

Anexo 9: Formato para remisión de Informe Final, superando las observaciones por parte del tribunal calificador

San Salvador, 20 de octubre del 2025

Doctor Douglas Velásquez

Director

Escuela de Medicina

Presente

Estimado Dr. Velásquez:

Por este medio comunico a usted que el Informe Final del Trabajo de Grado, titulado: **“FACTORES SOCIOCULTURALES Y SANITARIOS EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ENTRE 18-30 AÑOS, USI LOURDES, 2025”**

Elaborado por:

Karla Jeannette Alfaro López

Ashly Madeline Rivera Martínez

Stephanie Cristabel Aldana Rodríguez

Cumple con las observaciones efectuadas por los miembros del Tribunal Calificador.

Atentamente,



DRA. ELENA POLANCO DE BONILLA

Nombre del Docente Asesor

Firma

Sello profesional

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**“FACTORES SOCIOCULTURALES Y SANITARIOS EN LA ACEPTACIÓN DE
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ENTRE 18-30 AÑOS,
USI LOURDES, 2025”**

Presentado Por:

Karla Jeannette Alfaro López

Ashly Madeline Rivera Martínez

Stephanie Cristabel Aldana Rodríguez

Para optar al título de
DOCTOR EN MEDICINA

Asesora:

Dra. Elena Ruth Polanco de Bonilla

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, noviembre de 2025

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc Juan Rosa Quintanilla Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán Mata

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Armando Arias Alvarado

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

Lic. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO GENERAL

M.Sc Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

COMISIÓN DE PROCESO DE GRADO

Dr. Giovanni Alexander Polanco

Dra. Berenice Guadalupe Hernández

AGRADECIMIENTOS

“Expreso mi más sincero agradecimiento en primer lugar a mi mamá Blanca Martínez quien desde el principio de mi vida ha sido mi sostén y me ha acompañado incansablemente en cada etapa, en cada lágrima, en cada desvelo y en cada alegría; a mi padre, Celso Rivera quien con sus manos fuertes ha trabajado toda su vida por mi bienestar, quien encontró el arte en ser mecánico y trajo el sustento para que yo pudiera estudiar.

A mis hermanos, Kenneth y Kevin quienes fueron un modelo extraordinario a seguir, que aunque crecieron primero, sujetaron mi mano para traerme hasta aquí y además, junto con Xenia y Yeni, sus amadas esposas, me otorgaron el precioso regalo de ser tía de Eduardo, Camila y Diego a quienes voy a cuidar siempre que la vida me lo permita y que desde su nacimiento fomentaron el sueño de convertirme pediatra, siendo este el primer escalón para lograrlo.

A David, el amor de mi vida, quien con su paciencia, apoyo constante y amor incondicional me acompañó en cada reto y ahora celebra conmigo cada logro.

Como no dedicar palabras a mis apreciables amigas y compañeras de tesis, Karla y Cristabel con quienes compartimos inmensidad de experiencias desde el principio de nuestras carreras y que ahora, todo el esfuerzo conjunto ha llegado a su fin, solo puedo decirles: Lo logramos.

Agradezco al personal de la USI Lourdes por brindar las facilidades necesarias para llevar a cabo nuestro proceso de investigación. A las mujeres que participaron en la encuesta, por su confianza y por compartir sus experiencias. Sin su participación, este trabajo no habría sido posible.

Mención especial a la Dra. Elena Polanco por su orientación, acompañamiento con amor, mucha paciencia y por brindar de forma desinteresada su conocimiento como una pieza fundamental en el desarrollo del mismo. Con amor.”

Ashly Rivera

AGRADECIMIENTOS

“A Dios, por ser mi guía y mi fortaleza en cada paso. Sin Él, nada habría sido posible”

Este triunfo se lo dedico, antes que a nadie, a mi mamita Enma. Ella fue la razón por la que decidí esta carrera; el Alzheimer fue borrando sus recuerdos, y yo fui testigo de cómo mi mamá luchaba sola contra ello. Mi abuela encendió mi vocación y hoy cumplo la promesa que un día hice en silencio: dedicar mi vida a ser alivio para otros, luchar por mis pacientes con el mismo amor con el que mi mamá lo hizo y dar siempre lo mejor de mí. Hoy le honro cumpliendo aquello que un día me juré.

A lo largo de mi vida tuve la dicha de contar con personas que jamás me soltaron la mano, que me aguantaron y me impulsaron cuando sentía que no podía más. Este triunfo no es solo mío: es de todos ustedes, que han sido mi fuerza, mi refugio y mi inspiración.

A mi mamá, Adalin, por ser la mujer más fuerte, amorosa, paciente y entregada que conozco. Mamá, eres el pilar de mi vida, el ejemplo de entrega y amor incondicional. Gracias por soportar mis caprichos, mis arranques y mis miedos, siempre con paciencia. Todo lo que soy te lo debo a vos; por enseñarme a no rendirme, por darme alas y, al mismo tiempo, ser siempre mi hogar. Siempre me diste todo, incluso aquello que no merecía.

