen un porcentaje mayor del 10% en este tipo de método) (5). El Perú, es uno de los países latinoamericanos con más bajos niveles de uso de métodos anticonceptivos modernos, el 75,4% de mujeres actualmente unidas (casadas y/o convivientes) estaban usando algún método anticonceptivo a la fecha de la entrevista; 54,5% usaba algún método moderno y 20,9% alguno tradicional, según la ENDES del 2017 (6).

En Cajamarca el uso actual de métodos anticonceptivos modernos entre las mujeres actualmente unidas, es del 49.9% con un aumento de 9,9 puntos porcentuales respecto al año 2012 (6).

Diversos factores sociales están involucrados en el uso de los métodos anticonceptivos como la edad, el grado de instrucción, estado civil, zona de procedencia, nivel socioeconómico, ocupación además de patrones culturales que limitan su uso. Respecto a la edad el INEI (2017) informa que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es mayor en mujeres de 35 a 39 años de edad (79,5%) y menor en mujeres de 15 a 19 años de edad (65,9%), la proporción de usuarias del área urbana es menor 73,9%; que en el área rural 74,1% (6), otros estudios informan que el porcentaje de mujeres que nunca habían usado un método anticonceptivo fue más elevado entre las mujeres analfabetas que entre aquellas que por lo menos habían terminado la secundaria (49% contra 31%) (7).

Puylucana es un Caserío perteneciente a la jurisdicción del Centro de Salud Baños del Inca, con una alta población rural, con mujeres de bajo grado de instrucción y con creencias arraigadas, en la que no se han ejecutado investigaciones de esta naturaleza y, teniendo como premisa que, la capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento, tiene una repercusión directa en su salud y

bienestar es que surgió la idea de realizar el presente estudio con el objetivo de determinar la influencia de los factores socioculturales en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil,

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la influencia de los factores socioculturales en el uso de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana - Baños del Inca, Cajamarca, 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la influencia de los factores socioculturales en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana – Baños del Inca, Cajamarca, 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociales de las mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana – Baños del Inca, Cajamarca.
- Identificar los factores culturales de las mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana – Baños del Inca, Cajamarca.
- Establecer la paridad de las mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana – Baños del Inca, Cajamarca.
- Establecer la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana – Baños del Inca, Cajamarca.
- Determinar los factores sociales que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana – Baños del Inca, Cajamarca.
- Determinar los factores culturales que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana – Baños del Inca, Cajamarca.

1.4. Justificación de la investigación

El acceso a servicios de planificación familiar segura y voluntaria es un derecho humano, además de ser fundamental para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, así mismo, se considera un factor clave para la disminución de la pobreza y para alcanzar el desarrollo sostenible (4).

La planificación familiar ha aumentado las oportunidades de las mujeres para elegir cuándo y cuántos hijos quieren tener, lo que puede tener un impacto positivo no solo en su derecho a la salud, sino también en su derecho a la educación, al trabajo y a un adecuado nivel de vida entre otros derechos humanos. A pesar de estos avances, millones de mujeres siguen sin acceso a los métodos anticonceptivos. De acuerdo con lo informado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, las estadísticas recientes muestran que, de los 867 millones de mujeres en edad de procrear en los países en desarrollo, que requieren métodos anticonceptivos modernos, 222 millones no tienen acceso a ellos. Asimismo, en los países desarrollados, millones de mujeres se ven enfrentadas a obstáculos económicos, sociales y culturales para tener acceso a métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar, y carecen de información y educación sobre ellos (8).

Desde esta perspectiva es que surgió la inquietud de realizar la presente investigación con el objetivo de determinar la influencia de los factores socioculturales en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Caserío PuyLucana, considerando que es una población con un significativo porcentaje de mujeres de la zona rural, con una gran influencia de la ciudad por la cercanía que tienen a ella, pero que pueden conservar aun mitos y creencias de sus antepasados y podrían estar afectándolas notablemente.

Los resultados permitirán un mayor acercamiento a la población a fin de aumentar las coberturas del uso de métodos anticonceptivos y garantizar que todas las mujeres de la zona puedan disfrutar de su derecho a decidir cuantos hijos desean tener, si se embarazan o no, en qué momento hacerlo y con qué frecuencia tenerlos. Todo esto redundará en beneficio de la mujer misma, porque puede ver disminuida la probabilidad de enfermar o morir con un embarazo, para la familia porque contará con una mujer sana y obviamente para el sistema sanitario que igualmente verá disminuidos sus costes sin invertir en una mujer con complicaciones obstétricas si tiene una gestación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Gualán D. (Ecuador, 2015), en su tesis encontró que un 44% de la población tenía entre 15 a 45 años de edad, el 61% de la población mencionó haber culminado la secundaria mientras que un 37% contaba únicamente con la primaria, el 39% de la población era soltera, en su mayoría se dedicaban a los quehaceres domésticos en un 33%, el 86% pertenecían a la religión católica (9).

Bermeo N. y col. (Ecuador, 2016), realizaron un estudio con el objetivo de caracterizar la influencia sociocultural en el acceso y uso de métodos de planificación familiar por mujeres de edad fértil y encontraron como resultados que el grupo etario mayoritario está formado por jóvenes 15-24 años (47%), con instrucción secundaria, ya con 1-2 hijos; predominantemente católicas, que han recibido información sobre los métodos de planificación familiar a través del Centro de Salud, aunque el 39,3% confiesa no realizar ninguna práctica anticonceptiva pues teme la posible esterilidad. Sin embargo, el 41,7% declara la utilidad del anticonceptivo que usa, en tanto que el 11,3% señala el dolor de cabeza como complicación surgida durante su uso. El 20,2% declara no usar ningún método, aunque el 62,5% expresa que es la pareja la que asume la planificación familiar (10).

Castro K. y col. (Ecuador, 2016), realizó una investigación y determinó que el grupo etario que predominó fueron las mujeres entre 19 y 27 años para un 23 %, el 53% presentó un nivel educacional de secundaria, el 51% declaró que tenía pareja, las amas de casa representaron el 52% de las encuestadas, el 94% refirió influencia religiosa de las cuales el 69% declaró ser de religión católica, el condón y las pastillas anticonceptivas fueron los métodos anticonceptivos más conocidos referido por el 90 y el 86 % respectivamente, el 54% de las encuestadas refirió el uso de algún método anticonceptivo predominando la ligadura de la mujer en el 26% de ellas, el 19% de las

mujeres que usaban anticonceptivos decidió realizar el cambio de su método durante su estancia en el albergue. Se constató que los factores socioculturales tienen una influencia en el uso de métodos anticonceptivos por las mujeres. Los factores socioculturales que influyen negativamente en el uso de algún método fueron los mitos y tabúes en el 65%, la vergüenza en el 61% y el temor a los efectos colaterales de algunos métodos en el 88 % de las mujeres. Sin embargo, la influencia social actúa positivamente en el 82 %, la acción familiar en el 42 %, el rol de género en el 68 % y la discreción del personal de salud en el 57% de las encuestadas (11).

Moreno N y Col. (Ecuador, 2017), en su estudio realizado encontraron como resultados que la edad promedio fue de 25-29 años, el 34,5% eran solteras, el 94% tenían conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, el 53,6% no usó métodos en su primera relación sexual, el 57,10% contaba con secundaria, el 68,5% tenía como religión a la católica, el 34,5% utilizan como primera elección la inyección y el 0,6% utilizan el coito interrumpido, 1,2% decidió utilizar anticonceptivos de emergencia (12).

Cocom N. (Guatemala, 2017) en su tesis encontró como resultados que las edades de las mujeres que fueron entrevistadas, tenían entre 25 a 49 años, el 93% eran casadas mientras que un 7% vivían en unión de hecho, el 67% profesaban la religión evangélica y un 33% la religión católica, el 34% de mujeres tenía de 7 a 9 hijos, el 53% eran analfabetas, 34% estudiaron de primero a tercero de primaria, 13% estudiaron cuarto primaria o más; 60% de las mujeres entrevistadas indicaron que su ocupación principal era el bordado a mano, el 33% eran amas de casa y el 7% comerciantes, el 66% tenía un tipo de familia nuclear mientras que el 34% tenía una familia extensa, los factores culturales que influyeron en la no aceptación de métodos de planificación familiar fueron: que *“la familia es una bendición de Dios”, “utilizar métodos de planificación familiar es pecado”*, los pastores de la iglesia prohíben el uso de los métodos de planificación familiar, *“el esposo es el que manda”, “los métodos anticonceptivos causan enfermedades”* (13).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Chagua M (Huancavelica, 2017) en su tesis determinó que el 52,1% se encontraba entre los 30 a 49 años; 81% fueron amas de casa y el 38% eran convivientes; el 19,8% tenían de 4 a más hijos. Las principales razones para no utilizar métodos anticonceptivos estuvieron relacionados al temor en 20,7%; los esposos interferían en el uso de un método anticonceptivo en 70,2%, El 67,2% no tiene creencias sobre los métodos anticonceptivos. El 13% fueron usuarias de algún método anticonceptivo

moderno y el 87% de otro método anticonceptivo. El 59,5% utilizaba método natural (14).

Barboza M. (Lima,2019) en su investigación informó que el 47,1% de mujeres se encontraba en etapa reproductiva ideal, es decir de 20 a 34 años, casi la mitad de ellas procedían de la ciudad o capital de provincia (49,1%); siendo también un porcentaje importante las que procedían del campo (31,3%), el 74,9% de mujeres tienen el promedio (2.5) o menos de hijos, el 18% de mujeres tenían de 4 hijos a más, un porcentaje pequeño de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia doméstica (8,3%), el (24,5%) de las encuestadas tienen un grado de instrucción inadecuado, es decir, primaria o menos, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas y/o con pareja estable es del 75,4%. El 54,5 % de ellas usan un método anticonceptivo moderno, el 28,1% prefieren los métodos hormonales (píldora, inyectables e implantes sub-dérmicos). El (34,3%) no usa métodos anticonceptivos y no tiene “razones” aparentemente válidas para no usarlas (15).

2.1.3. Antecedente local

Calderón E. (Cajamarca, 2017) en su tesis realizada evidenció que las encuestadas en su mayoría tenían más de 35 años, eran procedentes de la sierra, convivientes, con un ingreso económico de 2 a 3 MV, con un grado de instrucción de secundaria completa, amas de casa y profesaban la religión católica. El método anticonceptivo más usado fueron los inyectables (60,9%), seguido de las píldoras (20,9%), preservativo (14,5%), y DIU (36%). Concluyó que los factores sociodemográficos edad, grado de instrucción y la religión se relacionan con la elección y uso de los métodos anticonceptivos. Por otro lado, la edad, el estado civil, el grado de instrucción y la ocupación no tuvieron una relación significativa con los métodos anticonceptivos (16).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Métodos anticonceptivos

2.2.1.1. Definición

Son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas (17).

Una definición semejante señala que los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. El uso del preservativo, que también protege de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), si es usado de forma correcta, es recomendable para toda la vida sexualmente activa (18).

2.2.1.2. Características más importantes de los anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos tienen diferentes características en las que hay que fijarse cuando se elija uno de ellos. Esto es necesario para que el método permita alcanzar las metas reproductivas en forma efectiva y segura para la salud y de acuerdo a la situación de vida.

Eficacia. Representa el riesgo de que una mujer se embarace, aunque ella o su pareja estén usando un método anticonceptivo. La eficacia es mayor cuando el método se usa en forma perfecta y menor durante el uso típico, ya que algunas personas usan los métodos en forma incorrecta. Por eso es importante averiguar cómo se usa correctamente el método que se ha elegido y que su uso sea constante.

Seguridad. Algunas mujeres presentan condiciones de salud que restringen el uso de algunos métodos como lo establecen los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud. En general, las y los jóvenes no tienen problemas de salud que las/los pongan en riesgo si usan un anticonceptivo. Algunos anticonceptivos tienen efectos benéficos para la salud de quienes los usan: el uso de condones permite prevenir infecciones transmisibles por vía sexual, incluyendo la infección por VIH/SIDA, las pastillas anticonceptivas combinadas disminuyen los síntomas premenstruales y la anemia y otorgan protección contra ciertos cánceres del aparato reproductor.

Aceptabilidad. Las características de cada método anticonceptivo, pueden afectar de distinta manera a diferentes personas. Lo que para algunas personas puede ser una ventaja, para otras puede ser una desventaja. Cada persona debe poder elegir el más adecuado a sus necesidades.

Facilidad de uso. Cuando el uso del método es fácil, es más probable poder utilizarlo en forma correcta. Por eso se debe exigir información clara e indicaciones precisas sobre la forma de uso.

Disponibilidad. Los métodos anticonceptivos están disponibles gratuitamente en los consultorios de los servicios de salud, y con distintos precios en las farmacias y en las consultas privadas de los médicos y matronas. Hay que pensar cuál alternativa conviene más según los recursos económicos y el tipo de atención que se quiere.

Reversibilidad. La recuperación de la fertilidad o sea la capacidad de poder embarazarse después de la suspensión del método es un elemento esencial para las y los jóvenes quienes desean postergar el primer embarazo.

Costo. El costo de los anticonceptivos es importante para la gente joven que suele tener recursos económicos limitados. En los servicios de salud se entregan en forma gratuita. Pero también hay diferencias entre las marcas. Por ejemplo, el costo de las píldoras anticonceptivas varía hasta en 10 veces y, para la mayoría de las mujeres, las mejores son las más baratas (las que contienen estradiol y levonorgestrel) (17).

2.2.1.3. Criterios médicos de elegibilidad según la OMS

Se trata de recomendaciones, no de normas estrictas, que sirven de base para tomar decisiones sobre diversos anticonceptivos según las condiciones médicas de cada usuaria/o. a Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasifican en categorías. Para evaluar la situación de una persona respecto de estas categorías, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica.

Para establecer los Criterios médicos de elegibilidad, la Organización Mundial de la Salud hace las siguientes evaluaciones:

- Considera la inclusión de las condiciones de salud relevantes.
- Evalúa las condiciones basadas en evidencia científica.
- Incluye las etapas de la vida que pueden afectar la elección del anticonceptivo.
- Incluye los aspectos relacionados con los servicios necesarios para la atención en relación al uso del método (18).

2.2.1.4. Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona

Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se ordenaron en una clasificación de cuatro categorías.

- Las categorías 1 y 2 no observan riesgo para la salud de la persona si usa ese método anticonceptivo.
- En el caso de las categorías 3 y 4, con distinto grado de implicancia, es preferible utilizar otro método.
- Las categorías 1 y 2 pueden ser manejadas por personas del equipo sin formación médica.
- Para evaluar la situación de una persona respecto de estas categorías, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica, teniendo siempre presente la situación singular de la mujer y el método que está eligiendo (18).

2.2.1.5. Clasificación de los métodos anticonceptivos

2.2.1.5.1. MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA

Este método está basado en el reconocimiento de signos y síntomas asociados a los periodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad, y el uso de periodos infértiles para la actividad sexual. Se incluyen: Método del ritmo, Método del moco cervical (de Billings) y Método de los días fijos o método del Collar (17,18,19).

- Fundamentos Fisiológicos y Conductuales

El Periodo fértil es episódico ya que la Ovulación se produce una vez en cada ciclo menstrual, la sobrevivencia del óvulo es de 12 – 24 horas y la sobrevivencia de los espermatozoides es de 5 días aproximadamente, en el tracto genital femenino.

Las mujeres deben tener la capacidad de reconocer el periodo fértil.

Las parejas deben tener la capacidad y motivación para abstenerse de tener relaciones sexuales en los días fértiles.

A. MÉTODO DEL RITMO, OGINO-KNAUS, DE LA REGLA O DEL CALENDARIO

Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

1. Mecanismo de acción

Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

2. Condiciones que contraindican su uso

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

3. Características:

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres que por diversas razones no desean usar otros métodos.
- Útil para mujeres con ciclos regulares establecidos, entre 27 y 30 días.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación/consejería apropiada.
- Los períodos de abstinencia para algunas personas pueden parecer prolongados
- Su eficacia puede afectarse por factores externos, que alteran el ciclo menstrual: estrés, viaje, enfermedad, dieta, ejercicio y otros.
- No protegen de las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, ni HTVL1.

4. Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. Efectos colaterales

- No causa efectos colaterales

6. Forma de uso

- La mujer debe de registrar la duración de sus ciclos menstruales (historia menstrual) de por lo menos seis meses, idealmente 12 meses.
- El ciclo se inicia el primer día del sangrado menstrual y termina el día anterior de la siguiente menstruación.
- De la historia menstrual se obtiene el periodo fértil:
 - Para calcular el primer día del periodo fértil: reste 18 al ciclo más corto.
 - Para calcular el último día del periodo fértil: reste 11 al ciclo más largo.
 - De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19no día del ciclo menstrual.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1 (17,18,19).

B. MÉTODO BILLINGS, DE LA OVULACIÓN O DEL MOCO CERVICAL

Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales.

1. Mecanismo de acción

Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

2. Condiciones que contraindican su uso

- Mujeres con inhabilidad para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Infecciones, conización, enfermedades o uso de medicamentos (Litio, antidepresivos, tricíclicos, ansiolíticos, óvulos) que alteren o afecten el moco cervical.

- Utilizar con precaución en mujeres con flujo vaginal persistente, o que estén dando de lactar.

Debe brindarse orientación/consejería sobre las dificultades para predecir el periodo fértil.

3. Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por diferentes razones no deseen usar otros métodos.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para reconocer características fisiológicas del moco, facilitando su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Su eficacia depende de la pareja y requiere una motivación constante.
 - Los períodos de abstinencia son variables, su eficacia se afecta por factores externos que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- No previenen la Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH - SIDA, ni HTVL1.

4. Tasa de falla

Falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

- Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. Forma de uso:

- La mujer debe Identificar el periodo fértil de acuerdo a las características del moco cervical.
- La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas.
- Secundariamente puede ayudar el uso de papel higiénico antes o después de miccionar observando la presencia de moco cervical allí o en la ropa interior, si se desea puede tomarse de los genitales externos el moco y observar su elasticidad entre los dedos.

- El periodo fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical y dura hasta tres días después de la desaparición brusca de la sensación de humedad, lubricación o de la observación de mucosidad.
- Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1 (17,18,19).

6. Programación de seguimiento

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos (sólo la hoja de seguimiento para registro).
- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los 15 días de iniciar el método y luego cada dos meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método, luego cada año.
- Informar a la/el usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo consideren necesario.
- Se considera pareja protegida a la que recibe 6 atenciones de planificación familiar en un año, en cualquier nivel de atención.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva (17,18,19).

C. MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS O DEL COLLAR

Método de abstinencia periódica que se apoya en perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual.

1. Mecanismo de acción

Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

2. Condiciones que contraindican su uso

- Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.

- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.

- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual.

3. Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.

- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva con ciclos regulares entre 26 y 32 días.

- Apropiado para parejas que por diversas razones no deseen usar otros métodos.

- Requiere una capacitación de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.

- Su eficacia puede ser afectada por factores externos, que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).

- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, ni HTVL1.

4. Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

- Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. Forma de uso

- Se determina por historia si la mujer tiene ciclos entre 26 y 32 días.

- Se indaga sobre la aceptación de su pareja a no tener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles.

- Se ofrece como ayuda visual el “collar” que consiste en 32 perlas de colores que representan los días del ciclo menstrual y un anillo movable para marcar el día del ciclo en el que está la mujer:

- Una perla roja que representa el primer día de menstruación.

- Seis perlas marrones que representan días no fértiles o de baja posibilidad de embarazo.

- Doce perlas blancas que representan los días fértiles, de alta probabilidad de embarazo.

- Trece perlas marrones que representan días no fértiles de muy baja probabilidad de embarazo.

- Al inicio de la menstruación la mujer debe colocar el anillo de hule negro en la perla roja, y anotarlo en el calendario.
- La mujer deber avanzar el anillo de hule negro todos los días, y debe abstenerse de tener relaciones sexuales en los días que coincidan con las perlas blancas.
- Si el ciclo termina antes de pasar la perla 27 (marrón más oscura) o dure más de 32 días en dos ocasiones en un año, tendrá que elegir otro método de planificación familiar.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1 (17,18,19).

D. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y AMENORREA (MELA)

Único método natural, basado en la infertilidad temporal de la mujer durante la lactancia.

1. Mecanismo de acción

Supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia de la lactancia materna exclusiva.

2. . Condiciones que contraindican su uso

- Mujeres que tengan contraindicaciones para dar de lactar a su hijo.
- Mujeres portadoras de VIH SIDA, HTVL.1
- Mujeres que no cumplen los tres requisitos para el MELA.

3. Características

- Criterios básicos: La usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:
 - Lactancia exclusiva a libre demanda o sea un promedio de amamantar 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche.
 - Que la usuaria se mantenga en amenorrea, es decir que no haya sangrado después de los 42 días post parto.
 - Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses post parto.

- Fácil de aplicar.
- Eficaz si se cumple con los criterios básicos.
- No interfiere con el coito.
- No requiere supervisión por personal de salud.
- No requiere insumos anticonceptivos.
- No tiene efectos secundarios.
- Reduce el sangrado post parto.
- La lactancia materna es la mejor fuente de nutrición para el niño en los primeros meses. • No previene las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), ni el VIH/SIDA, ni HTVL1.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1 (17,18,19).

4. **Limitaciones:** depende de la usuaria, circunstancias sociales, laborales, voluntad o costumbres que limitan el uso del método. Las madres portadoras de VIH o HTVL 1 no deben dar de lactar.

5. Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 1 embarazo por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto.
- Falla de uso o uso típico 2 embarazos por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto (17,18,19)..

2.2.1.5.1.2. MÉTODOS DE BARRERA

Basados en colocar una barrera física, que impide la unión del espermatozoide con el óvulo. Se incluyen: Condón masculino, condón femenino y espermicidas.

A. CONDÓN MASCULINO

Funda delgada de látex, lubricada, sin nonoxinol 9, que se coloca en el pene antes de iniciar la relación sexual.

1. Mecanismo de Acción:

Impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

2. Condiciones que contraindican su uso

Alergia o hipersensibilidad al látex.

3. Características

- Es un método eficaz, si se usa correctamente.
- Pocos efectos colaterales (alergia al látex).
- De fácil obtención y bajo costo.
- No requiere examen ni prescripción médica.
- Fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción.
- Su uso correcto otorga doble protección: protege de embarazos no planificados y del riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual /VIH-SIDA y HTVL1.
- Depende del usuario, requiere una motivación constante.
- Puede mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual.
- No debe ser usado simultáneamente con el condón femenino.
- Condiciones de almacenaje:
 - El ambiente debe ser seco.
 - Evitar fuentes directas de calor o luz solar.
 - Asegurar que se encuentren dentro de los cinco años de la fecha de fabricación o manufactura (MFD).
 - Antes de distribuirlos el proveedor debe revisar la integridad del sobre y asegurarse que mantiene la sensación de “almohadilla de aire”

4. Tasa de Falla

- Falla teórica o de uso perfecto 2 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. Posibles efectos secundarios y su tratamiento

- Irritación del pene o la vagina por alergia.
 - Tratamiento: higiene vulvoperineal y aplicación de una crema antipruriginosa y antiinflamatoria.
 - Si vuelve a presentarse cambiar de método anticonceptivo.

6. Forma de uso

- Asegurarse de la integridad del envase (ver si está deteriorado o roto o con pérdida de turgencia del mismo).

Verificar la fecha de manufactura en el sobre, no deberá ser mayor de cinco años.

- Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo desde la erección antes de la penetración (coito).
- Cada condón se usa una sola vez, si tuviera otra relación sexual use otro condón.
- Si fuera necesario, se puede usar lubricantes solo a base de agua y no oleosos.
- Se debe retirar antes que el pene pierda la erección, envolviéndolo en papel higiénico sin amarrarlo.
- Eliminar el condón en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo (17,18,19).

B. CONDÓN FEMENINO

El Condón Femenino es una funda amplia y delgada de polímero de nitrilo que se coloca en la vagina antes de una relación sexual.

1. Mecanismo de acción

Impide el pasaje de los espermatozoides al tracto reproductor femenino.

2. Condiciones que contraindican el uso de condones femeninos

- Todas las mujeres pueden utilizar condones femeninos.
- No hay ninguna patología médica que contraindique el uso de este método.

3. Características

- Tiene un anillo blando y flexible en cada extremo.
- El anillo interno sirve para colocarlo en la vagina y mantenerlo en el lugar, y el anillo externo permanece fuera de la vagina y cubre parte de los genitales externos.
- La decisión de usarlo depende de la mujer.
- Puede ser colocado antes del coito, evitando interrupciones durante la relación sexual.
- No requiere de erección para colocarlo y no necesita retirarse de inmediato una vez concluido el coito.

- Es una excelente opción para las mujeres y hombres que son alérgicos al látex.
- Permite que la relación sexual se sienta más natural, pues al ser muy bien lubricado permite que el material se caliente a la temperatura del cuerpo. Adicionalmente se puede usar lubricantes tanto oleosos como a base de agua.
- La lubricación del condón femenino puede ayudar a las mujeres con sequedad vaginal a sentir más comodidad y placer.
- Ofrece doble protección: protege de embarazos no planificados y del riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual /VIH y SIDA.
- Brinda mayor protección frente a ITS que tengan úlceras o vesículas, como el herpes y el chancro blando, pues el condón femenino cubre gran parte de los órganos genitales externos de la mujer
- No debe ser usado simultáneamente con el condón masculino.

4. Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. . Forma de uso

- Informar que se puede usar en cualquier momento en que la usuaria lo desee.
- Se debe usar un nuevo condón femenino para cada acto sexual.
- Explicar a la usuaria:
 - Que revise el paquete del condón. Si está dañado o roto, no debe utilizarlo. Evitar el uso del condón pasada su fecha de vencimiento (3 años).
 - Lavarse las manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el condón.
 - Antes de abrir el sobre, frotar juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante.
 - Antes de ningún contacto físico o penetración, introducir el condón en la vagina.
 - Elegir una posición en que se esté cómoda para la inserción (en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada).
 - Sostener el condón con el extremo abierto colgando hacia abajo. Apretar el anillo interno del condón con el dedo pulgar y el dedo medio.

- Sostener el dedo índice entre el dedo pulgar y el dedo medio mientras continúa apretando el anillo interno del condón.
- Sosteniendo el condón con los tres dedos de una mano, con la otra mano separar los labios de la vagina.
- Colocar el condón en la entrada del canal vaginal y soltarlo.
- Luego con el dedo índice por dentro del condón empujar el anillo interno dentro de la vagina. Unos 2,5 centímetros del condón con el anillo externo quedarán fuera del cuerpo. - Asegurar que el pene entre en el condón y se mantenga en su interior. El hombre o la mujer deberán guiar cuidadosamente la punta del pene dentro del condón y no entre el condón y la pared de la vagina.
- Si el pene se sale fuera del condón, retire y pruebe otra vez.
- Si accidentalmente se expulsa el condón fuera de la vagina o si se lo empuja hacia adentro durante el acto sexual, colocar otra vez el condón en su sitio.
- Después de que el hombre retira su pene, sostener el aro externo del condón, girar para sellar dentro los fluidos y suavemente, retirarlo de la vagina
- Sacarlo con cuidado y arrojarlo en la basura, no en el inodoro.
- Utilizar un condón nuevo con cada relación sexual.
- Si la mujer desea utilizar lubricantes, utilizar a base de agua. Colocar una a dos gotas de lubricante en el extremo de la funda por fuera, alrededor del anillo del condón por dentro, o donde considere necesario (17,18,19).

C. ESPERMICIDAS

Productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruyen los espermatozoides; los que contienen nonoxinol-9.

1. Mecanismo de acción

Inactivan o destruyen los espermatozoides en la vagina.

2. Condiciones que contraindican el uso de espermicidas

Personas que presenten hipersensibilidad a algunos de los componentes de los espermicidas.

3. Características:

- Eficacia inmediata si se usa correctamente.
- No tiene efectos secundarios sistémicos.

- No requiere examen médico previo.
- No requiere prescripción médica.
- Algunos aumentan la lubricación durante el coito.
- Depende de la usuaria.
- Requiere una motivación constante.
- Está relacionado con el coito.
- Puede producir irritación del pene y vagina.
- No previenen las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.
- Para mayor protección de la pareja es recomendable el uso de condón.
- No debe recomendarse su uso en mujeres expuestas al riesgo de ITS, HIV-SIDA

4. Tasa de falla:

- Falla teórica o de uso perfecto 18 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 29 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. Forma de uso

- Colocar el óvulo, tableta vaginal o gel en la vagina lo más profundo posible, 15 o 20 minutos antes de cada relación sexual.
- La mujer debe quedarse acostada durante estos 15 o 20 primeros minutos para que el óvulo o tableta vaginal se disuelva.
- El efecto espermicida del óvulo, tableta vaginal o gel, dura sólo hasta una hora después de colocado.
- Si pasa más de una hora y no se ha tenido una relación sexual, debe colocarse otro.
- La usuaria no debe hacerse duchas vaginales o lavados internos luego de tener la relación sexual.
- Para cada relación sexual debe colocarse un nuevo óvulo, tableta vaginal o gel.
- No usar después de su fecha de vencimiento.
- Guardarse en un lugar fresco y seco (17,18,19).

2.2.1.5.3. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

A. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)

Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno para administración por vía oral. El desarrollo de los AOCs ha generado diversas clasificaciones:

Según la dosis de Estrógenos:

- AOC de alta dosis: Formulaciones con EE mayor o igual de 50 mcg.
- AOC de baja dosis: Contienen EE

Según la variación de estrógenos y progestágenos en el curso del ciclo:

- Monofásicos: Contienen la misma cantidad de estrógenos y progestágenos en todos los comprimidos activos.
- Trifásicos: Poseen 3 fases. La primera contiene baja concentración de ambos compuestos. En la segunda ambas hormonas aumentan su concentración, y en la tercera, el estrógeno disminuye y el progestágeno aumenta.

1. Mecanismos principales de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical

2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales combinados

- Embarazo posible o confirmado.
- Sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).
- Lactancia hasta antes de los seis meses del post parto.
- En los primeros 21 días del post parto sin lactancia.
- Hepatitis viral aguda.
- Tumor hepático
- Cirrosis severa
- Tabaquismo: En mujeres mayores de 35 años y más de 15 cigarrillos por día.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial, tales como edad mayor de 35 años, tabaquismo, diabetes e hipertensión arterial.
- Hipertensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mm Hg o diastólica mayor o igual a 100 mm Hg
- Evidencia de enfermedad vascular
- Trombosis venosa profunda incluyendo antecedente.

- Embolismo pulmonar.
- Antecedente de isquemia cardiaca, enfermedad valvular, cardiomiopatía.
- Antecedente de accidente cerebro-vascular.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos positivos.
- Cáncer de mama
- Diabetes mellitus con nefropatía, o enfermedad cardiaca o retinopatía.
- Mujeres programadas para cirugía electiva en el siguiente mes o inmediatamente después del evento que la obligue a estar postrada en cama.
- Mujeres que estén tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato o rifampicina, anticonvulsivos, griseofulvina, excepto ácido valproico.
- Migraña con aura a cualquier edad.

3. Características

- Muy eficaz.
- Método dependiente de la usuaria.
- Requiere una motivación continua y uso diario.
- No requiere examen pélvico de rutina para el inicio del método (Sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente).
- Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.
- Disminuye el flujo menstrual (podría mejorar la anemia) y los cólicos menstruales.
- Regulariza los ciclos menstruales.
- Protege contra el cáncer de ovario y de endometrio.
- Disminuye la patología benigna de mamas.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- La eficacia puede disminuir cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina en la tuberculosis, griseofulvina para micosis y los antiepilépticos excepto el ácido valproico. • Es posible que en mujeres mayores de 35 años y fumadoras (más de 10 cigarrillos diarios) exista la probabilidad o riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves como: infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias.
- En mujeres con enfermedades crónicas preexistentes se requiere una evaluación médica por especialista.

- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.

4. Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. Posibles efectos secundarios:

Amenorrea

Náuseas, vómitos

Mareos

Aumento de peso

Cefalea

Si se presentan cualquiera de estos efectos secundarios debe ser evaluada por médico especialista.

6. Forma de uso

- Toma diaria.
- Inicio del método:
 - Entre el primero y el quinto día del ciclo menstrual.
 - En caso de iniciarse la toma después del quinto día, se debe dar un método de respaldo como los de barrera.
 - La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
 - En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses.
 - En el postaborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post-intervención
- En los siguientes ciclos:
 - En los productos de 28 píldoras: Se reinicia la toma inmediatamente (al día siguiente) de terminar el paquete anterior.

- En los productos de 21 píldoras: Se deja de tomar las píldoras por 7 días y se reinicia la toma al octavo día.
- Debe ser administrado por personal capacitado.
- Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada (ej. Fractura de alguna extremidad por el riesgo de tromboembolia). Debe reiniciarse con la siguiente menstruación y un intervalo no menor de dos semanas del alta.
- Instrucciones en caso de olvido en la toma del Anticonceptivo oral combinado:
 - En caso de olvidarse una píldora de las 21 que tiene efecto anticonceptivo se recomienda que la usuaria tome inmediatamente la pastilla olvidada para luego continuar con las pastillas que siguen.
 - Si se olvida dos o más píldoras, es preferible esperar el sangrado por deprivación hormonal e iniciar inmediatamente un nuevo paquete usando un método de respaldo por 7 días.
 - En caso de olvido de cualquiera de las 7 píldoras con sulfato ferroso no se recomienda ningún manejo especial (17,18,19).

B. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS DE DEPÓSITO: INYECTABLE COMBINADO

Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno. Existen dos composiciones:

- 5 mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona.
- 5 mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona.

1. Mecanismos de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales inyectables. Las mismas contraindicaciones de los anticonceptivos orales combinados.

3. Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteos irregulares).
- Puede producir variación de peso.
- El retorno de la fecundidad es variable, de uno a seis meses.
- Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.

4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

5. Forma de uso

- Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación, técnica de la Z.
- Primera dosis:
 - Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual.
 - La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
 - En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses
 - En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post intervención.
- Siguiendo dosis:
 - Administrar cada 30 días, más menos 3 días. Fecha fija mensual (17,18,19).

D. PARCHE HORMONAL COMBINADO

El parche hormonal combinado consiste en un parche adhesivo pequeño (20 centímetros cuadrados no es 4 x 4) que se coloca en la piel. El parche libera estrógeno y progesterona a través de la piel y en la sangre. Cada parche hormonal combinado transdérmico contiene:

- Norelgestromina 6.00 mg
- Etinilestradiol 0.60 mg

1. Mecanismos de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales combinados. Las mismas contraindicaciones de los anticonceptivos orales combinados.

3. Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- No requiere un examen pélvico previo para su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Menor incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Regulariza los ciclos menstruales
- Disminuye la incidencia de dismenorrea
- Puede mejorar el acné y reducir el crecimiento excesivo de vello no deseado
- Puede producir variación de peso.
- El retorno de la fecundidad es inmediato.
- Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.

4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

5. Posibles efectos secundarios

- Amenorrea
- Náuseas, vómitos
- Mareos
- Aumento de peso
- Cefalea
- Irritación de la piel
- Mastalgia

6. Forma de uso

- El parche puede colocarse en los glúteos, la parte superior de la espalda o el brazo o en el abdomen. Su uso no interfiere las actividades regulares, como al bañarse, hacer ejercicio o nadar.
- El parche se inicia el primer día del ciclo y se usa uno por semana por tres semanas consecutivas.
- Durante la cuarta semana, se suspende el uso del parche y ocurre el sangrado por privación. Al cabo de la cuarta semana, se coloca un parche nuevo y el ciclo se repite. Deberá aplicar el parche el mismo día de la semana aun si todavía está sangrando.
- El parche también se puede usar como un método anticonceptivo de dosis continua. Para hacerlo, deberá aplicarse un nuevo parche el mismo día de cada semana sin omitir ninguna una semana. El uso del parche de esta manera reducirá el sangrado de la menstruación o evitará que esta ocurra.
- Debe usar un método anticonceptivo de respaldo durante la primera semana del primer ciclo según el día en que se encuentre de su ciclo menstrual cuando comience a usar el parche. Es cuando inicia tardíamente (17,18,19).

E. ANILLO VAGINAL COMBINADO

El anillo vaginal es un anillo delgado, transparente y flexible que se inserta en la vagina una vez por mes para proporcionar protección anticonceptiva. Contiene estrógeno y progesterona que son liberados en forma continua y a baja dosis

Cada anillo vaginal contiene:

- Etinilestradiol 2.7 mg
- Etonogestrel 11.7 mg

1. Mecanismo de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides

2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales combinados. Las mismas contraindicaciones de los anticonceptivos orales combinados.

3. Características

- Fácil de usar.
- Se usa por tres semanas.
- No interrumpe las relaciones sexuales
- No protege contra infecciones transmitidas sexualmente, incluyendo el VIH/SIDA.

4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año

5. Posibles efectos secundarios más frecuentes usualmente temporales y al inicio de su uso

- Flujo vaginal
- Irritación vaginal

- Dolor de cabeza
- Aumento de peso
- Náuseas
- Sangrado irregular
- Mastalgia • Expulsión espontánea del anillo vaginal
- Aumento o variación de peso.

6. Forma de uso

- El anillo puede colocarse cualquier día entre los días 1 y 5 del ciclo menstrual.
- Para insertar el anillo vaginal, la mujer adopta una posición que le permite insertar el anillo fácilmente (por ejemplo, en cuclillas, recostada o de pie con una pierna levantada).
- El anillo se comprime entre el dedo pulgar y el índice y se inserta en una posición cómoda en la vagina. El anillo vaginal debe tomar una ubicación cómoda en la vagina; si el anillo da incomodidad, podría ser necesario empujarlo suavemente un poco más hacia adentro.
- El anillo no necesita ser colocado alrededor del cuello uterino, ya que la posición del anillo en la vagina no es crítica para el logro de su eficacia. La forma circular y la flexibilidad del anillo permite un buen ajuste, minimizando el riesgo de expulsión.
- Una vez insertado, el anillo debe quedar en su lugar durante 3 semanas, y luego extraerlo el mismo día de la semana en que fue insertado.
- El anillo se extrae enganchándolo con el dedo índice por debajo del borde, o sujetando el borde con el dedo mayor y el índice y tirando hacia fuera suavemente (17,18,19).

2.2.1.5.4. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SOLO DE PROGESTINA

A. PÍLDORAS SOLO DE PROGESTINAS

Son aquellas que poseen sólo progestágeno.

1. Mecanismo de acción

Inhiben parcialmente la ovulación y espesa el moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides.

2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales solo de progestinas (Píldoras, Inyectables de depósito, Implantes)

3. Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- En condiciones ideales se debe realizar previamente una evaluación clínica general, en caso no ser posible esta podría postergarse en otra consulta.
- Se puede utilizar en el post parto inmediato
- No modifica significativamente la composición ni el volumen de leche materna
- No aumenta el riesgo de fenómenos tromboticos o embolicos venosos.
- Método alternativo en mujeres con intolerancia de preparados que contienen estrógenos.
- Método dependiente de la usuaria.
- Requiere una motivación continua y uso diario.
- Rápido retorno a la fecundidad al suspenderse.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/ goteo irregular).

- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA, ni el HTVL1.

4. Tasa de falla

- Falla teórica es 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico es 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

5. Posibles efectos secundarios

- Cefalea
- Cambios en el apetito, pérdida o aumento.
- Tendencia a presentar ciclos menstruales irregulares.
- Amenorrea
- Mastalgia
- Náuseas
- Mareos
- Depresión
- Aumento ligero en el peso.
- Posibles efectos secundarios leves y secundarios.

6. Forma de uso

- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas).
- Inicio:
 - Idealmente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual, si se inicia en otro día del ciclo menstrual o en el post parto, se debe estar razonablemente seguro de que no existe una gestación. En caso de iniciarse después del quinto día de la menstruación, debe usarse un método de respaldo (método de barrera o abstinencia) durante los primeros siete días de uso.
 - En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto sin embargo podría ser utilizado antes de las seis semanas en caso de: en características dice que se puede usar

No tener otra opción anticonceptiva.

Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.

Como estrategia de no poder tener seguimiento adecuado de la usuaria.

- En los primeros cinco días post aborto.

- Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento (se debe tomar todos los días sin suspender) incluso durante la menstruación. La toma debe ser todos los días a la misma hora; con un retraso de 3 o más horas, se pierde la acción anticonceptiva.
- La eficacia se presenta a las 24 horas de inicio de la toma (17,18,19).

B. INYECTABLES SOLO DE PROGESTINA

ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE DEPÓSITO (AMPD) Y ENANTATO DE NORETISTERONA (EN-NET)

Son aquellos que contienen sólo progestágeno:

- Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD) 150 mg. X 1 ml. Para uso intramuscular
- Acetato de Medroxiprogesterona 104 mg. X 0.65 ml. Para uso subcutáneo
- Enantato de Noretisterona (EN-NET) X 200mg. Para uso intramuscular.

1. Mecanismos de acción

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación en un 50%.

2. Condiciones que contraindican el uso de Inyectables anticonceptivos de depósito hormonales solo de progestinas

- Enfermedad hepática activa grave (ictericia, hepatitis activa, cirrosis severa, tumor hepático).
- Diabetes durante más de 20 años, o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones, o sistema nervioso.
- Infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, o accidente CV.

- Sangrado vaginal inexplicado que pueda sugerir embarazo o alguna patología subyacente.
- Antecedente de cáncer de mama.
- Afección que pueda aumentar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente CV, tales como hipertensión o diabetes.

3. Características

- Altamente efectiva y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas). Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Las usuarias pueden desarrollar amenorrea total, 50% en un año y 80% en 3 años. También se asocia a menstruación irregular. Esta situación se presenta en menor medida con ENNET.
- La acción del fármaco puede persistir en el organismo varios meses después de discontinuar su uso, el 70% de las usuarias desarrollan embarazo en 12 meses y 90% en plazo de 24 meses, después de abandono de uso.
- El uso prolongado (mayor de 2 años) produciría disminución de la densidad ósea.
- Se reportan aumento de peso (1.5 a 2 kg el primer año de uso), cefalea y mareos.
- Los beneficios no anticonceptivos logrados con estos fármacos incluyen:
 - Puede mejorar la anemia.
 - Disminución de crisis de anemia falciforme.
 - Prevención de cáncer de endometrio,
 - Protección relativa contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), miomas uterinos y endometriosis.

- En caso de epilepsia puede ayudar a disminuir la frecuencia de convulsiones.
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea sangrado/goteos irregulares).
- El retorno de la fertilidad puede demorar más que con los otros métodos hormonales (entre 4 meses a un año), en el caso de usuarias por tiempo prolongado. No se ha demostrado esterilidad luego de su uso.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

5. Posibles efectos secundarios (menos frecuentes con EN-NET)

- **Sangrado irregular** (sangrados inesperados que molestan a la usuaria)
 - Mujeres que utilizan la inyección de depósito presentan sangrado irregular. No ocasionan daño y habitualmente disminuyen o se interrumpen después del primer año.
 - Para un alivio moderado a corto plazo, puede prescribir de Ibuprofeno 800 mg 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando a ingerirlos cuando se inicia el sangrado irregular.
 - Si esta medicación no ayuda se puede indicar uno de los siguientes esquemas comenzando cuando se inicia el sangrado irregular:

Anticonceptivos orales combinados con levonorgestrel. Un comprimido por día durante 21 días.

Etinil estradiol 50 mcg de diariamente durante 21 días.

- **No presenta menstruación**

- Algunas mujeres que utilizan inyectables dejan de tener menstruaciones, no siendo nocivo para su salud.

- **Sangrado profuso o prolongado** (el doble de lo habitual o más de 8 días)

- Muchas mujeres pueden presentar este tipo de sangrado. Habitualmente no es perjudicial y puede disminuir o interrumpirse en unos pocos meses.

- Se puede indicar el tratamiento arriba mencionado, comenzando cuando comienza el sangrado profuso. En el caso de uso de Anticonceptivos orales las dosificaciones de 50 mcg dan mejores resultados que los de baja dosis.

- Usar comprimidos de hierro oral para evitar la anemia y alimentos que contienen hierro. - Si continúa el sangrado profuso o este se presenta después de meses sin sangrado, considere otras condiciones subyacentes no vinculadas con el método.

- **Cefaleas comunes** (no migrañosas)

- Recomendar ácido acetilsalicílico (500 mg tab), ibuprofeno (400 mg tab.), paracetamol (500 mg tab.), u otro analgésico.

- Toda cefalea que aparezca con el uso de los inyectables debe ser evaluada.

- **Acné**

- Si la usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido al acné, puede considerar cambiar a un método anticonceptivo combinado. El acné usualmente mejora con ellos.

- Considere medicamentos disponibles localmente.

- **Alteraciones en el peso**

- **Tensión mamaria**

- Recomendar el uso de un sostén de soporte (incluso durante la actividad intensa y el sueño.)

- Utilizar compresas frías o calientes.

- Recomendar ácido acetilsalicílico (500 mg tab), ibuprofeno (400 mg tab.), paracetamol (500 mg tab.), u otro analgésico.

- **Infección en el sitio de inyección** (rubor calor, dolor, pus)

- Limpiar el área infectada con agua o jabón antiséptico.

- Administrar antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.

- **Dolor abdominal severo**

- Si bien es raro, pero se debe estar alerta ante la posibilidad de signos o síntomas de un embarazo ectópico.

- Sospechar de esta entidad clínica sí se presenta:

Dolor abdominal inusual

Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación.

Vahídos.

Mareos.

- El dolor abdominal puede ser debido a otros problemas, como son los quistes foliculares u otros quistes de ovario:

No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos aumentados

- Seguimiento a las 6 semanas

6. Forma de uso

- Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg. X 1 ml. administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea utilizando la técnica de la Z y sin realizar masaje post aplicación.

- Acetato de Medroxiprogesterona 104 mg. X 0.65 ml. administrar por vía subcutánea.

- Enantato de Noretisterona 200 mg X 1 ml, administrar por vía intramuscular.

- Primera dosis:

- Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, diferente a los cinco primeros días del ciclo debe usarse un método de respaldo durante los primeros 7 días.

- Se puede iniciar en el post parto inmediato, no interrumpe la lactancia.

- En los primeros cinco días post aborto.

- Siguiendo dosis:

- En el caso de AMPD administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.
- En el caso de EN-NET administrar cada dos meses pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas (17,18,19).

C IMPLANTES SOLO DE PROGESTINA

Los implantes son pequeños cilindros o cápsulas delgadas, flexibles, no biodegradables, que se colocan debajo de la piel de la parte superior interna del brazo. Brinda protección contra el embarazo a largo plazo y dependiendo del implante es eficaz por 3 a 5 años. No contienen estrógenos. Requiere de un proveedor entrenado para insertarlo y retirarlo. Las alteraciones del sangrado son comunes, pero no perjudiciales.

Tipos de implantes:

- Implante de un cilindro, que contienen 68 mg de etonogestrel, el tiempo de duración es de tres años.
- Implante de dos cilindros que contienen levonorgestrel, con un tiempo de duración de cinco años, si pesa menos de 60 kilos, si pesa más, el tiempo se reduce a cuatro años.

1. Mecanismo de acción

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides, (es el más importante).
- Supresión de la ovulación.
- Reducción del transporte de los óvulos en las Trompas de Falopio.

2. Condiciones que contraindican el uso de implantes:

- Sangrado vaginal inexplicado antes de evaluación
- Trombosis en venas profundas de miembros o pulmones
- Cáncer de mama
- Hepatopatía severa, infección o tumor de hígado.

- Estar recibiendo barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoina, primidona, topiramato, o rifampicina. Debe usar un método de respaldo porque estos fármacos reducen la eficacia de los implantes.

3. Características

- Eficacia elevada y de larga duración.
- No interfiere con el sexo.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- Brinda protección de tres a cinco años.
- Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso; aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No afecta la lactancia.
- Puede disminuir el flujo menstrual (puede mejorar la anemia ferropénica).
- Puede disminuir los cólicos menstruales.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (amenorrea/sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/ SIDA, ni el HTVL1.

4. Tasa de falla

- Es uno de los métodos más eficaces y de mayor duración.
- 0.05% falla teórica y en el uso típico (1 en 100 mujeres).
- Para las mujeres con un peso de 80 kg o más la tasa de embarazos usando los dos implantes fue de 6 por 100 al quinto año de uso, por lo que se recomienda que las usuarias los cambien a los 4 años. Estudios sobre el implante de 01 cilindro no encontraron que se reduzca su eficacia en el tiempo de uso aceptado.

5. Manejo de posibles efectos más frecuentes

- **Sangrado irregular** (sangrados inesperados que molestan a la usuaria)

- Muchas mujeres que utilizan los implantes presentan sangrado irregular. No ocasionan daño y habitualmente disminuyen o se interrumpen después del primer año.

- Para un alivio moderado a corto plazo, puede indicarse 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando a recibirlos cuando se inicia el sangrado irregular.

- Si esta medicación no ayuda se puede seguir los siguientes esquemas, comenzando cuando se inicia el sangrado irregular:

- Anticonceptivos orales combinados con levonorgestrel. Un comprimido por día durante 21 días.

- Etinil estradiol de 50 mcg de diariamente durante 21 días.

- **No menstrua**

- Hay mujeres que utilizan implantes que dejan de tener menstruaciones, no siendo nocivo para su salud.

- **Sangrado profuso o prolongado** (el doble de lo habitual o más de 8 días)

- Muchas mujeres pueden presentar este tipo de sangrado. Habitualmente no es perjudicial y tiende a disminuir o interrumpirse en unos pocos meses.

- Se puede indicar el tratamiento arriba mencionado, iniciándolo cuando comienza el sangrado profuso. En el caso de uso de Anticonceptivos orales las dosificaciones de 50 mcg dan mejores resultados que los de baja dosis.

- Usar comprimidos de hierro oral para evitar la anemia y alimentos que contienen hierro.

- Si continúa el sangrado profuso o este se presenta después de meses sin sangrado, considere otras condiciones subyacentes no vinculadas con el método.

- **Cefaleas comunes** (no migrañosas)

- Recomendar ácido acetilsalicílico (500 mg tab), ibuprofeno (400 mg tab.), paracetamol (500 mg tab.), u otro analgésico.

- Toda cefalea que aparezca con el uso de implantes debe ser evaluada.

- **Acné**

- Si la usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido al acné, puede considerar el cambio a un método anticonceptivo combinado. El acné usualmente mejora con ellos.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

- **Alteraciones en el peso**

- Revisar la dieta y asesorar según corresponda

- **Tensión mamaria**

- Recomendar el uso de un sostén de soporte (incluso durante la actividad intensa y el sueño).
- Utilice compresas frías o calientes.
- Recomendar ácido acetilsalicílico (500 mg tab), ibuprofeno (400 mg tab.), paracetamol (500 mg tab.), u otro analgésico.

- **Infección en el sitio de inserción** (rubor calor, dolor, pus)

- No retirar los implantes.
- Limpiar el área infectada con agua o jabón antiséptico.
- Administrar antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Si no desaparece la infección, retirar los implantes.

- **Dolor abdominal severo**

- Si bien es raro, pero se debe estar alerta ante la posibilidad de signos o síntomas de un embarazo ectópico.
- Sospechar de esta entidad clínica sí se presenta:
 - Dolor abdominal inusual
 - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación.
 - Vahídos.
 - Mareos.
- El dolor abdominal puede ser debido a otros problemas, como son los quistes foliculares u otros quistes de ovario:
 - La mujer puede seguir utilizando los implantes mientras se le evalúa.
 - No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos aumentados.
 - Seguimiento a las 6 semanas.