A mi papá, Santiago, porque me enseñaste a caminar con los pies firmes y con la mirada en alto. Papá, eres el ejemplo constante de trabajo, esfuerzo y nobleza, sé que cada uno de mis logros también es tuyo. Tu paciencia, tus consejos y tu amor han sido la brújula en mi camino. Gracias por ser mi guía, por enseñarme a trabajar con humildad y constancia, y por recordarme siempre que lo importante no es llegar rápido, sino llegar con dignidad.

A mi hermano, Néstor, que ha sido y seguirá siendo mi mas grande orgullo. Siempre he dicho que deseo ser al menos la mitad de increíble como lo eres vos. Tu ejemplo como profesional y como ser humano me inspiran a diario, y tenerte como mi hermano ha sido uno de los regalos más valiosos que me ha dado la vida. Gracias porque tu presencia me recuerda y me muestra con hechos que los sueños sí se pueden cumplir y se alcanzan con disciplina, pasión y fe, y que la excelencia no es un lugar al que se llega, sino una forma de vivir.

A mi amor, Gustavo, por caminar conmigo en este proceso y recordarme siempre de lo que soy capaz. Tu apoyo que me da calma en medio del caos, tu paciencia que me enseña a creer en mí, y tu fe que me han sostenido en los momentos más duros. Gracias por inspirarme con tu vocación y por ser más que mi mejor amigo y compañero: mi hogar y mi impulso para seguir adelante.

A mi hermana del alma, Ashly, que aunque no lo digan los papeles, nuestra amistad nos ha enseñado que los lazos verdaderos no dependen de la sangre, sino del corazón. Gracias por estar conmigo en esta travesía académica y en la vida, no solo por ser mi mejor amiga, mi colega y compañera sino también siendo parte esencial de este logro. Este triunfo es tuyo y mío, porque como todo lo demás, lo hemos construido juntas, con desvelos, lágrimas y risas que hoy se convierten en una victoria compartida.

A mi mejor amiga, Karla, el regalo más grande que me dio la universidad. Gracias por cada consejo, por el hombro cuando más lo necesite, por las risas que aliviaron el cansancio, por acompañarme no solo en la vida universitaria sino también en este último gran reto: nuestra tesis. Gracias por cada noche de desvelo, por cada momento de estrés compartido y por convertir esta etapa en un camino más ligero con tu compañía. Este triunfo lo celebramos juntas, porque sin vos, nada hubiera sido igual.

A mis mejores amigos de toda la vida, Jeniffer y Andrés, quienes han sido mi lugar seguro y mi alegría desde siempre, a mi lado han sido uno de los regalos más grandes que la vida me ha dado, y este logro también es suyo porque siempre creyeron en mí, incluso en mis silencios. Gracias por escucharme cuando ya no podía más, por hacerme reír en los momentos más grises, por recordarme siempre quién soy cuando lo olvidaba y por soñar conmigo despierta y hacerlo realidad.

A mi amada, Dra. Elena Ruth Polanco de Bonilla, nuestra asesora, por cada palabra de ánimo, por la calidez transmitida en cada encuentro y por enseñarnos que el conocimiento también se comparte con amor. Gracias por darnos seguridad en cada paso y por regalarnos su apoyo y amistad sincera.

Al Dr. Mario Quezada, director de la USI Lourdes, donde tuve el honor de realizar mi tesis y año social. Gracias por abrirme las puertas de la unidad con disposición, por brindarme un espacio para crecer profesionalmente, y un ambiente donde pude sentir confianza y respaldo. Gracias por sus palabras de aliento, por estar presente en los momentos en que necesitaba apoyo y por enseñarme, con su ejemplo, que dirigir también es saber inspirar. Haber contado con su confianza me dio la seguridad para dar lo mejor de mí cada día.

A la Dra. Verónica Recinos, mi cómplice en los días más difíciles, la calma que tanto necesité en medio del estrés. Gracias por escucharme, por su paciencia infinita para explicarme cada duda y por creer en mí incluso cuando yo misma dudaba. Gracias por su trato humano, por su apoyo sincero y por regalarme siempre una sonrisa aun en los días más cargados. Encontrar en usted una guía y un refugio en medio de este camino ha sido uno de los mayores regalos que me deja esta etapa.

Finalmente, cierro estos agradecimientos con el corazón lleno de gratitud. Hoy despido esta etapa con la certeza de que cada sacrificio valió la pena, y que el mejor homenaje que puedo darles es ejercer mi profesión con la misma pasión con la que soñé todo este tiempo. Siempre con amor - Cristabel Aldana.”

AGRADECIMIENTOS

“De manera especial, agradezco a mis padres. A mi mamá, Jeannette, quien estuvo presente todos los días, siendo mi más grande apoyo; su comprensión, paciencia y amor hicieron que mis días fueran un poco más fáciles. A mi papá, Carlos, quien creyó en mí y me dio paz incluso cuando atravesaba momentos difíciles, haciéndome saber que, sin importar el resultado, siempre estaría para apoyarme y darme ánimos.

A mis hermanos, Gerardo y Adriana, quienes siempre estuvieron pendientes y, cada vez que me veían caer, con una risa o una conversación divertida lograron darme la fuerza necesaria para seguir adelante.

A mi mejor amiga, Cristabel, con quien, además de compartir esta última etapa de la tesis, ha sido luz en mi vida desde el segundo uno de nuestra amistad; ha sido mi soporte, guía y maestra cada vez que lo he necesitado. Qué afortunada he sido por tenerla. Ojalá la vida nos regale más vida para seguir creando recuerdos increíbles juntas porque cada risa, lágrima y gota de sudor ha valido la pena a tu lado.

A Ashly, compañera de tesis y amiga, de quien solo tengo palabras de cariño y admiración. Infinitas gracias por la oportunidad de recorrer este último tramo del camino juntas, un tramo lleno de risas, enojos y, sobre todo, muchas ganas de dar lo mejor de nosotras mismas.

A María Paz, quien, a pesar de la larga distancia que nos separa, ha sido parte fundamental de este proceso. Casi diez años de amistad, con altos y bajos, en los que siempre hemos estado la una para la otra. Gracias por ser mi hombro para llorar cuando lo he necesitado y por celebrar cada uno de los pasos que he dado.

Y finalmente, a la Dra. Elena Ruth Polanco, quien, además de ser nuestra asesora de tesis y maestra, ha sido una mano amiga y confidente en las adversidades que hemos enfrentado. Sin ella, su apoyo y sus enseñanzas, esto no habría sido posible.

Karla Alfaro.

Tabla de contenido

I. Resumen.....	1
II. Introducción.....	2
III. Objetivos.....	3
3.1. Objetivo general.....	3
3.2. Objetivos específicos.....	3
IV. Marco teórico.....	4
4.1 Generalidades.....	4
4.2 Tipos de métodos anticonceptivos.....	5
4.2.1. Anticonceptivos hormonales.....	5
4.2.2 Métodos no hormonales reversibles.....	8
4.2.3 Métodos no hormonales permanentes.....	10
4.3 Factores sociales 1, 7, 48.....	11
4.3.1 Edad.....	12
4.3.2 Aprobación de la familia o pareja 24.....	12
4.3.3 Escolaridad.....	12
4.3.4 Accesibilidad.....	12
4.4 Factores culturales.....	13
4.4.1 Perspectiva de género.....	13
4.4.2 Creencias religiosas.....	14
4.4.3 Mitos.....	15
4.5 Factores de salud.....	16
4.5.1 Estado de salud y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).....	16
4.5.2 Consejería clínica pre gestacional.....	17
4.5.3 Efectos secundarios y riesgos anticonceptivos.....	18
4.5.4 Accesos de servicios de salud y asesoramiento médico.....	18
4.5.5 Enfermedades de transmisión sexual (ETS).....	19
4.5.6 Impacto psicológico y emocional.....	19
4.5.7 Políticas de salud reproductiva en El Salvador.....	19
V. Hipótesis del trabajo.....	20
VI. Diseño metodológico.....	21
6.1 Tipo de estudio.....	21
6.2 Área de estudio y período de investigación.....	21
6.3 Universo y muestra:.....	21
6.4 Definición de variables.....	22
6.5 Operacionalización de las variables:.....	23
6.6 Plan de recolección de datos.....	27
6.6.1 Fuentes de información.....	27
6.6.2 Técnicas de obtención de información.....	27

6.6.3 Herramientas de obtención de información.....	27
6.7 Plan de procesamiento, presentación y análisis de información.....	28
VII. Consideraciones éticas.....	29
7.1 Clasificación de la investigación.....	29
7.2 Privacidad y confidencialidad.....	29
7.3 Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos.....	29
7.4 Consentimiento.....	29
7.5 Compartimiento de beneficios.....	29
VIII. Resultados.....	30
IX. Discusión.....	41
X. Conclusiones.....	44
XI. Recomendaciones.....	45
XII. Referencias bibliográficas.....	47
XIII. Anexos.....	54
Anexo 1.....	54
Anexo 2.....	55
Anexo 3.....	58

I. Resumen

La presente investigación se centró en identificar los factores socioculturales y sanitarios asociados a la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres de 18 a 30 años usuarias de la Unidad de Salud Intermedia de Lourdes en El Salvador, durante febrero a julio de este año. El estudio parte de que, a pesar del incremento en el uso de anticonceptivos en el país, persisten barreras que dificultan su utilización, principalmente de origen religioso, sanitario, informativo y social. Los objetivos se orientaron a clasificar dichos factores en tres grupos: sociales, culturales y sanitarios.

La metodología fue de tipo cuantitativa, transversal y descriptiva, utilizando como instrumento una encuesta estructurada aplicada a una muestra aleatoria simple de 202 mujeres. Los datos se obtuvieron por cuestionario cerrado, y fueron procesados con métodos de estadística descriptiva en herramientas informáticas.