6. Forma de uso

- Las usuarias que deseen optar por este método anticonceptivo deberán firmar su consentimiento informado.
- Se puede insertar preferentemente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual (o cualquier día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación). En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo durante los primeros 5 días. Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos. Se le debe decir a la usuaria que los espermicidas y el retiro son menos eficaces.
- Se puede insertar en mujeres que dan de lactar inmediatamente post parto. Así como en mujeres que dan de lactar y no ha vuelto la menstruación antes de los 6 meses post parto, sin método de respaldo. Si ha vuelto la menstruación se insertará siguiendo las indicaciones con las mujeres que tiene ciclos menstruales.
- Se pueden insertar en el post aborto, colocar en los primeros cinco días post evacuación. Si se colocan después de necesita utilizar un método de respaldo. • Debe ser colocado por profesional de salud capacitado (17,18,19).

2.2.1.5.5. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

A. DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE COBRE TCu 380 A

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. En los establecimientos públicos de salud se dispone de la T de Cobre 380 A que tiene una duración de hasta 12 años.

1. Mecanismo de Acción

Afectan la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmovilizándolos o destruyéndolos.

Interfieren en el proceso reproductor antes que ocurra la fertilización.

2. Condiciones que contraindican el uso del Dispositivo Intrauterino T de Cobre: 380 A.

- Embarazo.
- Post parto de 48 horas a cuatro semanas.
- Sepsis puerperal.
- Post aborto del primer o segundo trimestre séptico o complicado.
- Sangrado vaginal inexplicable antes de la evaluación.
- Fibromas uterinos con distorsión de la cavidad.
- Enfermedad del trofoblasto.
- Cáncer cervical o de endometrio.
- Enfermedad inflamatoria pélvica actual.
- Tuberculosis pélvica.
- Infección de transmisión sexual por cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonorrea.
- SIDA, si no está en tratamiento con antirretrovirales.

3. Características

- Ha demostrado ser muy eficaz durante 12 años, no interfiere en el coito y es inmediatamente reversible.
- Debe ser colocado por un proveedor entrenado, previo examen pélvico para la detección de infecciones antes de la inserción.
- Es frecuente ver cambios en el sangrado, en general es más profuso y prolongado, más calambres o dolor durante la menstruación, en especial los tres primeros meses.
- Puede tener un efecto protector contra el cáncer de endometrio.
- Es una opción para las mujeres con contraindicaciones para la anticoncepción hormonal. • Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.
- No protegen contra las ITS o el VIH. Si hay algún riesgo de contraer ITS o VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de condones.

- Si una mujer tiene altas probabilidades individuales de exposición a las infecciones por gonorrea y clamidia, no se inicia el uso del DIU. Los proveedores de servicios deben orientar a la usuaria sobre las conductas personales y las situaciones en su comunidad que puedan exponer a las mujeres a las ITS.

4. Tasa de falla

- Falla teórica de 0.6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Tasa promedio acumulada de falla en 12 años de 2.2%.

5. Posibles efectos o complicaciones más frecuentes

- **Amenorrea**

- Evaluar y descartar embarazo, incluyendo embarazo ectópico.

- En caso de embarazo:

- El DIU en el útero durante el embarazo aumenta el riesgo de aborto y parto prematuro incluyendo pérdida de embarazo infectado (séptico) durante el primer o segundo trimestre.

Explicar los riesgos de un embarazo con el DIU colocado. La remoción temprana del DIU reduce estos riesgos, a pesar de que el procedimiento mismo de remoción implica riesgo de pérdida del embarazo.

Advertir que es mejor retirar el DIU.

Si la usuaria accede a la remoción y se cuenta con médico capacitado retirar el DIU con mucho cuidado o derivar a la usuaria a un establecimiento de mayor complejidad para su remoción.

Explicar que debe regresar de inmediato en caso de que presente algún signo de pérdida de embarazo o infección (sangrado vaginal, calambres, dolor, flujo vaginal anormal, o fiebre).

Si elige mantener el DIU, su embarazo debe ser controlado en un establecimiento con mayor capacidad resolutive.

- Si no se pueden hallar los hilos del DIU en el canal cervical solicitar una ecografía para determinar si el DIU está aún en el útero. Si es así, o si no hay ecografía disponible, el embarazo debe controlarse estrictamente.

- **Dismenorrea severa**

Brindar orientación/consejería sobre el método.

- Uso de ibuprofeno 400 mgrs cada ocho horas o paracetamol 500 mgr. cada seis horas u otros analgésicos disponibles.

- **Sangrado vaginal leve o moderado**

- Puede presentarse los primeros meses cambios en el sangrado.
- En general, disminuyen después de los primeros meses de la inserción.
- La usuaria puede acudir al establecimiento de salud para orientación.

- **Sangrado vaginal profuso**

- Muchas mujeres que utilizan el DIU pueden presentar sangrado profuso o prolongado, generalmente se hace más leve o desaparece después de unos meses de uso.

- Se puede disminuir el sangrado con:

Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) como ibuprofeno (400 mg) o indometacina (25 mg) 2 veces por día después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empieza el sangrado profuso. Otros AINEs (excepto ácido acetilsalicílico) también pueden disminuir el sangrado.

Informe sobre la importancia de comer alimentos con hierro

Si es necesario, suministrar comprimidos de hierro.

Si el sangrado profuso o prolongado continúa o aparece después de varios meses de sangrado normal o mucho tiempo después de colocado el DIU, pensar en alguna patología subyacente no vinculada al uso del método.

Evaluar posibilidad del retiro del DIU y orientar a otro método.

- **Dolor abdominal o pélvico**

- Puede presentarse calambres y dolor durante 1 ó 2 días después de la colocación del DIU.
- Los calambres también son comunes en los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU, en particular durante la menstruación. En general, esto no es perjudicial y habitualmente disminuye con el tiempo.
- Recomendar ibuprofeno (400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otros analgésicos.

- Si el dolor continúa y ocurre fuera de la menstruación, buscar patologías subyacentes. - Si no se encuentra ninguna patología subyacente y el dolor es severo, considerar la posibilidad de retirar el DIU.
- Si al retirar el DIU observa que se ha alterado su aspecto, o si es difícil extraerlo, esto sugiere que no estaba en la posición correcta.
- Existen muchas patologías que pueden causar dolor abdominal severo. Estar alerta a otros signos o síntomas de embarazo ectópico.
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero eventualmente pueden volverse severos. Una combinación de estos signos o síntomas deberían hacer crecer la sospecha de embarazo ectópico:

Dolor abdominal inusual.

Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación-en especial si este cambio constituye una modificación de los patrones de sangrado.

Vahídos o mareos.

Desvanecimiento.

- En caso de sospecha de embarazo u otra afección grave, o de ser necesario derivar para diagnóstico y atención inmediata.
- Si la usuaria no presenta estos signos o síntomas adicionales, realizar exámenes para descartar enfermedad inflamatoria pélvica.

- **Sospecha de Enfermedad Inflamatoria pélvica (EPI)**

- Algunos signos y síntomas comunes de EPI pueden aparecer también con otras patologías abdominales, como el embarazo ectópico.
- Si es posible, realizar examen abdominal y pélvico (por signos del examen pélvico que puedan indicar EPI).
- Si no es posible realizar un examen pélvico y la usuaria presenta una combinación de los siguientes signos y síntomas además de dolor en el abdomen inferior, sospechar una EPI:

Descarga vaginal inusual *f* Fiebre o escalofríos

Dolor durante el coito o al orinar

Sangrado después del coito o entre menstruaciones

Náuseas y vómitos

Tumoración pélvica dolorosa
Dolor al presionar suavemente.

- Tratar la EPI, o derivar a la usuaria inmediatamente para tratamiento:

Debido a las graves consecuencias de una EPI, los proveedores de salud deben tratar todos los casos sospechosos, basándose en los signos y síntomas descritos anteriormente.

Debe iniciarse el tratamiento lo antes posible. La prevención de complicaciones a largo plazo será más eficaz si se administran los antibióticos adecuados de manera inmediata.

Tratar la gonorrea, chlamydia y las infecciones bacterianas anaeróbicas.

Asesorar a la usuaria sobre el uso del condón y si es posible, suministrarlos.

No hay necesidad de retirar el DIU, ella puede seguir usándolo siempre que responda al tratamiento. Si la mujer desea que se lo retiren, hacerlo antes de empezar el tratamiento con antibióticos.

- **Perforación uterina**

- Si existe sospecha de perforación en el momento de la colocación del DIU detener el procedimiento de inmediato y retirar el DIU si ya lo colocó.

- Observar a la usuaria minuciosamente en el servicio:

Mantener a la usuaria en reposo en cama durante la primera hora y revisar sus signos vitales (presión, pulso, respiración y temperatura) cada 5 a 10 minutos.

Si después de una hora la mujer se mantiene estable, si es posible examinarla, en búsqueda de sangrado intra abdominal, por ejemplo, niveles bajos de hematocrito o hemoglobina, además de sus signos vitales.

- Mantenerla en observación durante unas horas más. Si no presenta signos ni síntomas, puede retirarse. La usuaria deberá abstenerse de relaciones sexuales por 2 semanas.

- Brindarle orientación/consejería para que elija otro método.

- Si la usuaria presenta aceleración del pulso y disminución de la presión sanguínea, o aparición de dolor o dolor en aumento en la zona del útero, dar atención especializada o derivar a un establecimiento con mayor capacidad resolutive.

- **Cambios en el tamaño de los hilos** (más cortos o largos) o ausentes

- La mujer puede revisar los hilos del DIU, en especial en los primeros meses y después de una menstruación, para confirmar que el DIU está en su lugar

- Si los hilos están ausentes, realizar ecografía. Si el DIU está in situ, realizar la extracción del mismo y puede colocar uno nuevo. Si no se encuentra el DIU, colocar uno nuevo.

- **Pareja siente los hilos**

- Explique que esto sucede a veces cuando se han cortado los hilos demasiado cortos.

- Si a la pareja le molestan los hilos: Se pueden cortar los hilos aún más, de modo que no asomen por el canal cervical. La pareja no sentirá los hilos, pero la mujer no podrá revisar en adelante los hilos del DIU. Si la mujer desea tener la posibilidad de revisar los hilos, puede retirarse el DIU y colocarse uno nuevo. (Para evitar molestias, los hilos deberían cortarse de modo que unos 3 centímetros sobresalgan del ectocérvix).

6. Forma de uso

- Se puede insertar:

- En los 5 primeros días de haber iniciado el sangrado menstrual. También puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual si la mujer ha estado usando un método anticonceptivo y existe la certeza razonable de que ella no está embarazada.

- En el post parto inmediato hasta 48 horas.

- Durante la operación cesárea.

- En el puerperio a partir de la cuarta semana.

- En el post aborto inmediato.

- Las usuarias que deseen optar por este método anticonceptivo deberán firmar su consentimiento informado.

- Siempre debe ser insertado y extraído por personal profesional de salud calificado.

- Inserción del dispositivo intrauterino con la “Técnica de No Tocar”:

- Cargar la T de Cobre 380 A dentro del paquete estéril, sin tocarla directamente.

- Colocar el espéculo y realizar la limpieza del cuello uterino y la vagina. con una sustancia antiséptica.
- Colocar el tenáculo en el labio anterior y realizar la histerometría.
- Cargar la T de Cobre 380 A dentro del paquete estéril, sin tocarla directamente.
- Ubicar el calibrador del DIU a nivel del histerómetro
- Sujetar el tenáculo del cuello del útero, y jalar firmemente para alinear el útero con el canal cervical. - Colocar suavemente el tubo de inserción a través del canal cervical.
- Mantener el calibrador en posición horizontal.
- Introducir el DIU cargado hasta que el calibrador toque el cuello del útero o se sienta el fondo uterino.
- Sostener el tenáculo y la varilla blanca colocada en una mano.
- Con la otra mano, retirar (jalar hacia usted) el tubo de inserción hasta que toque el pulgar que sujeta la varilla blanca. Esto liberará los brazos de la T Cu 380A en el fondo uterino.
- Una vez que los brazos se hayan liberado, nuevamente empujar el tubo de inserción hacia el fondo del útero, hasta que se sienta una ligera resistencia. Este paso asegura que los brazos de la T están tan lo más arriba posible en el útero.
- Sostener el tubo de inserción mientras retira la varilla blanca.
- Retirar el tubo de inserción del canal cervical suave y lentamente. Los hilos deben sobresalir del útero de manera visible.
- Cortar los hilos para que sobresalgan solo tres centímetros del ectocérvix
- Retirar el tenáculo.
- Si el cuello del útero está sangrando, realizar hemostasia por compresión en la zona de sangrado.
- Retirar el especulo
- Preguntar a la usuaria si tiene dudas y citarla en tres a seis semanas para control (17,18,19).

B. DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE PROGESTAGENO

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina, y liberan levonorgestrel, tiene una duración de 5 años. Contienen 52 mg de levonorgestrel

1. Mecanismos de Acción (dispositivo liberador de progestágeno)

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación.

2. Condiciones que contraindican el uso de dispositivo intrauterino liberador de progestágeno

- Embarazo (embarazo posible o confirmado).
- Sangrado genital anormal no investigado.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales, que no usen condón.
- Infección de transmisión sexual: cervicitis aguda muco purulenta o vaginitis severa.
- Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses).
- Tuberculosis pélvica.
- Infección puerperal.
- Infección post aborto.
- Anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Cáncer cervical.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de endometrio.

- Enfermedad del trofoblasto persistente.
- Cirrosis hepática.
- Tumores benignos o malignos hepáticos.
- Tumores dependientes de progestágenos.

3. Características

- Eficacia elevada e inmediata.
- No interfiere con el coito.
- Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.
- Requiere examen pélvico previo, recomendándose la detección clínica de infecciones del tracto genital (ITG) antes de la inserción.
- En algunas mujeres puede producir amenorrea.
- Mejora la anemia.
- Previenen los embarazos ectópicos tubáricos en relación a otros dispositivos intrauterinos.
 - Del 2 al 10% se expulsan en forma espontánea.
 - No previene las ITS, VIH/SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo en las parejas en riesgo.

4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

5. Posibles efectos o complicaciones más frecuentes

- Dismenorrea
- Trastornos menstruales.
- Perforación uterina.
- Hilos ausentes.
- Pareja siente los hilos.

- Acné.
- Cefaleas.
- Tensión y dolor mamario (17,18,19).

2.2.1.5.6. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

Son métodos anticonceptivos permanentes, que se realizan mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia. Puede ser:

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina.

A. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA

Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es impedir la unión de espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa con el fin de evitar la fertilización.

1. Mecanismo de acción

Es la oclusión y sección de las trompas de Falopio para impedir la unión del espermatozoide con el óvulo.

2. Condiciones que contraindican la anticoncepción quirúrgica femenina voluntaria:

- **Consideraciones psicosociales**
 - Usuaris presionadas por el cónyuge o por alguna persona.
 - Usuaris que han tomado su decisión bajo presión.
 - Usuaris con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
 - Usuaris con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
 - -Mujeres en estado de depresión severa, o enfermedades psiquiátricas que le impidan tomar decisiones por ellas mismas.
 - -Adolescentes.

- **Consideraciones médicas.** Si presenta alguna de las siguientes patologías se recomienda cautela, postergación, manejo especial y realizar con precaución:

-**Cautela:** Utilizar con prudencia o precaución:

Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica.

Cáncer de mama.

Miomas uterinos.

Antecedentes de cirugía abdominal o pelviana.

Hipertensión arterial leve, antecedentes de ACV o de cardiopatías sin complicaciones

Epilepsia.

Hipotiroidismo.

Cirrosis o tumores hepáticos.

Nefropatías.

Hernia diafragmática.

Obesidad.

- **Postergación o demora:**

- Embarazo, puede realizarse después del embarazo.

- Puérpera post preeclampsia severa o eclampsia.

-- Complicaciones post parto: anemia severa, infección.

-- Aborto complicado (hemorragia, infección).

-- Sangrado uterino anormal.

-- Enfermedad inflamatoria pélvica dentro de los últimos 3 meses.

-- Cervicitis purulenta.

-- Cáncer ginecológico.

-- Enfermedad trofoblástica maligna.

-- Hepatitis viral activa, bronquitis o neumonía.

-- Infección cutánea abdominal.

- **Manejo especial en:**

- VIH/SIDA.

- Útero fijo a causa de cirugías o infecciones previas.

- Endometriosis. - Hernia de pared abdominal o umbilical.

- Rotura uterina o perforación post parto o aborto complicado.

- Conjunción de varios factores de riesgo: edad, tabaquismo, hipertensión Moderada o severa.
- Diabetes de más de 20 años.
- Valvulopatía complicada.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Tuberculosis pélvica.
- Patología pulmonar crónica.
- Cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, trombosis venosa profunda de miembros inferiores o pulmones. (requieren otros especialistas).
- Hipertensión severa

- **Realizar con precaución en:**

- Usuaría joven (menor de 25 años).
- Usuaría sin hijos vivos.
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
- Unión de pareja inestable (17,18,19)..

3. Características

- Las mujeres que cumplen con los criterios de elegibilidad pueden someterse a la anticoncepción quirúrgica femenina
- Eficacia alta, inmediata y permanente.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios.
- Requiere, previamente, dos sesiones de orientación/consejería especializada y evaluación médica.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.

- No previene las ITS, VIH/ SIDA, ni el HTVL1. Es recomendable el uso del preservativo para mayor protección.