Los resultados mostraron que el 42.6% de las mujeres utilizaba métodos anticonceptivos, a pesar de que el 96.5% manifestó aceptación hacia su uso, lo cual evidencia una brecha significativa entre actitud y práctica. Los factores sociales, como la edad, el estado civil, los ingresos y la escolaridad no fueron determinantes, ya que el 94% posee educación, lo que debería favorecer la comprensión; sin embargo, persisten obstáculos como la falta de apoyo de la pareja (36.6%). En el ámbito cultural, el 75.3% practicaba alguna religión, influyendo en la decisión. En cuanto a los factores sanitarios, un 67.3% reportó haber recibido información, aunque casi la mitad la consideró insuficiente.

En conclusión, aunque existe alta aceptación teórica, persisten barreras sociales, culturales y sanitarias que limitan su uso real, resaltando la necesidad de fortalecer la consejería y mejorar la accesibilidad.

Palabras clave: planificación familiar, métodos, factores sociales, factores culturales, factores sanitarios.

II. Introducción

Según el Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos, entre los años 2012 y 2022, cada año unas 10,000 mujeres aproximadamente comenzaron a usar métodos anticonceptivos modernos en el país. Sin embargo, el uso continuo y aceptado de estos métodos sigue condicionado por varios factores socioculturales. Entre ellos las creencias religiosas, la presión de la pareja o la familia, los mitos que aún se difunden, y los estigmas sociales. Además, los factores de salud como el acceso a los servicios, la calidad de la atención y el estado de salud de cada mujer.

La planificación familiar es un derecho fundamental que permite a las mujeres tomar decisiones libres y conscientes acerca de la reproducción, lo cual afecta directamente a su salud, autonomía y calidad de vida ^{1,2,14}. En El Salvador se han logrado avances importantes en cuanto a las leyes y el acceso a los métodos anticonceptivos aunque aún existen grandes desafíos, especialmente entre las mujeres jóvenes, para que estos métodos sean realmente aceptados y utilizados de forma adecuada y constante.

Está claro que no es suficiente con que los métodos estén disponibles. Para que realmente se usen y se respeten las decisiones de las mujeres, es necesario entender qué las motiva, qué obstáculos enfrentan y cómo perciben estas opciones.¹⁵ Esta necesidad se vuelve más evidente en comunidades como la que atiende la Unidad de estudio, donde interactúan múltiples factores sociales, culturales y sanitarios que afectan directamente las decisiones reproductivas.

Es por ello que bajo este contexto, la presente investigación tuvo como objeto describir los factores socioculturales y sanitarios asociados a la aceptación de los métodos de planificación familiar en las mujeres entre los 18 y 30 años atendidas en la Unidad de Salud de Lourdes. El estudio se basó en un enfoque cuantitativo para poder identificar patrones y tendencias aportando la evidencia a nivel local con el fin de entender el fenómeno desde una perspectiva integral.

III. Objetivos

3.1. Objetivo general

Describir los factores socioculturales y sanitarios asociados a la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres entre 18 y 30 años usuarias de la Unidad de Salud Intermedia de Lourdes, durante el periodo de febrero a julio de 2025.

3.2. Objetivos específicos

- Calcular la proporción de mujeres entre 18 y 30 años que utilizan actualmente métodos de planificación familiar en la Unidad de Salud Intermedia de Lourdes.
- Evaluar la influencia de los factores sociales en la aceptación de los métodos de planificación familiar en la población analizada.
- Determinar los factores culturales vinculados al uso de métodos de planificación familiar entre las mujeres participantes.
- Identificar los factores sanitarios vinculados a la aceptación de métodos de planificación familiar en las mujeres en estudio.

IV. Marco teórico

4.1 Generalidades

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la planificación familiar consiste en toda aquella información, los medios y métodos que permiten a las personas decidir si quieren tener hijos, el número de estos y los intervalos entre los nacimientos, incluyendo además los diferentes tipos de anticonceptivos desde métodos hormonales, no hormonales reversibles, no hormonales irreversibles y otros métodos no invasivos.^{15,16,17} La planificación familiar también incluye información sobre el embarazo voluntario, así como sobre el tratamiento de la infertilidad.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia define anticoncepción como la capacidad de la mujer para elegir cuántos hijos quiere tener y cuándo quiere tenerlos.¹² La anticoncepción es fundamental para la autonomía de la mujer, la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.

La OMS se encarga de promover la anticoncepción creando directrices basadas en la evidencia científica asegurándose de la seguridad y la prestación de servicios relacionados con los métodos anticonceptivos, garantizando que se respeten los derechos humanos mientras se cumplen los programas relacionados a la anticoncepción. También, la OMS desarrolla las normas de calidad y realiza la precalificación de productos anticonceptivos, ayuda a los países a adaptar y utilizar esos instrumentos para fortalecer las políticas y los programas concernientes a la anticoncepción.

La OMS participa activamente en el desarrollo de nuevas tecnologías, dirige y realiza investigaciones sobre la aplicación, a fin de ampliar el acceso a toda la población a los métodos anticonceptivos, a la información verídica y fortalecer la prestación de los servicios de anticoncepción.^{38, 41, 42}

4.2 Tipos de métodos anticonceptivos

Métodos hormonales ⁸:

- Métodos combinados que contienen estrógeno y progestágeno, se pueden administrar como píldoras, inyecciones, anillo vaginal o parche transdérmico.
- Métodos que contienen sólo progestágeno, se pueden administrar como píldoras, inyecciones, implantes, anillo vaginal o dispositivo intrauterino.
- Anticoncepción hormonal de emergencia que puede consistir en píldoras de levonorgestrel solo o en píldoras combinadas (Método de Yuzpe).

Métodos no hormonales reversibles ¹¹:

- Dispositivos intrauterinos.
- Anticonceptivos de barrera masculinos y femeninos
- Método de la amenorrea de lactancia.
- Métodos de abstinencia periódica temperatura basal; sintotérmico).

Métodos no hormonales permanentes

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria (esterilización) femenina.
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria (esterilización) masculina.

4.2.1. *Anticonceptivos hormonales*

- Anticonceptivos hormonales combinados orales

Son pastillas las cuales contienen dos tipos de hormonas, estrógeno y progestágeno. Estas actúan inhibiendo la ovulación y alterando el moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides de la vagina hacia el útero y con ello la fecundación. La mayoría de las pastillas son de tipo monofásico, es decir que contienen la misma dosis de estrógeno y progestágeno, pero también las hay bifásicas o trifásicas.

Su eficacia es de 1 embarazo de cada 1000 mujeres que usan las píldoras correctamente durante un año. Sin embargo, en el uso habitual el 6-8% de las mujeres puede embarazarse en el primer año de uso.^{11,27}

→ Anticonceptivos combinados inyectables mensuales

Son inyecciones que contienen 2 hormonas: estrógeno y progestágeno. Actúan de manera similar a los anticonceptivos orales. Este método anticonceptivo consiste en aplicar el contenido de un frasco por vía intramuscular. La primera dosis debe ser administrada en los primeros 7 días de ciclo menstrual o cuando se está seguro que la mujer no está embarazada. Luego debe aplicarse cada 30 días. Su eficacia es de 1 embarazo por cada 1.000 mujeres que usan la inyección correctamente durante un año. Sin embargo, en el uso habitual 3% de las mujeres pueden embarazarse en el primer año de uso.

→ Anillo vaginal combinado

Es un anillo de acetato de vinil etileno que contiene 2 hormonas, etonogestrel y etinilestradiol. Actúa de manera similar a los anticonceptivos orales. Este dispositivo se inserta en la vagina en los primeros 5 días del ciclo menstrual y se usa por 3 semanas consecutivas, retirándose el día 22 del ciclo, permaneciendo una semana sin anillo hasta repetir nuevamente el ciclo. En cuanto a su eficacia, menos del 1% de las mujeres que lo usan se embarazan. Sin embargo, en el uso habitual se estima que 6% a 8% de las mujeres pueden embarazarse en el primer año de uso.

→ Parche transdérmico combinado

El parche es un sistema anticonceptivo transdérmico que contiene norelgestromin y etinilestradiol. Actúa de manera similar a los anticonceptivos orales. El primer parche se coloca el primer día de ciclo y se usan durante tres semanas seguidas, cambiandolos una vez por semana, se permanece una semana sin parche hasta repetir nuevamente el ciclo. En cuanto a su eficacia, menos del 1% de las mujeres se embarazan.

→ Anticonceptivos hormonales de progestágeno solo

Son pastillas monofásicas que contienen progestágeno solo. Actúa de manera similar a los anticonceptivos orales, pero su principal efecto es el espesamiento del moco general.

Generalmente estas pastillas solo son utilizadas durante la lactancia, pero también se pueden usar si la mujer no está amamantando y desea utilizarlas. También puede ser usado por mujeres no embarazadas, si la mujer está en los primeros 5 días de ciclo, o si se está seguro que no está embarazada, al iniciar debe usar protección anticonceptiva adicional por 7 días con un método de barrera idealmente.

Su eficacia es de 1 embarazo de cada 200 mujeres que están amamantando y que las utilizan correctamente en el primer año de uso. Cuando la mujer no está lactando, del 6% al 8% puede tener un embarazo.

→ Inyectables progestágeno solo

Son inyecciones que contienen sólo progestágenos y se administran por vía intramuscular cada 3 meses. Su acción es inhibir la ovulación y provocar alteraciones en el moco cervical. La primera inyección debe ser aplicada en los primeros 7 días del ciclo, también se pueden usar si se está seguro que mujer no está embarazada. Posterior a su colocación, debe usar protección anticonceptiva adicional por 7 días. Su eficacia es de menos de 1 embarazo por cada 1000 mujeres que lo utilizan. Sin embargo, en un año de uso, en el uso habitual el 3% de las mujeres pueden tener un embarazo.

→ Implantes subdérmicos de progestágeno solo

Son una o dos varillas hechas de plástico especial que se colocan bajo la piel y que liberan pequeñas dosis diarias de progestágeno mientras se encuentre en uso. Con este método la mayoría de los ciclos son anovulatorios ya que inhibe la ovulación, pero su principal mecanismo de acción es el espesamiento del moco cervical. La inserción del implante debe realizarse durante los primeros 7 o 5 días del ciclo menstrual, pero también se pueden colocar si se está seguro que la mujer no está embarazada. Es importante mencionar que se debe usar protección anticonceptiva adicional por 7 días posteriores a su colocación. Su eficacia es de 1 embarazo por cada 1000 mujeres en el primer año de uso, es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces.