4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

5. Posibles efectos colaterales

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

6. Posibles complicaciones

- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección) (17,18,19).

2.2.1.5.7. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

Son todos los métodos hormonales que se usan en casos de emergencia, luego de una relación sexual sin protección, violación o por ruptura de un condón, para evitar un embarazo no planificado.

Se utilizan:

- a. Método de Yuzpe se utilizan píldoras combinadas. El esquema es el siguiente:
 - Píldoras con combinaciones de: Etinilestradiol 50 mcg y Levonorgestrel 250mcg, dos dosis de 2 tabletas cada 12 horas
- b. Método de sólo progestágeno: levonorgestrel
 - Levonorgestrel tableta de 0.75 mg, por dos dosis.
 - Levonorgestrel, 1.5 mg, una sola dosis.

1. Mecanismo de acción

- Inhibe la ovulación.
- Espesa el moco cervical.

2. Condiciones que no restringen el uso de la AE.

- Lactancia.
- Embarazo ectópico previo.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades reumáticas.
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades gastrointestinales.

3. Indicaciones

- Violación.
- Violencia sexual familiar.
- Relación sexual sin protección.
- No usa regularmente un método anticonceptivo.
- Se rompió o se deslizó el condón.
- Se le olvidó de tomar más de dos píldoras de uso regular.
- No se aplicó el inyectable en su fecha.
- Expulsó la T de cobre.
- Mal uso del método del ritmo.

4. Características

- No es un método para uso regular, debe de ser considerado como una alternativa de uso excepcional.
- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad.
- Eficaz si se usa lo más pronto o dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- Método dependiente de la usuaria, de la rapidez para tomar las pastillas
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.
- No brinda protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/ SIDA, ni el HTVL1.
- No se ha reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos, en caso de falla del método.

5. Tasa de eficacia

- Cuando más pronto sea su uso, mayor será su eficacia.
- Los de solo progestágeno (levonorgestrel) hasta 95%.
- Los anticonceptivos combinados (Método de Yuzpe) hasta 75%.

6. Posibles efectos secundarios

- Los efectos secundarios descritos son: náuseas, vómitos, cefalea, mareos, fatiga y tensión mamaria.
- Se presentan con mayor frecuencia e intensidad con el método de Yuzpe (uso de tabletas combinadas).
- Si la usuaria tiene antecedentes de náuseas o vómitos a la ingesta de hormonas, hay que indicarle una tableta de dimenhidrinato, media hora antes de tomar la anticoncepción de emergencia.
- Si la usuaria vomita la anticoncepción oral de emergencia antes de las dos horas, hay que indicarle otra dosis.
- Se deberá recomendar a la mujer que asista al establecimiento de salud, para indicarle anticoncepción regular previa orientación/consejería.

7. Modo de uso

- La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- La segunda y última dosis 12 horas después de la primera dosis.
- **Método de Yuzpe:** Verificar la cantidad de etinil estradiol que contienen las píldoras combinadas y calcular cuantas píldoras suman 100 o más microgramos, se tomarán dos dosis. Las que contienen etinil estradiol de 30 mcg se tomarán cuatro píldoras en cada dosis. Para las de 50 mcg se tomarán dos dosis de dos píldoras cada una. • Método de sólo progestágeno:

- **Levonorgestrel** una tableta de 0.75 mg, por dos dosis.
- **Levonorgestrel**, 1.5 mg, una sola dosis (17,18,19).

2.2.2. Factores socioculturales

Se utiliza el término sociocultural para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal modo, un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma (20).

2.2.2.1. Edad

Con origen en el *latín aetas*, es un vocablo que refiere a la vida o tiempo que se vive. Los significados de la edad, como una categoría de periodificación no sólo biológica, sino también como un constructo sociocultural y simbólica que nos remite a la ubicación espacio temporal del ciclo de la vida de cada cultura en función de su cosmovisión, no sólo se han materializado en el arte: la literatura, la arquitectura, la música, la escritura, la escultura y la pintura, sino también la ciencia ha elaborado y reelaborado una serie de modelos interpretativos del fenómeno (21).

La edad como una categoría que refiere al tiempo que se vive, está implícita en la cosmovisión de los seres humanos de cualquier cultura, es parte de un referente que se mide o se enmarca en la experiencia vivida colectiva y se manifiesta físicamente *per se en el ritmo biológico* por el que pasan todos los seres vivos, en el caso de los seres humanos inminentemente relacionado a la concepción del tiempo. Así también, la expresión del ritmo biológico, continuo y progresivo, le significa al individuo y se representa socialmente (21).

La edad no es razón suficiente para descartar ningún método anticonceptivo, pero los aspectos socio conductuales de los adolescentes deben ser considerados, siendo muy importante valorar su aceptabilidad y motivación, para asegurar un adecuado cumplimiento.

Los métodos de abstinencia periódica requieren un elevado grado de motivación.

Los métodos de barrera ofrecen protección también frente a infecciones de transmisión sexual (ITS), por lo que están especialmente indicados en la adolescencia, bien solos o en doble protección.

Los anticonceptivos orales se consideran actualmente seguros en la adolescencia. No existen problemas para el uso en adolescentes de anticoncepción combinada inyectable, parches transdérmicos o anillos vaginales, de fácil uso y buen grado de cumplimiento.

En mujeres después de los 35 años, se debe tener en cuenta la disminución de la fertilidad, lo cual implica un beneficio adicional a la efectividad de cualquier método que se elija. El riesgo anual de embarazos es del 10% para mujeres de 40 a 44 años, del 2% a 3% para las mujeres de 45 a 49 años, y es de 0% para mujeres de más de 50 años. • Los ACO no están contraindicados en mujeres mayores de 35 años no fumadoras. La elección del preparado se inclinará por uno de baja dosis de estrógeno (19).

2.2.2.2. Grado de instrucción

Cada una de las etapas que forman un tipo educativo. Casi todos son propedéuticos, y sólo algunos son terminales; algunos más son propedéuticos y de opción terminal, es decir, el educando puede cursarlos como preparación para ingresar a otro nivel más adelantado, o bien, al concluirlo, ingresar a la fuerza de trabajo (22)

Sistema Educativo Peruano. Organización del desarrollo de la educación en el Perú, que según la Constitución Política del Estado y la Ley General de Educación se organiza en: Etapas, Niveles, Categorías, Modalidades, Ciclos y Programas. Está organizado en dos etapas:

- Primera etapa: Educación básica
- Segunda etapa: Educación superior.

Educación Básica. Es la primera etapa del sistema educativo peruano destinada a favorecer el desarrollo integral de los estudiantes, el despliegue de sus potencialidades, desarrollo de sus capacidades, conocimientos, actitudes y valores fundamentales de la persona para actuar en forma adecuada y eficaz en los diversos ámbitos de la sociedad.

Se clasifica en: Educación Básica Regular, Educación Básica Alternativa y Educación Básica Especial.

Nivel de educación inicial Constituye el primer nivel de la Educación Básica Regular, atiende a niños de 0 a 2 años (Cuna Jardín) en forma no escolarizada y de 3 a 5 años (Inicial Jardín) en forma escolarizada.

Nivel de educación primaria. Es el nivel II y constituye del III al V ciclo de Educación Básica Regular; tiene una duración de 6 años comprendidos del primer al sexto grado de primaria y está dirigida a los estudiantes de 6 a 11 años de edad aproximadamente.

Nivel de educación secundaria. Es el nivel III y constituye el VI y VII ciclo de Educación Básica Regular, se imparte en 5 años.

Los objetivos de la educación secundaria están orientados a:

- Profundizar la formación científica y humanística y el cultivo de valores adquiridos en el nivel primaria; y
- Brindar orientación vocacional y capacitar al educando en áreas diversificadas con criterios teóricos prácticos (23).

Superior no universitaria. Comprende las Escuelas Normales, Escuelas Superiores de Educación Profesional (ESEP), Escuelas de Sub-Oficiales de las Fuerzas Armadas, Escuelas Superiores de Administración de Empresas, Institutos Superiores Tecnológicos e Institutos Superiores Pedagógicos. En todos estos casos el período de estudios tiene generalmente una duración no menor de 3 años.

Superior Universitaria. Comprende las Universidades, Escuelas de Oficiales de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seminarios Religiosos, Instituto Superior de Arte del Perú, Instituto Pedagógico Nacional, Escuela de Enfermeras, Escuela de Periodismo y Academia Diplomática del Perú. En todos estos casos el periodo de estudio es no menor de 4 años.

A mayor grado de instrucción, el acceso a la información y a los servicios de anticoncepción permitirá efectuar una planificación familiar más adecuada y mejorar la salud (24).

2.2.2.3. Estado civil

Es la situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, y que va a determinar la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que posee cada individuo.

Por lo tanto, el estado civil puede contener los siguientes aspectos relacionados con la vida de una persona: nacimiento y defunción, filiación y matrimonio, nombre y apellidos, emancipación y edad, nacionalidad y vecindad, patria potestad y tutela, entre otras.

En el presente estudio es de interés conocer el estado de matrimonio o convivencia de la mujer en edad fértil, estableciéndose para ello las siguientes categorías:

Conviviente: (unión de hecho), es la persona que vive en unión con su pareja sin haber contraído matrimonio civil o religioso.

- **Casado(a):** es la persona que ha contraído matrimonio civil y/o religioso y vive con su cónyuge.

- **Viudo(a):** (De matrimonio o convivencia), es la persona que después del fallecimiento de su cónyuge, no se ha vuelto a casar, ni vive en unión de hecho o convivencia.

- **Divorciado(a):** es la persona que terminó su vínculo conyugal por sentencia judicial y no se ha vuelto a casar ni vive en unión de hecho o convivencia (25).

2.2.2.4. Ocupación

Es la relación de dependencia que tiene una persona con el centro laboral donde se desempeña. Estas categorías son: trabajador por cuenta propia (independiente o patrono), trabajador dependiente o asalariado (empleado, obrero), trabajador familiar no remunerado y trabajador del hogar, también se incluye la ocupación de ama de casa (26).

2.2.2.5. Zona de residencia

Zona rural. Es la parte del territorio de un distrito ocupada por centros poblados rurales que se extienden desde los linderos de los centros poblados urbanos hasta los límites del distrito.

Zona urbana. Es el territorio ocupado por centros poblados urbanos. El área urbana de un distrito puede estar conformada por uno o más centros poblados urbanos (26).

2.2.2.6. Religión

Para Cabestrero, la religión puede ser entendida como el conjunto de instituciones que formulan, organizan, administran o coordinan el instrumental de teorías, doctrinas, dogmas, preceptos, normas, signos, ritos, símbolos, celebraciones o devociones, en torno a una creencia trascendental y a través de las cuales se conservan, cultivan o expresan colectivamente las experiencias espirituales personales (27).

2.2.2.7. Creencias

Una definición epistemológica, es que la creencia es el producto de un acto judicativo, de un razonamiento sobre la realidad, producto al que puede llamarse idea –creencia reflexiva, para algunos autores– y la psicológica, en la que la creencia es una disposición, una potencia del sujeto, del mismo modo que también son disposiciones los rasgos del carácter, los hábitos o los instintos. A esto se llama creencia. La primera, la creencia como idea, es la concepción tradicional de creencia; la segunda, como disposición, es más moderna.

Las ideas –a las que también se denomina, quizá poco afortunadamente, ocurrencias– son los “pensamientos” (razonamientos) sobre el tema que sea y cualquiera sea su grado de verdad; en cualquier caso, son ideas que a un sujeto se le ocurren, ya sea originalmente o ya sea inspirándose en las ideas de otro.

Respecto a las segundas, las creencias, a diferencia de las ideas-ocurrencias, son ideas ya asumidas por la sociedad y con las que el sujeto en su desarrollo se encuentra y adopta como interpretación de la realidad. El contenido de las creencias suele referirse al mundo o al sí mismo.

En definitiva: “creencias son todas aquellas cosas con que absolutamente contamos, aunque no pensemos en ellas. De puro estar seguro de que existen y de que son según creemos, no nos hacemos cuestión de ellas, sino que automáticamente nos comportamos teniéndolas en cuenta” (28)

2.3. Hipótesis

La influencia de los factores socioculturales en el uso de los métodos anticonceptivos es significativa, en mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana. Baños del Inca, Cajamarca, 2019.

2.4. Variables

2.4.1. Variable independiente

Factores socioculturales

2.4.1. Variable dependiente

Uso de métodos anticonceptivos

2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables

Tipo de Variable	Dimensiones	Indicadores	Items	Escala
Variable independiente Factores socioculturales Aquellos que hacen referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales del entorno de la mujer en edad fértil (MEF)	Factores sociales.	Edad. Años cumplidos de la MEF	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años + 44 años	Intervalo
		Grado de instrucción. años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional por la MEF	Analfabeta Prim. Incompleta Prim. Completa Sec. Incompleta Sec. Completa Superior técnica Superior universitaria	Ordinal
		Estado civil. Situación civil de la MEF	Soltera Casada Conviviente	Nominal
		Ocupación. Actividad realizada por la MEF	Estudiante Ama de casa Empleada del hogar Empleada pública Empleada privada Independiente	Nominal
		Religión. Conjunto de dogmas y creencias acerca de un Ser Supremo.	Católica No católica	Nominal

	Factores culturales. Costumbres, estilos de vida y valores que caracterizan a la mujer fértil	Creencias. Es de convicción que algo verdadero y cierto	Usar MAC es pecado El marido tiene derecho de prohibir el uso de MAC La mujer no debe planificar Se debe tener muchos hijos para que ayuden a las labores domésticas El número de hijos es voluntad de Dios	
Variable dependiente Uso de anticonceptivos Es el valor del uso de los métodos anticonceptivos en términos porcentuales	Métodos de abstinencia periódica	Del ritmo o de la "Regla" o del calendario.	Si No	Nominal
		Billings o del moco cervical.	Si No	Nominal
		Método de los días fijos o método del collar.	Si No	Nominal
		Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA)	Si No	Nominal
	Métodos de barrera:	Condón masculino	Si No	Nominal
		Condón femenino	Si No	Nominal
	Hormonales:	Anticonceptivos orales combinados	Si No	Nominal
		Inyectable de depósito	Si No	Nominal
		Implante	Si No	Nominal
	Dispositivos intrauterinos	T de Cu 380 A	Si No	Nominal
	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina	Bloqueo Tubario Bilateral (BTB)	Si No	Nominal
	Anticoncepción de Emergencia	Levonorgestrel 1.5 mg	Si No	Nominal
		Combinados: Método de Yuzpe	Si No	Nominal
Variables interviniente	Factores obstétricos	Paridad	Nulípara Primípara Secundípara Multipara	Nominal
		N° de hijos vivos	Ninguno 01 02 03 a +	De razón

CAPÍTULO III DISEÑO

METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El tipo de estudio de la presente investigación es descriptivo, analítico y correlacional. El diseño corresponde a una investigación no experimental de corte transversal.

Descriptivo: porque buscó describir los factores socioculturales que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos, en mujeres en edad fértil del Caserío Puyucana.

Correlacional. Porque permitió conocer la influencia de los factores socioculturales en el uso de los métodos anticonceptivos, en mujeres en edad fértil del Caserío Puyucana.

De corte transversal porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo.

3.2. Área de estudio y Población

El estudio se llevó a cabo en el Caserío de Puyucana que está ubicado en el distrito de Baños del Inca, provincia de Cajamarca, con una altitud de 2784 msnm.

La población estuvo constituida por todas las mujeres en edad fértil del Caserío Puyucana que según el padrón de Mujeres en edad del Fértil del Centro de Salud Baños del Inca es de 6405.

N = 6405

3.3. Muestra y muestreo

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

3.3.1. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó para estimar la proporción de mujeres que usan un método anticonceptivo (55,7%0) con una confianza del 95% y una precisión en la estimación del 5% y se calculó teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{Z^2 P Q}{D^2 N + Z^2 P Q}$$

$$n \geq \frac{(1.96)^2(0.3)(0.7)}{(0.0903)^2(6405) + (1.96)^2(0.3)(0.7)}$$

$$n \geq 97$$

Dónde:

N = Tamaño de la población

n = tamaño de la muestra

Z = 1.96 (nivel de confianza)

P = (0,3) Uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil.

Q = (0,7) No uso de métodos anticonceptivos

D = (0,0903) máximo error tolerable.

3.4. Unidad de análisis.

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las mujeres en edad fértil del Caserío Poblado PuyLucana, Baños del Inca – Cajamarca, 2019

3.5. Criterios de inclusión

Las mujeres participantes del estudio cumplieron los siguientes criterios para ser incluidas en el mismo, como:

- Pertenecer al grupo etáreo entre 15 y 49 años de edad.
- Pertenecer a la jurisdicción del Caserío PuyLucana
- Tener vida sexual activa

- Estar en uso completo de sus facultades mentales.
- Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.

3.6. Consideraciones éticas

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, tales como:

Autonomía. La mujer entrevistada en todo momento tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas o de la investigadora.

No maleficencia. La información se obtuvo luego que la entrevistada brindó el consentimiento para la entrevista y acceso a su historia clínica, previa información de la naturaleza y objetivos del estudio.

Consentimiento informado. Luego que la entrevistada fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitió su autorización firmando el documento de consentimiento informado.

Privacidad. Se respetó el anonimato de la mujer entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

Confidencialidad. La información referida por la mujer entrevistada, no pudo ser revelada, utilizándose sólo para fines de investigación.