→ Anillo vaginal de progesterona

El anillo vaginal de progesterona fue diseñado para utilizarse sobre todo en el período de lactancia, este método busca proponer una alternativa a los progestágenos sintéticos orales. Este anillo prolonga el período de anovulación y amenorrea posparto impidiendo el embarazo.

El anillo es colocado en la vagina a partir de las 4 semanas posparto cuando la mujer está en lactancia exclusiva y amenorrea, se mantiene continuamente en la vagina y es reemplazado cada 3 o 4 meses por otro anillo mientras dura la lactancia o hasta que se cumpla un año posparto. Su eficacia durante la lactancia es alta con tasas acumuladas de embarazo de 0 a 1.5 embarazos por cada 100 mujeres.

→ Anticoncepción hormonal de emergencia

Es un método que consiste en usar píldoras anticonceptivas en dosis especiales para prevenir un embarazo después de una relación sexual donde no se utilizó anticoncepción. Su eficacia es de 1 a 3 embarazos por cada 100 mujeres. Son casi 100% efectivas si se toman en las primeras 24 horas.

4.2.2 Métodos no hormonales reversibles

→ Dispositivo intrauterino con cobre (DIU)

Es un dispositivo de cobre que se coloca de manera intrauterina para evitar el embarazo, afectando a los espermatozoides, matándolos o disminuyendo su movilidad, además de alterar el moco cervical y la motilidad de las trompas. Se inserta durante los primeros 7 días del ciclo menstrual. Puede ser colocado sin menstruación si se está seguro de que no hay embarazo. El DIU no necesita protección anticonceptiva después de su inserción, se puede colocar después del parto o a las 4 semanas postparto o después de un aborto. Su eficacia varía según el tipo de DIU, para la TCU 380A este índice varía de 0,6-0,8% al 1.4%.

→ Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (T-LNG)

Se trata de un pequeño aparato de plástico similar al DIU pero que contiene una hormona llamada levonorgestrel.

Este dispositivo se coloca dentro del útero y puede durar hasta por 5 años. Aunque inhibe la ovulación, su principal mecanismo de acción es el espesamiento del moco cervical. Puede insertarse durante los primeros 7 días del ciclo menstrual, pero también puede ser colocado sin menstruación si se está seguro que la mujer no está embarazada, si este es el caso, se necesita protección anticonceptiva o abstinencia sexual por 7 días. Su índice de fracaso es de 0.2%.

→ Condón masculino

Es una delgada funda de látex usada por el hombre para cubrir el pene. Existen de diferentes tipos, algunos son lubricados con espermicida o con otro tipo de lubricante y hay otros que no tienen lubricante. El condón masculino o preservativo impide que el hombre eyacule el semen dentro de la vagina. Su eficacia es de 2 embarazos por cada 100 mujeres cuyas parejas usan el condón masculino durante un año de manera correcta. Hay una posibilidad del 15% de que este método falle, es decir, en su uso habitual pueden embarazarse 15 mujeres de 100.

→ Condón femenino

Es una manta cilíndrica de un plástico fino y resistente, lubricada con dimeticona, contiene dos anillos flexibles, uno interno y móvil que permite su inserción y otro externo y fijo que queda colocado fuera de la vagina. Funciona como una barrera para los espermatozoides eyaculados, impidiendo que entren en contacto con la vagina. Su eficacia, cuando el uso es correcto y consistente, es 5 embarazos por cada 100 mujeres durante un año.

→ Diafragma

Es una membrana hecha de látex con un borde en forma de anillo, flexible, que debe ser colocado dentro de la vagina, con la precaución de cubrir el cuello del útero. Debe colocarse en todas las relaciones sexuales. Puede ser colocado inmediatamente antes de la relación sexual, o algunas horas antes, o usarlo continuamente, retirándose una vez por día para lavarlo. Su eficacia, con un uso correcto y consistente, es de 6 embarazos por cada 100 mujeres durante un año.

→ Espermicidas

Son productos químicos que pueden presentarse como jaleas, cremas, espumas u óvulos que se colocan dentro de la vagina y se encargan de matar o inmovilizar a los espermatozoides, para que no puedan ingresar al útero. Su eficacia, con un uso correcto y consistente, es de alrededor de 18 embarazos por cada 100 mujeres.

→ MELA (método de la amenorrea de la lactancia)

Es un método usado en los primeros 6 meses de post parto, por mujeres que están con lactancia exclusiva, y en amenorrea. Es el único método considerado natural porque durante el período de lactancia, la mujer tiene un período de infertilidad que puede durar desde dos meses a dos o más años ya que inhibe la ovulación y prolonga la amenorrea y altera los primeros ciclos menstruales. Su eficacia tiene un índice de fracaso es de 0.5%, es decir, de 200 mujeres una mujer podría embarazarse.