3.7. Procedimientos, técnicas e instrumento de recolección de datos

Para la realización del presente estudio, en una primera fase se coordinó con el Centro de Salud Baños del Inca, y se solicitó el permiso correspondiente para desarrollar la investigación en la jurisdicción del Caserío PuyLucana.

En una segunda fase se visitó el domicilio de cada una de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa de la jurisdicción, en forma aleatoria y luego de explicarles la naturaleza de la investigación se les solicitó su permiso para poder entrevistarlas. Se utilizó la técnica de la encuesta

Como instrumentos se utilizó el **cuestionario de recolección de datos** en donde se consignaron los datos personales de la mujer en edad fértil del Caserío PuyLucana, las características sociales y culturales, y la información referente al uso de métodos anticonceptivos (Anexo 01).

Un patrón de ayuda para identificar algunas creencias (parte del factor cultural) sobre los métodos anticonceptivos (Anexo 02).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 26 y Microsoft Excel para Windows, a fin de generar una base de datos. El proceso estuvo orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos como el chi cuadrado, estimando una relación significativa si $p \geq 0,05$.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Consistente en describir características del uso de los métodos anticonceptivos por las mujeres en edad fértil, así como los factores socioculturales que puedan ejercer algún tipo de influencia en ellos.

Fase inferencial. Realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentan también en la población correspondiente.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad y confiabilidad de la información se determinó mediante la prueba de operatividad y funcionalidad del instrumento de recolección de datos (cuestionario) en base a una prueba piloto realizada en 10 mujeres en edad fértil del caserío Puyucana,

Se asume además un 95% de confiabilidad en la recolección de datos ya que la información ha sido recogida por la investigadora.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Identificación de factores sociales de las mujeres en edad fértil del Caserío PuyLucana – Baños del Inca, Cajamarca

Tabla 01. Factores sociales de las mujeres en edad fértil del Caserío PuyLucana – Baños del Inca, Cajamarca, 2019

Grupo etario	n°	%
15-19 años	5	5,2
20-24 años	15	15,5
25-29 años	18	18,6
30-34 años	29	29,9
35-39 años	17	17,5
40 - +años	13	13,4
Grado de instrucción	n°	%
Sin grado de instrucción	11	11,3
Primaria incompleta	15	15,5
Primaria completa	16	16,5
Secundaria incompleta	18	18,6
Secundaria completa	18	18,6
Superior universitaria	10	10,3
Superior técnica	9	9,3
Estado civil	n°	%
Soltera	1	1,0
Casada	27	27,8
Conviviente	69	71,1
Ocupación	n°	%
Ama de casa	71	73,2
Empleada del hogar	4	4,1
Independiente	16	16,5
Trabajadora estatal	4	4,1
Trabajadora sector privado	2	2,1
Total	97	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se evidencia que, la mayoría de mujeres en edad fértil pertenece al grupo etario mayores de 35 años con 30,9%, seguido del grupo de 30-34 años con

29,9%, y del grupo de 20-24 años con 18,6%. El porcentaje de adolescentes fue pequeño, solamente el 5,2% tenían edades entre los 15 y 19 años.

Datos diferentes fueron encontrados por: Castro quien informó en el año 2016, que el 23% de mujeres tuvo entre 19 y 27 años, diferencia dada principalmente por la designación de grupo etario diferentes en cada estudio, de igual manera Moreno y col. en el año 2017 encontraron que el 34,5% de mujeres perteneció al grupo de 25-29 años; por su parte Chagua en el año 2017 determinó que el 52,1% de mujeres se encontraba entre los 30-49 años de edad y, Barboza en el año 2019 informó que el 47,1% de mujeres se encontraba en la etapa reproductiva ideal, es decir de 20-30 años (11,12,14,15).

El análisis de la edad cobra importancia tanto por las características psicológicas que tiene cada etapa de la vida, que les permite discernir sobre las ventajas de utilizar algún método anticonceptivo y velar por su propio bienestar, como por las características biológicas concernientes a la etapa reproductiva en sí, a menor edad, las mujeres tienen mayor fertilidad, por ende, mayor necesidad de utilizar un método anticonceptivo, si no desean un nuevo embarazo, que les permita poner en práctica sus derechos sexuales y reproductivos como es el caso de las adolescentes.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el año 2017, señala que, el embarazo a temprana edad favorece la deserción escolar, reduce las oportunidades de inserción laboral, y suele recluir a las jóvenes madres al ámbito doméstico, limitando su potencial para trabajar con un salario digno y que el uso de métodos anticonceptivos modernos ha demostrado ser una de las formas más eficientes para prevenir las muertes maternas y los abortos, así como los embarazos no planeados y de alto riesgo (29).

El grado de instrucción predominante fue el nivel secundario con 37,2% que involucra tanto a la secundaria completa como a la incompleta. El segundo grupo lo constituyó el de las mujeres con primaria, con un porcentaje de 16,5%. Sin embargo, es preocupante encontrar que el 11,3% de mujeres no tengan ningún grado de instrucción, aunque también es reconfortante que el 10,3% de mujeres haya alcanzado un nivel de estudios de superior universitaria.

Estos datos difieren con los encontrados por Gualán quien en el año 2015 identificó que el 61% de la población mencionó haber culminado la secundaria mientras que un

37% contaba únicamente con la primaria, de igual manera Castro en el año 2016, encontró una cifra mayor, indicando que, el 53% de las mujeres tenía un nivel educacional de secundaria, asimismo Moreno y col. En el año 2017 informaron que el 57,10% de mujeres contaba con secundaria y Cocom en el año 2017 muestra datos sorprendentes en torno a la educación, él encontró que el 53% de mujeres eran analfabetas, solamente el 13% había estudiado hasta cuarto año de primaria (9,11,12,13).

Tal y como lo señalan Lechuga y cols. (2018), la educación juega un rol muy importante en la ruptura de ciertos prejuicios sociales, puesto que es una magnífica arma para que se le reconozca a la mujer con los mismos derechos para lograr un determinado grado de instrucción, tener algún cargo político o dentro de una institución o empresa, que al hombre. (30), es decir que a mayor grado de instrucción de la mujer, mayor posibilidad de inserción en el campo laboral que le permita aportar económicamente a su hogar lo que a su vez le dará la oportunidad de defender sus derechos sexuales y reproductivos y decidir sobre el tamaño de la familia que desea tener y acceder a algún método anticonceptivo.

No obstante, a la par de la educación, la cultura juega un papel de vital importancia en la vida de la y en las decisiones que debe tomar una mujer ya que “la cultura o civilización, es aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y todo otro tipo de hábitos y capacidades adquiridas por el ser humano en cuanto miembro de la sociedad”, por tanto, la educación y la cultura están estrechamente relacionadas, no puede hablarse de una sin contemplar conjuntamente la otra (30), y es la cultura quien muchas veces condiciona cierto tipo de actitudes de la mujer frente a la decisión de utilizar metodología anticonceptiva, por los mitos y creencias que se vierten en torno a estos y que han creado estereotipos en la mente de muchas mujeres.

En cuanto al estado civil de las mujeres en edad fértil que formaron parte del presente estudio, el mayor porcentaje fueron convivientes con 71,1%, solamente el 27,8% indicó ser casada. Datos diferentes fueron encontrados por Gualán quien en el año 2015 determinó que el 39% de la población era soltera, de igual forma Castro en el año 2016, encontró que el 51% de mujeres que usaba metodología anticonceptiva declaró que tenía pareja, se asume que eran convivientes, por su parte Moreno y col. en el año 2017 también informaron que el 34,5% de mujeres eran solteras; Cocom, por su parte, en el año 2017 encontró que el 93% de las mujeres que fueron

entrevistadas eran casadas dato bastante alto en comparación al encontrado en el presente estudio puesto que en él, solamente el 18,6% dijeron ser casadas (9,11,12,13).

La situación legal de las mujeres, se constituye en un factor importante para el uso de algún método anticonceptivo, es de suponer que tanto las mujeres casadas como las convivientes pueden tener mayor riesgo de un nuevo embarazo de forma rápida porque conviven con una pareja; por esta misma razón pueden optar por acudir a un establecimiento de salud a solicitar un método, no así las solteras que presumiblemente no van a tener relaciones sexuales, aunque, no siempre es así, por el contrario en ocasiones su situación de soltería, les da la oportunidad de establecer relaciones pasajeras y a veces con múltiples parejas, pero existe en ellas la vergüenza de ir a solicitar un método anticonceptivo al establecimiento de salud, lo que condiciona el no uso de metodología anticonceptiva. Las mujeres casadas y convivientes que no usan métodos anticonceptivos, probablemente se deba a patrones culturales, o la influencia de la pareja.

La ocupación que predominó en las mujeres del estudio fue el de ama de casa con 73,2%, un significativo 16,5% manifestó ser independiente. Estos datos coinciden con los de Chagua quien en el año 2017 encontró que el 81% de mujeres fueron amas de casa con una diferencia porcentual de 7.8 puntos; sin embargo, difieren con los de otros investigadores como los de Gualán quien en el año 2015 informó que solamente el 33% de las mujeres se dedicaban a los quehaceres domésticos, Castro quien en el año 2016 identificó un porcentaje menor de mujeres que eran amas de casa con 52%; Cocom en el año 2017 también encontró que solamente el 33% eran amas de casa, pese que la mayoría eran analfabetas, 60% tenían una ocupación independiente, se dedicaban a bordado a mano.

La ocupación de ama de casa, en la mayoría de veces está vinculado a una dependencia económica de la pareja, siendo esta última la que decide sobre la planificación familiar del hogar, aceptando en ocasiones, mientras que en otras no, pero está claro que de una u otra forma se vulneran los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y lo peor de todo es que muchas veces la mujer ni siquiera los conoce debido al bajo grado de instrucción que posee.

Tabla 02-A. Factores socioculturales de las mujeres en edad fértil del Caserío PuyLucana – Baños del Inca, Cajamarca, 2019

Religión	n°	%
Católica	49	50,5
No católica	48	49,5
Mitos	n°	%
Si	84	86,6
No	13	13,4
Creencias	n°	%
Si	84	86,6
No	13	13,4
Total	97	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Puede evidenciarse a través de los presentes datos, que en lo que respecta a la religión, el 50,5% de mujeres manifestó profesar la católica, mientras que en un porcentaje similar 49,5% indicó no serlo. Datos diferentes fueron encontrados por diversos autores: Gualán en el año 2015, identificó que el 86% pertenecía a esta religión, Castro en el año 2016 informó que el 69% de mujeres encuestadas eran católicas. Cocom en el año 2017 encontró un dato menor señalando que solamente el 33% profesaba la religión católica (9,11,13).

Para todos, es conocido que la religión tiene una influencia significativa en la vida de las personas, sobre todo en lo que respecta a métodos anticonceptivos, pues acepta solamente los métodos naturales, indicando que es un “pecado” usar métodos anticonceptivos.

La religión es uno de los componentes de mayor peso en las culturas americanas, en las que el catolicismo tiene una fuerte influencia. La iglesia católica, considera que los hijos son un don de Dios y que, a nivel humano, lo más maravilloso que se puede hacer es transmitir la vida, por lo que, la pareja no tiene la libertad de decisión sobre el tamaño de su familia o si decide por un método de planificación familiar, éste tiene que ser un método natural (31).

Carrillo y cols. en el año 2019 en su tesis realizada, mencionan en torno a la religión que, las religiones persiguen tres aspectos, que la mujer esté bajo el dominio de su pareja; que las relaciones sexuales deben tener como único propósito el de procrear y finalmente que la única función que debe desempeñar la mujer en el hogar es ser una buena esposa, criar hijos y cuidar de la familia. (32).

De otra parte, el 86,6% de mujeres en edad fértil del caserío Puylucana acepta que existen mitos sobre los métodos anticonceptivos, de igual forma en lo que se refiere a las creencias, el 86,6% de mujeres tiene creencias sobre ellos, dato contrario al que informa Chagua en el año 2017 señalando que el 67,2% no tiene creencias sobre los métodos anticonceptivos

Entendiendo mito como una “historia imaginaria que altera las verdaderas cualidades de una persona o de una cosa y les da más valor del que tienen en realidad” y, en este contexto, tenemos en materia de anticoncepción falsas verdades o mitos que están llegando a las pacientes por esta amplia vía que es internet y las redes sociales y, acaso condicionando (no siempre en positivo) la elección de su método anticonceptivo (33) .

Precisamente, García y cols. afirman recientemente (2020) que, a pesar de contar con métodos anticonceptivos altamente eficaces, un 24,7% de las mujeres españolas no utiliza ningún método anticonceptivo, a pesar de que 16,4% de ellas afirma mantener relaciones sexuales; uno de los motivos para no emplearlos son los mitos de los probables efectos secundarios (33). Hace muchas décadas que la eficacia clínica de la anticoncepción hormonal está fuera de duda, incluso por parte de la población general, sin embargo, existen demasiados mitos acerca de su seguridad y sobre determinadas circunstancias de su empleo que condicionan las decisiones profesionales de la salud y de usuarias potenciales (33).

La influencia que tienen las creencias y mitos sobre el uso de los métodos de planificación familiar es muy dominante dentro de las comunidades, debido a que no se ha brindado suficiente información sobre planificación familiar. Una de las razones más influyentes en las tomas de decisiones y en el uso de los métodos de planificación familiar es el temor a los efectos secundarios al hacer uso de algunos métodos de anticoncepción. En estas comunidades es muy común que se crean las opiniones y

experiencias negativas. Estos rumores afectan de tal modo las decisiones de las usuarias de métodos anticonceptivos, que abandonan su uso por temor a que les afecte su salud (10).

Tabla 02-B. Creencias asociadas al uso de métodos anticonceptivos, como factor sociocultural, en mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana – Baños del Inca, Cajamarca, 2019

Es un pecado usar algún método anticonceptivo	n°	%
Si	54	55,7
No	43	44,3
Es deber de la mujer darle hijos al hombre	n°	%
Si	10	10,3
No	87	89,7
Es bueno tener muchos hijos para tener ayuda posteriormente	n°	%
Si	14	14,4
No	83	85,6
Tener varios hijos es voluntad divina	n°	%
Si	55	56,7
No	42	43,3
El hombre es quien prohíbe los anticonceptivos	n°	%
Si	10	10,3
No	87	89,7
Total	97	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se observa en los presentes datos que algunas mujeres en edad fértil de Puylucana aún mantienen algunas creencias sobre el uso de métodos anticonceptivos; el 55,7% afirma que usar algún método anticonceptivo es un pecado, probablemente esta afirmación se debe a influencia de la religión tanto católica como la no católica.

La religión, es uno de los componentes de mayor peso en las culturas americanas, en las que el catolicismo tiene un fuerte arraigo. La iglesia católica, y otras tantas, consideran que los hijos son un don de Dios y que, a nivel humano, lo mejor que se puede hacer es transmitir la vida, por lo que, en esta misión, la pareja no tiene la libertad para decidir el tamaño de su familia ni para optar por un método anticonceptivo, porque la religión solamente admite los métodos, que se limitan a elegir los días infecundos (31), pero que requiere de un profundo conocimiento del método y la comprensión por parte del varón.

El 10,3% de las mujeres manifestó que es deber de la mujer darle hijos al hombre. Esta actitud es solamente una representación cultural propia de varias culturas y transmitidas de generación en generación, pero que vulnera los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, porque a partir de esta postura, la mujer solamente se dedica a las labores del hogar cuidando a sus hijos, y si bien es cierto es una función loable de toda madre, limita su desarrollo personal y su inserción en el mercado laboral, sobre todo si ese no era su proyecto de vida.

Barrantes y Cubero al respecto señala que la maternidad ha sido entendida como un elemento fundamental en la esencia femenina, lo cual ha provocado que se relacione la palabra mujer con el hecho de ser madre. Sin embargo, desde una posición feminista, esta postura ha sido debatida, ya que se considera inexistente, la relación mencionada anteriormente, pues esta se entiende como una representación cultural (34).

El 14,4% de mujeres cree que es bueno tener muchos hijos para que ayuden en las labores domésticas, mientras que el 85,6% no lo cree así. Creencia que ha sido transmitida culturalmente de generación en generación y que aún persiste en algunas comunidades que consideran erróneamente que los hijos pueden ayudar en la agricultura y las hijas en las labores del hogar, de tal manera que es conveniente que la mujer tenga muchos hijos.

Esta carga de cuidado, trabajo y asistencia asignadas, reduce y limita las oportunidades educativas y laborales. Afortunadamente estas creencias han ido cambiando y ahora cada vez más niños y jóvenes estudian hasta lograr estudios superiores, pero no solo eso, sino que también las mujeres lo hacen.

El 56,7% de las mujeres manifestó que tener hijos es voluntad divina, idea cuya fuente también es la religión principalmente en el judaísmo que sostiene que el primer deber del hombre y la mujer es multiplicarse y deben tener tantos hijos como sea posible. Sin embargo, señalan algunos autores, cuando los primeros teólogos cristianos condenaron la anticoncepción, lo hicieron no, sobre la base de la religión, sino, en base a las prácticas culturales y presiones sociales. La oposición temprana a la anticoncepción fue a menudo una reacción ante la amenaza de los grupos menudo. Los teólogos asumieron que quienes practicaban la anticoncepción eran los fornicadores y las prostitutas.