→ Método de abstinencia periódica

Los métodos de abstinencia periódica tratan de reconocer los signos y síntomas que se asocian a los períodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad. Se tratan de identificar del período fértil y le permite a la mujer saber cuál es el período en que no deberá tener relaciones sexuales vaginales si quiere evitar un embarazo y usar los períodos infértiles para la actividad sexual. Su eficacia tiene una gran variabilidad en el índice de falla de entre el 3% y el 20%. Esto significa que de cada 100 parejas usando estos métodos durante un año, 3 a 20 mujeres tienen la posibilidad de embarazarse.

4.2.3 Métodos no hormonales permanentes.

→ Esterilización quirúrgica femenina o ligadura de trompas

Es una cirugía en la cual las Trompas de Falopio son ligadas y a veces ligadas y cortadas. Este proceso puede realizarse además por coagulación unipolar o bipolar o clips que cierran las trompas para evitar que los espermatozoides se encuentren con el óvulo, impidiendo así el embarazo.

En cuanto a su eficacia tiene un índice de fracaso de alrededor de 0,5% en el tiempo total de uso, habiendo algunas diferencias entre las técnicas empleadas. Las técnicas de esterilización femenina más efectivas son la salpingectomía parcial después del parto y la coagulación unipolar o bipolar, la técnica menos efectiva es el uso de clips.

→ Esterilización quirúrgica masculina o vasectomía

Es una pequeña cirugía en la que se cortan los conductos deferentes de los testículos. Este método hace que el hombre no deje de eyacular pero el semen no contiene espermatozoides, evitando así que los espermatozoides se encuentren con el óvulo, haciendo casi imposible el embarazo. Tiene un índice de fracaso de 0,1% durante todo el período de uso. Es necesario usar un método anticonceptivo durante un tiempo después de realizado el procedimiento hasta que los espermatozoides que permanecen en las vesículas seminales, próstata y parte de los conductos deferentes sean totalmente liberados. ^{4, 12}

4.3 Factores sociales ^{1, 7, 48}

Los factores sociales se definen como fenómenos, eventos, agentes, hechos u otro tipo de elementos en una sociedad que influyen o afectan a subsistemas u otros fenómenos de la propia sociedad. En la planificación familiar, si bien se permite a las familias que puedan contar con metodologías que contribuyan a limitar su tamaño, para lograr una mejor distribución de los recursos que poseen, no deja de lado a la persona como un individuo, quien tiene todo el derecho de usar métodos anticonceptivos efectivos, tener una mejor salud sexual, un disfrute sexual sin riesgos y una mejor salud reproductiva.

Es por esto que, se involucra directamente con todos los elementos que forman parte de una sociedad como lo son la persona, la familia, las comunidades y los países, permitiendo insertar un concepto amplio de salud sexual y salud reproductiva.

4.3.1 Edad

Los factores individuales como la edad son importantes, por ejemplo, las adolescentes suelen rechazar los métodos anticonceptivos por miedo a ser juzgadas como "promiscuas" y otras los rechazan ya que afirman que los anticonceptivos son únicamente para mujeres mayores que ya no desean tener hijos. ¹⁹

4.3.2 Aprobación de la familia o pareja ²⁴

La desaprobación del núcleo familiar cercano como la pareja y otros familiares es un factor que afecta el uso de métodos anticonceptivos, se ha evidenciado que algunas mujeres en puerperio mencionaron que sus parejas desaprobaban el uso de métodos anticonceptivos y otras mencionan nunca haber tocado dicho tema con sus parejas por miedo a su reacción. Este dominio de las parejas sobre la mujer y la falta de autonomía de algunas mujeres para tomar sus propias decisiones con respecto a su salud reproductiva, son un factor que dificulta la adopción de la planificación familiar.

4.3.3 Escolaridad

Hay cierta relación entre la escolaridad y la aceptación de métodos de planificación familiar, puesto que se cree que mujeres que alcanzan estudios altos o superiores, eligen más planificar que las mujeres con nivel escolar básico o que no tienen nivel escolar. ^{1, 28}

4.3.4 Accesibilidad

No todas las mujeres tienen accesibilidad a métodos de planificación familiar y muchas veces es debido a que muchas personas no entienden la real importancia de la anticoncepción o no están de acuerdo y, por lo tanto, no se garantizan el acceso a la anticoncepción moderna a todos los grupos etarios; por ejemplo, existe restricción a grupos de adolescentes, o la falta de disponibilidad de anticonceptivos. La dificultad para el acceso a los servicios de salud se evidencia como un factor que interfiere para la anticoncepción, además las condiciones desfavorables de algunas unidades de salud les resulta una dificultad para acceder a un método anticonceptivo que deseen por falta de disponibilidad o materiales para colocarlo. ¹⁶

4.3.5. Desconfianza en el personal de salud

La desconfianza de la información que es proporcionada por el personal de salud puede influenciar en la decisión de aceptar o no un método anticonceptivo, ya sea por la falta de preparación de los proveedores de salud, recibir información incompleta o errónea. ¹

4.4 Factores culturales

La cultura es un conjunto de rasgos que caracterizan a un grupo de personas, y que incluye creencias, costumbres, tradiciones, lenguaje, entre otros. La experiencia de las mujeres en función del uso de anticonceptivos se ve directamente afectada por elementos culturales como los que se describen a continuación.