Los datos presentados pueden ser contrastados con los de Castro quien en el año 2016 constató que los factores socioculturales tienen una influencia en el uso de métodos anticonceptivos por las mujeres (11).

Por su parte Cocom en el año 2017 encontró que los factores culturales que influyeron en la no aceptación de métodos de planificación familiar fueron: que *“la familia es una bendición de Dios”, “utilizar métodos de planificación familiar es pecado”,* los pastores de la iglesia prohíben el uso de los métodos de planificación familiar, *“el esposo es el que manda”, “los métodos anticonceptivos causan enfermedades”* (13).

También muestra la tabla, que el 10,3% de las mujeres del presente estudio manifestó que es el hombre quien prohíbe los anticonceptivos. Dato que aun en el siglo XXI, indica la presencia de machismo y violencia de género en algunos hogares, en los cuales la mujer depende totalmente del varón, tanto en el aspecto económico como emocional reflejando la inequidad de género, existente.

La violencia de los hombres hacia las mujeres, particularmente la ejercida por la pareja, responde a las concepciones de género imperantes en la sociedad actual, es decir, a los roles y atributos que cada cultura, ha asignado tanto para los hombres como para las mujeres, a partir de sus diferencias biológicas. Dichos mandatos de género han sido transmitidos, enseñados y “moldeados” en la familia, en los establecimientos educativos, en las iglesias, en la calle, en los cuentos, en los medios de comunicación, en los juegos, en los libros, y en todos los dispositivos de difusión del dominio del varón sobre la mujer en cualquier sociedad. De esa manera se ha naturalizado la subordinación y las desventajas que enfrentan las mujeres a lo largo del ciclo vital.

No es para nada extraño que históricamente se haya evidenciado que la violencia por parte de la pareja hacia la mujer, tenga un final doble; de una parte que la mujer decida no poseer autonomía sobre su persona, permitiendo que el hombre asuma estos derechos mientras que ella se dedica solamente a las labores del hogar y a criar hijos y otro castigador, donde el varón tiene la autoridad de castigar a la mujer ante cualquier acto de insubordinación (35).

Tabla 02-C. Manifestaciones culturales (tabúes) sobre los anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana – Baños del Inca, Cajamarca,

2019

Vergüenza	Uso de métodos anticonceptivos				
	Si		No		
	n°	%	n°	%	
Si	20	46,5	15	27,7	
No	23	53,5	39	72,2	
Temor	n°	%	n°	%	
	Si	23	53,5	45	83,3
	No	20	46,5	9	16,6
Total	43	100,0	54	100,0	

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra apreciar en la presente tabla que el 46,5% de las mujeres en edad fértil del caserío Puylucana que usa algún método anticonceptivo, manifestó sentir vergüenza de acudir a solicitar algún método anticonceptivo, al establecimiento de salud, de igual manera el 27,7% de quienes no los usan; de igual manera, el 53,5% de las mujeres que usa algún método manifestó sentir temor al usar algún método y el 83,3% de quienes no los usan.

Castro 2016 informa que, en su estudio los factores socioculturales que influyeron negativamente en el uso de algún método fueron los mitos y temores; la vergüenza en el 61% y el temor a los efectos colaterales de algunos métodos en el 88% de las mujeres (11).

La vergüenza en las mujeres surge por múltiples razones, en muchas comunidades el uso de un método de planificación es mal visto, ya que impide a la mujer su papel original en la vida, la de procrear, pero mayormente, por el trato poco amigable de los proveedores de salud, en tanto que el temor es promovido por el sistema de mitos y creencias que son transmitidos culturalmente, como el hecho de que los anticonceptivos producen cáncer, aunque en ello, también está implícita la falta de información permanente por parte del personal de salud.

Laza, referido por Castro (2016) señala que la planificación familiar se encuentra fuertemente arraigada a un sistema de creencias y tradiciones culturales, razón por la cual las personas no reemplazan fácilmente sus costumbres ancestrales por nuevos conocimientos, debido a lo complejo de las estructuras sociales que los guían (11)

Tabla 03. Paridad de las mujeres en edad fértil del Caserío PuyLucana – Baños del Inca, Cajamarca, 2019

Paridad	n°	%
Nulípara	3	3,1
Primípara	31	32,0
Secundípara	34	35,1
Múltipara	29	29,9
Total	97	100.0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se observa en la presente tabla que el mayor porcentaje de mujeres en edad fértil del caserío PuyLucana, del presente estudio son secundíparas con 35,1%, seguido del grupo de primíparas con 32% y el de múltiparas con 29,9%, solamente el 3,1% de ellas son nulíparas, datos similares fueron encontrados por Cocom quien en el año 2017 informó en su estudio que el 34% de mujeres tenía de 7 a 9 hijos, pero difieren con los encontrados por Barboza quien en el año 2019 identificó en su estudio que el 74,9% de mujeres tienen en promedio 2.5 o menos hijos, el 18% de mujeres tenían de 4 hijos a más (13,15).

Es preocupante que aún en la actualidad, exista un porcentaje elevado de mujeres múltiparas, lo que refleja una terrible inequidad de género y vulnerabilidad de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, sobre todo conociendo las consecuencias materno perinatales que trae consigo esta condición, pues las mujeres múltiparas tienen mayor riesgo de presentar diversas complicaciones obstétricas y perinatales; sin embargo, al menos el 31,03% de ellas ya se encuentra utilizando algún método anticonceptivo que les permitirá recuperarse de los embarazos y partos anteriores.

También se evidencia que un pequeño porcentaje de mujeres en edad fértil nulíparas (4,7%) ya usa algún tipo de método anticonceptivo probablemente porque tienen deseos de seguir estudiando, porque trabajan o simplemente porque desean postergar su maternidad.

4.2. Identificación de la prevalencia de métodos anticonceptivos

Tabla 03. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Caserío PuyLucana – Baños del Inca, Cajamarca, 2019

Método anticonceptivo utilizado	n°	%
Inyectable	32	32,9
Método de barrera	4	4,1
Implantes	3	3,1
Dispositivo intrauterino	2	2,1
Píldoras anticonceptivas	2	2,1
Método abstinencia	17	17,5
MELA	4	4,1
Ninguno	33	34,0
Total	97	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se evidencia en la presente tabla que el 44,3% de mujeres en edad fértil del caserío PuyLucana usa algún método anticonceptivo farmacológico, dato disímil con el encontrado por Castro y col. Quienes, en el año 2016, identificaron que el 54% de las encuestadas refirió el uso de algún método anticonceptivo artificial. (11)

De las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo artificial, el 32,9% indicaron su preferencia por el inyectable, solamente el 4,1% indicó usar el método de barrera, específicamente condón; el 3,1% es usuaria del implante subdérmico y el 2,1% el uso de métodos anticonceptivos orales, así como el dispositivo intrauterino (DIU), en el mismo porcentaje.

Datos similares fueron encontrados por Moreno quien en el año 2017 informó que el 34,5% de usuarias utilizan como primera elección la inyección con una diferencia porcentual de 6.7 puntos; pero difieren con los resultados encontrados por otros investigadores como: Chagua quien en el año 2017 determinó que el 13% fueron usuarias de algún método anticonceptivo moderno y el 59,5% utilizaba método natural; Calderón en el año 2017 encontró cifras más elevadas indicando que el

método anticonceptivo más usado fueron los inyectables (60,9 %), seguido de las píldoras (20,9%), preservativo (14,5 %), y DIU (36%); Barboza en el año 2019 informó que el 54,5 % de usuarias usaban un método anticonceptivo moderno, el 28,1% prefieren los métodos hormonales (píldora, inyectables e implantes sub-dérmicos). El (34,3%) no usa métodos anticonceptivos y no tiene “razones” aparentemente válidas para no usarlas (12,14,16,15)

La predisposición por el uso del inyectable, se debe probablemente porque es un método que puede mantenerse en secreto cuando la pareja no está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos a diferencia del anticonceptivo oral, que puede ser descubierto con mayor facilidad o la usuaria es tendiente al olvido de tomar pastillas diariamente, pero también está la existencia de mitos respecto al uso de otros anticonceptivos como el DIU o el implante subdérmico que explicaría el porqué del bajo porcentaje de su uso.

Tabla 04. Uso de métodos anticonceptivos según factores sociales en mujeres en edad fértil del Caserío Puyucana – Baños del Inca, Cajamarca, 2019

Edad	Uso de métodos anticonceptivos				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
15-19 años	4	80,0	1	20,0	5	5,2
20-24 años	9	60,0	6	40,0	15	15,5
25-29 años	5	27,8	13	72,2	18	18,6
30-34 años	14	48,3	15	51,7	29	29,9
35-39 años	5	29,4	12	70,6	17	17,5
+40 años	6	46,2	7	53,8	13	13,4
Total	43	44,3	54	55,7	97	100,0
X= 7,802						p = 0,167

Grado de instrucción	Uso de Métodos anticonceptivos				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sin grado de instrucción	6	54,5	5	45,5	11	11,3
Primaria incompleta	3	20,0	12	80,0	15	15,5
Primaria completa	5	31,3	11	68,8	16	16,5
Secundaria incompleta	12	66,7	6	33,3	18	18,6
Secundaria completa	7	38,9	11	61,1	18	18,6
Superior universitaria	7	70,0	3	30,0	10	10,3
Superior técnica	3	33,3	6	66,7	9	9,3
Total	43	44,3	54	55,7	97	100,0
X = 12,138						p = 0,059

Estado civil	Uso de métodos anticonceptivos				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Soltera	0	0,0	1	100,0	1	1,0
Casada	8	29,6	19	70,4	27	27,8
Conviviente	35	50,7	34	49,3	69	71,1
Total	43	44,3	54	55,7	97	100,0
X = 4,304						p = 0,116

Ocupación	Uso de métodos anticonceptivos				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Ama de casa	32	45,1	39	54,9	71	73,2
Empleada del hogar	1	25,0	3	75,0	4	4,1
Independiente	7	43,8	9	56,3	16	16,5
Trabajadora estatal	2	50,0	2	50,0	4	4,1
Trabajadora sector privado	1	50,0	1	50,0	2	2,1
Total	43	44,3	54	55,7	97	100,0
X = 0,702						p = 0,116

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En los datos que anteceden se puede apreciar que del grupo etario de mujeres que constituyen el mayor porcentaje que fue el de 30-34 años, el 48,3% manifestó usar algún método anticonceptivo, mientras que el 51,7% señaló no usarlos; del 18,6% de mujeres en edad fértil que forman parte del grupo etario de 25-29 años, solamente el 27,8% dijeron usar algún método anticonceptivo, mientras que el 72,2% indicaron no usar ninguno.

Un dato relevante es que, del grupo etario de mujeres de 15-19 años de edad, el 80% asintió usar algún método, mientras que el 20% manifestó no hacerlo; pero, del grupo etario mayores de 40 años, el 46,2% admitió la utilización de algún método anticonceptivo, mientras que el 53,8% dijo no usar ningún método anticonceptivo.

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables edad y uso de métodos anticonceptivos ($p = 0,167$), es decir que no se puede decir que a mayor o menor edad mayor o menor uso de estos, sino que existe diversidad de ocurrencia de casos (uso o no uso de métodos anticonceptivos), dato que coincide con Calderón quien en el año 2017 informó en su estudio que la edad no tuvo relación significativa con el uso de los métodos anticonceptivos. (16)

A pesar de que la edad es un factor importante en la toma de decisiones, existen diversos factores que modifican la actitud de las mujeres sobre el uso de los anticonceptivos, de hecho, la influencia que tienen los factores culturales es muy relevante, así como la decisión por parte de la pareja e incluso de la madre o la suegra; también se tiene que ver el temor que sienten las mujeres, de usar tal o cual método, por la diversidad de falacias que se han vertido en torno a estos.

Respecto a la asociación entre el grado de instrucción y el uso de métodos anticonceptivos, se observa que las mujeres con grado de instrucción superior universitaria manifestaron utilizar algún método anticonceptivo en el 70%, solamente el 30% de mujeres con este mismo grado de instrucción indicaron no usar ningún método; con alguna excepción se observa, sin embargo, que las mujeres con otros grados de instrucción indican el uso de metodología anticonceptiva, pero mayoritariamente no los usan.

Calderón en el año 2017 tampoco encontró relación significativa entre la variable grado de instrucción y uso de métodos anticonceptivos. (16)

El grado de instrucción superior universitario permite a la mujer tomar mejores decisiones frente a la planificación de su familia, porque ya está en marcha un proyecto de vida, el mismo que está orientado al desarrollo como profesional, o bien a una oferta laboral del entorno más inmediato, para el logro de un mejor status social y económico y con ello, una mejor vida, tanto para ella como para su entorno familiar; no ocurre lo mismo, con aquellas mujeres que tienen solamente primaria ya sea completa o incompleta, quienes, en su mayoría no usan ningún método anticonceptivo, pues lamentablemente en ellas su proyecto de vida, posiblemente es el de ser ama de casa y madre como únicas opciones.

Los principios, declaraciones, legislaciones, tratados y garantías nacionales e internacionales, enuncian que todos los ciudadanos (hombres y mujeres) deben gozar de los mismos derechos; entre ellos, el de la educación. Esta no solo dignifica al ser humano en su interioridad, sino que lo transforma definitivamente; le permite decidir, opinar, le proporciona mejores condiciones de vida, no solo porque posibilita el acceso a nuevas formas de conocimiento, laborales y de oportunidades, sino porque, los aísla de las discriminaciones y los invita a sentirse iguales y ser realmente libres. La libertad consiste en la posibilidad de gozar de los mismos derechos y las mismas oportunidades en todos los planos de su existencia (36).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables grado de instrucción y uso de métodos anticonceptivos ($p = 0,059$).

En cuanto al estado civil, se logra apreciar que las mujeres convivientes manifestaron el uso de algún método anticonceptivo en un porcentaje mayor que las casadas con 50,7% y 29,6%, respectivamente, no encontrándose relación significativa entre las variables estado civil y uso de métodos anticonceptivos ($p = 0.116$); Calderón en el año 2017 en su estudio tampoco encontró relación significativa entre el estado civil y el uso de métodos anticonceptivos. (16)

Independientemente del estado civil, estos resultados reflejan, el desconocimiento por de los derechos sexuales y reproductivos, en las mujeres del estudio, además de la falta de un proyecto de vida tendiente a lograr un mayor desarrollo o un mayor nivel socioeconómico, ello posiblemente relacionado a la zona de procedencia y grado de instrucción que posee la mayoría de mujeres, que proceden de la zona rural y tienen un bajo grado de instrucción; no obstante es necesario repensar que las mujeres tanto casadas como convivientes tienen una pareja estable, y está implícita una vida sexual

activa y ello asociado a la reproducción, y la posibilidad de tener hijos debiera valorarse y decidirse de mutuo acuerdo, con mucha responsabilidad por parte de la pareja, hecho que no se da, porque también priman factores culturales.

Changanaqui (2020) afirma que muchas mujeres no ejercen su derecho a tomar una decisión respecto a su salud sexual y reproductiva, ya que existen ciertos factores socioculturales y de género que les imposibilita decidir respecto al sexo, uso de anticonceptivos, planificación de una familia, y prevención de enfermedades de transmisión sexual (37).

Finalmente, en lo que concierne a ocupación y uso de métodos anticonceptivos, los presentes datos reflejan que las mujeres amas de casa y las empleadas del hogar son quienes no usan métodos anticonceptivos con 54,9% y 75%, de igual manera las comerciantes en 56,3%.

Estos datos, también reflejan la inequidad de género que existe aún en la actualidad, que consiente que, de una parte, el trabajo de la mujer sea menospreciado y de otra que exista subordinación de la mujer hacia el varón.

La diferencia de quienes deben salir del hogar a buscar el sustento y quienes deben quedarse cuidando los hijos/as, establece los primeros indicios de la creación de sistemas de organización social y política; es decir, lo que conocemos como mundo público y privado. Desde tiempos antiguos muchas sociedades impusieron una dominación física, sexual y social que permitía que el hombre ejerza control sobre la mujer, basado fundamentalmente en la creencia errónea de que la mujer es un ser débil y el hombre es quien la debe proteger (Pintos, 2007).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables grado de instrucción y uso de métodos anticonceptivos ($p = 0,059$).

Tabla 05. Uso de métodos anticonceptivos según factores culturales en mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana – Baños del Inca, Cajamarca, 2019

Religión	Uso de métodos anticonceptivos				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Católica	27	55,1	22	44,9	49	50,5
No católica	16	33,3	32	66,7	48	49,5
Total	43	44,3	54	55,7	97	100,0
X = 4,656						p = 0,052

Mitos	Uso de métodos anticonceptivos				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Si	34	40,5	50	59,5	84	86,6
No	9	69,2	4	30,8	13	13,4
Total	43	44,3	54	55,7	97	100,0
X = 3,772						p = 0,032

Creencias	Uso de métodos anticonceptivos				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Si	34	40,5	50	59,5	84	86,6
No	9	69,2	4	30,8	13	13,4
Total	43	44,3	54	55,7	97	100,0
X = 3,772						p = 0,052

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se puede observar en la presente tabla que, del total de mujeres que manifestaron ser católicas, el 55,1% usa algún método anticonceptivo, mientras que el 44,9% no lo usa.

Como ya se habló en una tabla anterior, la religión como factor cultural tiene un rol preponderante en la vida de las mujeres, sobre todo, cuando se trata de elegir algún método anticonceptivo, ya que esta, censura el uso de métodos anticonceptivos y crea sentimientos de culpabilidad en quienes deciden usarlos

En general los factores socioculturales inciden en procesos importantes de la vida de una mujer, como el embarazo, maternidad, menopausia, pero también lo hace en la toma de decisiones sobre la elección de un método anticonceptivo.

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables mitos y uso de métodos anticonceptivos, según $p = 0,052$.

Se observa también en esta tabla que del total de mujeres en edad fértil que reconocen la existencia de mitos sobre los métodos anticonceptivos, el 40,5% usan algún método anticonceptivo mientras, que el 59,5% no usa ninguno.

La presencia actual de mitos sobre métodos anticonceptivos en las comunidades se origina por medio de la transmisión oral de persona a persona y de generación a generación, pero lamentablemente giran en torno a conceptos negativos, sobre ellos que perjudican la toma de decisiones en el momento de elegir algún método. Entendiendo mito como una historia imaginaria que altera las verdaderas cualidades de una persona o de una cosa y le da más valor del que tienen en realidad, en este contexto, se tiene que, en cuanto a anticoncepción también existen mitos que llegan a las mujeres por diferentes medios y redes sociales y, acaso condicionando (no siempre en positivo) la elección de su método anticonceptivo (38).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables mitos y uso de métodos anticonceptivos, según $p = 0,032$.

En cuanto a las creencias, del total de mujeres en edad fértil que manifiestan que existen creencias populares sobre el uso de métodos anticonceptivos, el 40,5% de ellas usa algún método anticonceptivo, y el 59,5% no lo hace.

Al igual que los mitos, las creencias también debilitan la toma de decisiones en las mujeres para la elección de un método anticonceptivo, creencias que la mayoría de las veces, solamente son parte de la imaginación de muchas personas, como: "por una vez no pasa nada", sin embargo, siempre se deben tomar precauciones frente a una relación sexual, no importa si se trata de una sola vez, o de la primera vez. Los riesgos de contraer alguna infección o quedar embarazada, entre otros, siempre están presentes. Estadísticamente existe relación significativa entre las variables mitos y uso de métodos anticonceptivos, según $p = 0,052$.

CONCLUSIONES

Al término de la presente investigación se concluye que:

1. Como factores socioculturales de las mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana se identificó que la mayoría perteneció al grupo etario de 30-34 años, el grado de instrucción que más sobresalió fue el de la secundaria tanto completa como incompleta, el mayor porcentaje de ellas son convivientes y amas de casa.
El mayor porcentaje de mujeres manifestaron profesar la religión católica, en la mayoría de ellas persisten los mitos y creencias en torno al uso de métodos anticonceptivos, consideran un pecado usar algún método anticonceptivo y señalan que tener hijos es voluntad divina. Un alto porcentaje de mujeres siente temor por el uso de métodos anticonceptivos.
2. La mayoría de mujeres en edad fértil son multíparas.
3. La mayoría de mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana – Baños del Inca, no usa métodos anticonceptivos (55,7%) y quienes usan alguno, prefieren mayormente al inyectable
4. Se determinó que los factores socioculturales que influyen en el uso de métodos anticonceptivos son el grado de instrucción, según $p < 0,05$; la religión $p=0,052$, el conocimiento de la existencia de mitos y creencias sobre métodos anticonceptivos, según $p = 0,032$ y $p = 0,052$, respectivamente, corroborando la hipótesis planteada, que indica que existen factores sociales y culturales que influyen en el uso de métodos anticonceptivos.

SUGERENCIAS

1. A los directivos de la DIRESA, se les sugiere la realización de campañas y ferias masivas de planificación familiar sobre todo informativa, en las cuales se disminuyan los mitos y creencias sobre los métodos anticonceptivos.
2. Al personal de salud brindar consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos a todas las mujeres en edad fértil, a fin de erradicar los temores y minimizar la vergüenza que sienten cuando los usan.
3. Al personal de salud que labora en los diferentes establecimientos de salud, identificar necesidades e intereses de las mujeres en edad fértil en relación con la salud reproductiva y los factores socioculturales que influyen en ella.
4. A los futuros tesisistas interesados en el tema realizar otras investigaciones con enfoque cualitativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar. Informe técnico. Ginebra – Suiza. [Internet]; 2020. [Citado 06 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
2. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2015; 30(3): p. 465-470. [Citado 2020-01-05], Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300016
3. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer. Datos y cifras. [Internet]. Ginebra - Suiza; 2018. [Citado 2019-11-17], Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Planificación Familiar. Clave para el desarrollo sostenible. Informe estadístico. New York; 2017. [Citado 2019-11-17], Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/planificaci%C3%B3n-familiar-clave-para-el-desarrollo-sostenible-1>
5. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; Centro Latinoamericano de Perinatología y Salud de la Mujer y Reproductiva. La gran disparidad en el acceso a métodos anticonceptivos refleja inequidades sociales en los países de América Latina y el Caribe. Tema de salud. Montevideo. [Internet]; 2019. [Citado 2019-11-17], Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=546:la-gran-disparidad-en-el-acceso-a-metodos-anticonceptivos-refleja-inequidades-sociales-en-los-paises-de-america-latina-y-el-caribe-2&Itemid=215&lang=es
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Informe Técnico. Lima. [Internet]; 2017. [Citado 2019-11-17], Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap004.pdf

7. Nazar A, Molina D, Salvatierra B, Zapata E, Halpein D. La educación y el no uso de anticonceptivos entre mujeres de bajo nivel socioeconómico en Chiapas. Investigación. Chiapas – México [Internet]; 2014. [Citado 2019-11-18], Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262972054_La_Educacion_y_el_No_Uso_de_Anticonceptivos_entre_Mujeres_de_Bajo_Nivel_Socioeconomico_en_Chiapas
8. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). La anticoncepción y la planificación familiar están bien protegidas bajo los estándares internacionales de derechos humanos. Temas clave. Ginebra – Suiza. [Internet]; 2017. [Citado 2019-11-17]. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Contra_FamPlan_WEB_SP.pdf
9. Gualán D. Factores socioculturales que limitan el uso de métodos anticonceptivos en población de 15-49 años de la comunidad La Wintza-Centinela del Cóndor. [Tesis previa a la obtención del título de Médica General]. Loja – Ecuador. [Internet]; 2015. [Citado 2019-11-15], Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/17456/1/TESIS%20FACTORES%20SOCIOCULTURALES%20QUE%20LIMITAN%20EL%20USO%20DE%20M%C3%89TODOS%20ANTICONCEPTIVOS%20EN%20LAS%20Y%20LOS%20POBLADO.pdf>
10. Bermeo N, Cazho R. Influencia sociocultural en el acceso y uso de métodos de planificación familiar en mujeres de edad fértil de la comunidad de Huertas, Santa Isabel. Tesis previa a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería. Cuenca: [Internet]; 2016. [Citado septiembre 2020]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23646/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
11. Castro K, Castro K. Factores socioculturales que influyen en el acceso y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de familias residentes temporales en el albergue del Ex Aeropuerto Reales Tamarindos de la ciudad de Porto Viejo. [Tesis para optar el Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Ecuador. [Internet]; 2016. [Citado 2019-11-15], Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12903>
12. Moreno N, Shunaula J. Factores sociodemográficos que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden al Centro de Salud "Augusto Egas"

en la ciudad de Santo Domingo de las Tsáchilas. Informe final de investigación. Santo Domingo – Ecuador. [Internet]; 2017. [Citado 2019-11-15], Disponible en: https://issuu.com/pucesd/docs/dg_2018_moreno_shunaula

13. Cocom N. Factores culturales que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar cantón Pachepac, Nahuala Sololá, Guatemala. [Tesis de grado]. Quetzaltenango. [Internet]; 2017. [Citado 2019-11-15], Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/02/Cocom-Nelson.pdf>

14. Chagua M. Factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos modernos y naturales en las mujeres en edad reproductiva de la comunidad de Coricocha del distrito de Vilca. [Tesis para optar el grado de Maestro]. Huancavelica: Universidad Nacional Hermilio Valdizán. [Internet]; 2017. [Citado 2019-11-13], Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNHE_9c6fd96b308613369ecfcefbe7b6a118/Description#tabnav

15. Barboza M. Prácticas anticonceptivas asociadas a los determinantes sociales de la salud en mujeres en unión estable del Perú en el año 2017. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia]. Lima; 2019. [Citado 2019-11-15], Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/5196/1/Braboza_%20LLMI.pdf

16. Calderón E. Factores sociodemográficos que se relacionan con la elección y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Puesto de Salud Otuzco. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia]. Cajamarca: Universidad Alas Peruanas. [Internet]; 2017. [Citado 2020-01-05], Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/8693>

17. Díaz S. ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos? Santiago: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. [Internet]; 2017. [Citado 2019-11-18], Disponible en: https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Temas_destacados/Anticoncepcion_de_emergencia/Que-y-cuales-son-los-metodos-anticonceptivos-25032017.pdf

18. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Primera edición ed. Buenos Aires. [Internet]; 2018. [Citado 2019-11-18], Disponible en:

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000589cnt-metodos-anticonceptivos-guia-practica-profesionales-salud.pdf>

19. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud de planificación familiar. Primera edición ed. Lima: MACOLE S.R.L. [Internet]; 2017. [Citado 2019-11-18], Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>

20. Bembibre C. Sociocultural. México: Universidad Autónoma de México. [Internet]; 2018. [Citado 2019-11-14], Disponible en: <https://www.definicionabc.com/social/sociocultural.php>

21. Hernández L. La edad biológica Vs. la edad cronológica: reflexiones para la Antropología física. Tesis para optar al grado de doctora en Antropología. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. [Citado 2018-05-08], Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2015/enero/501047580/501047580.pdf>

22. Secretaría de Educación Pública. Glosario de educación Superior. Informe técnico. México. [Internet]; 2012. [Citado 2018-05-08], Disponible en: http://dsia.uv.mx/cuestionario911/Material_apoyo/Glosario%20911.pdf

23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Definiciones básicas y temas educativos investigados. Informe técnico. Lima. [Internet]; 2014. [Citado 2018-05-08], Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1257/cap04.pdf

24. Organización Mundial de la Salud. La OMS publica una nueva orientación sobre cómo proporcionar información y servicios de anticoncepción. Comunicado de prensa. Ginebra –Suiza. [Internet]; 2015. [Citado 2020-01-05], Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/guidance-contraceptive/es/>

25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado civil. Informe técnico. Lima. [Internet]; 2017. [Citado 2019-11-14], Disponible en: https://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/268/datafile/F3/V695

26. Instituto Nacional de Estadística e Informática. CENSOS NACIONALES 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Informe técnico. Lima: [Internet]; 2017. [Citado 2019-11-14], Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1437/libro.pdf

27. Salgado A. Acerca de la religión y la Espiritualidad. Paper. Lima. [Internet]; 2016. [Citado 2019-11-11], Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317040938_Acerca_de_la_Psicologia_de_la_Religion_y_la_Espiritualidad

28. Díez A. Más sobre la interpretación. Ideas y creencias. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Internet], 2017; 37(131): p. 127-143. [Citado 2019-11-14], Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/08.pdf>

29. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Mundos Aparte: la salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. Informe anual. Lima: [Internet]; 2017. [Citado 11 septiembre 2020]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/derechos-sexuales-y-reproductivos-de-mujeres-peruanas-requieren-mayor-proteccion-para-lograr>

30. Lechuga J, Ramírez G, Guerrero M. Educación y género. El largo trayecto de la mujer hacia la modernidad en México. Journal of Economic Literature (JEL). [Internet], 2018; [citado 14 septiembre 2020] 15(43): p. 124-128. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v15n43/1665-952X-eunam-15-43-110.pdf>

31. Bermeo N, Casho R. Influencia sociocultural en el acceso y uso de métodos de planificación familiar en mujeres de edad fértil de la comunidad de Huertas, Santa Isabel. Tesis previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería. Cuenca - Ecuador: [Internet]; 2015. [Citado 20 septiembre 2020]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23646/1/Tesis%20Pregrado.pdf>

32. Carrillo K, Jarquín H, Meza N. Factores sociales y culturales del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, atendidas en el programa de planificación familiar Centro de Salud El Calvario, Chinandega, II semestre. Monografía para optar al Título profesional de Licenciada en Ciencias de la Enfermería. León - Nicaragua: [Internet]; 2019. [Citado 18 septiembre 2020]. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/7504/1/244069.pdf>

33. García I, Neyro J, Carrasco M. Mitos y realidades de la anticoncepción hormonal combinada. *Ginecología y Obstetricia Mexicana*. [Internet], 2020; 88(1): p. s96-s108. [Citado 16 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201k.pdf>
34. Barrantes K, Cubero M. La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Revista electrónica de estudiantes de la Escuela de Psicología*. [Internet], 2015; [citado 20 septiembre 2020] 9(1): p. 29-42. Disponible en: <http://repositorio.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/12490/15248-27930-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Quintana Y, Rosero J, Pimentel J, Camacho G. La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador. Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres. Quito: [Internet]; 2015. [Citado 14 octubre 2020]. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/violencia_de_gnero_ecuador.pdf
36. Duarte J, García J. Igualdad, equidad de género y feminismo, una mirada histórica a la conquista de los derechos de las mujeres. *Revista CS*. [Internet], 2016;(8). [Citado 24 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4763/476350095006/html/index.html>
37. Changanqui K. Nivel de conocimiento y factores asociados al uso de anticonceptivos en puérperas, Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López". Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma. [Internet]; 2020. [Citado 23 octubre 2020]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2961/KCHANGANQUI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. García I, Bilbao J, Carrascoso M. Mitos y realidades de la anticoncepción hormonal combinada. *Ginecología y obstetricia de México*. [Internet], 2019; 88: p. S96-S108. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201k.pdf>

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. FACTORES SOCIALES

1. Edad

< 15 años () 15-19 años () 20-24 años ()
25-29 años () 30-34 años () 35-39 años ()
+ 40 años ()

2. Grado de instrucción

Sin ningún grado de instrucción () Primaria incompleta ()
Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior universitaria ()
Superior técnica ()

3. Estado civil

Soltera () Casada () Conviviente ()

4. Ocupación

Ama de casa () Empleada del hogar ()
Estudiante () Independiente ()
Trabajadora estatal () Trabajadora del sector privado ()

II. FACTORES CULTURALES

5. Religión

Católica () No católica ()

6. Mitos

Si () No ()

7. Creencias

Si () No ()

8. La utilización de anticonceptivos es pecado

Si () No ()

9. El marido tiene derecho de prohibirle a la mujer que use anticonceptivos

Si () No ()

10. La mujer no debe planificar porque su deber es darle hijos al hombre

- Si () No ()
11. Hay que tener bastantes hijos para que ayuden en las labores domésticas
- Si () No ()
12. Estaría de acuerdo con que su hija/o utilice anticonceptivos?
- Si () No ()
13. El número de hijos que debemos tener es voluntad de Dios
- Si () No ()
14. ¿Considera usted que el uso de anticonceptivos es decisión de la mujer?
- Si () No ()

III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

15. Paridad

- Nulípara () Primípara ()
- Secundípara () Multípara ()

16. FUP:

IV. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

17. Tipo de anticonceptivo que utiliza:

- Método de abstinencia () Cuál.....
- Métodos de barrera () Cuál.....
- Píldoras anticonceptivas () Cuál.....
- Inyectables () Cuál.....
- Implantes () Cuál.....
- Dispositivo intrauterino () Cuál.....
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) Si () No ()
- ¿A qué edad le hicieron el AQV?.....
- ¿Hace que tiempo empezó a utilizar el método?.....
- ¿A qué edad inició a utilizar el método anticonceptivo?.....
- ¿Siempre ha utilizado el mismo método anticonceptivo? Si () No ()
- ¿Qué métodos anticonceptivos ha utilizado?.....
- ¿Dónde obtiene el método anticonceptivo?.....

¿Ud. ha tomado sola la decisión de utilizar el método anticonceptivo que utiliza?

Si () No ()

¿Tiene el apoyo de su pareja para la utilización del método anticonceptivo?

Si () No ()

18. ¿Siente vergüenza de usar algún método anticonceptivo?

Si () No ()

19. ¿Siente temor a los efectos colaterales de algunos métodos anticonceptivos?

Si () No ()

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera el cuidado de mi salud.

Yo..... SI..... NO., manifiesto mi aprobación a participar en el estudio “Factores socio culturales que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Caserío PuyLucana – Baños del Inca, Cajamarca desde una perspectiva teórica, de la estudiante Evelin Jhoana Chávez Marcelo, de manera voluntaria y en el pleno uso de mis facultades físicas y mentales.

El procedimiento tiene sólo fines académicos y autorizo el uso de la información reunida para la realización de estudios y publicaciones posteriores.

Además, me considero en conocimiento de mis derechos, los cuales son:

- 1) Obtener respuestas a mis inquietudes
- 2) Mantenerme en el anonimato
- 3) Negarme a participar y abandonar la investigación cuando lo consideren conveniente
- 4) Confidencialidad de los relatos: el investigador tendrá el deber de resguardar toda la información proporcionada por los sujetos de estudio.
- 5) La información proporcionada por los sujetos de estudio no podrá ser modificada ni utilizada para otro fin.
- 6) Autorizo a la autora puedan tomar fotos y grabaciones en audio y video, en el momento de la realización de su trabajo de investigación

Nombre de la participante _____

.....

Firma de la participante

Fecha: Cajamarca, de de 2020