4.4.1 Perspectiva de género

Se percibe que la mujer casi siempre lleva la responsabilidad primordial, y a menudo única, de ocuparse del hogar y bienestar de los hijos. ⁵⁰ El género moldea la experiencia de la planificación familiar al determinar quién tiene acceso a la información pertinente a la salud reproductiva, quién tiene el poder de negociar el uso de anticonceptivos o de negarse a tener relaciones sexuales, quién decide escoger un método anticonceptivo, y quién controla los recursos económicos para obtener servicios. El concepto de género permite a las personas descubrir cómo son internalizadas las normas culturales, y cómo dirigen sus prácticas sociales. Utilizar el género como categoría de análisis permite identificar los determinantes psicosociales de actitudes y prácticas sexo-reproductivas que pueden perjudicar la salud. ^{30,42}

Es posible argumentar que en comunidades y grupos que siguen un modelo de género patriarcal, se observan tasas más elevadas de embarazos no planificados, así como de infecciones de transmisión sexual ligadas a la violencia de género.

Las expectativas de género impactan los comportamientos sexuales, y para lograr una mayor efectividad en las estrategias de prevención, se debe prestar atención a cómo el género afecta el uso de métodos anticonceptivos, especialmente en los jóvenes.

4.4.2 Creencias religiosas

Los factores religiosos tienen el potencial de influir en el uso de la anticoncepción por parte de parejas de diferentes orígenes religiosos de maneras muy distintas. Dentro de las religiones, muchísimos estudios, artículos y hasta libros religiosos expresan sus limitaciones ante la aceptación del uso de métodos anticonceptivos.⁹ Las tres principales religiones monoteístas son el catolicismo, judaísmo e Islam; y todas tienen como característica en común que limitan el derecho de las mujeres a decidir sobre los embarazos. No todos interpretan las escrituras de la misma forma ni siguen las normas de los líderes al pie de la letra. Pero la religión sigue siendo una barrera, a veces tan intrínseca a la cadena de valores que resulta casi imperceptible.

Según la encíclica *Humanae Vitae* del Papa Pablo VI dentro del catolicismo, el uso de anticonceptivos solo lleva al goce egoísta, falta de respeto y abuso de la mujer. Y la esterilización o cualquier acción para hacer imposible la procreación están prohibidos. Para el Judaísmo los métodos anticonceptivos permitidos por la ley son aquellos que no dañan el espermatozoide ni impiden su destino. Estas son la píldora anticonceptiva y el DIU. La visión religiosa sobre el control de la natalidad se basa en dos principios: Es un mandamiento casarse y tener hijos.

Por otro lado, tenemos al Islam, la mayoría de los gobiernos de los países musulmanes legitiman y promueven la anticoncepción y la planificación familiar con el fin de superar el rápido crecimiento de la población. Sin embargo, este entusiasmo gubernamental se encuentra con resistencia por parte de la mayoría de los musulmanes debido a la creencia prevaleciente de que la anticoncepción está prohibida. El Corán no menciona explícitamente la anticoncepción.

El Hadiz, por otro lado, aprueba el método anticonceptivo de "coitus interruptus". En conclusión, la mayoría de las religiones proporcionan diferentes interpretaciones sobre su negativa al uso de anticonceptivos y no solo se manifiesta en las ideas de los líderes religiosos sino también en cómo afectan a las decisiones personales de los creyentes.

4.4.3 Mitos

Los mitos y los conceptos erróneos sobre la planificación familiar son un obstáculo para el uso moderno de anticonceptivos, por ejemplo, los informes exagerados sobre los efectos secundarios, los conceptos erróneos sobre los problemas de salud a corto o largo plazo y los estereotipos sobre las personas que practican la planificación familiar.²⁶ Tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo muchas mujeres perciben erróneamente que el uso de anticonceptivos orales es más peligroso que el embarazo. En un estudio de ocho países en desarrollo, entre el 50% y el 70% de las mujeres pensaban que el uso de la píldora planteaba riesgos considerables para la salud. Según un estudio realizado en Malí, muchas mujeres temían que la píldora y el inyectable pudieran causar infertilidad permanente. Un estudio cualitativo realizado en Kenia entre mujeres sexualmente activas de 15 a 25 años demostró que muchas mujeres tenían ideas erróneas sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos modernos (por ejemplo, infertilidad o daño al útero), pero pocas habían experimentado o conocían a alguien que hubiera experimentado un efecto secundario real (por ejemplo, aumento de peso).^{20, 26}

El personal de salud juega un papel importante en la transmisión del conocimiento y la resolución de las dudas, la poca o nula consejería sobre estos se ha asociado con una baja aceptación y uso de métodos. En cuanto a la aceptación, según una encuesta realizada en 2024 por la Universidad Francisco Gavidia (UFG) y la Asociación Farmacia Solidaria revela que el 90.8 % de los encuestados dice no utilizar fármacos anticonceptivos. No obstante, la respuesta podría estar motivada por los tabús que aún predominan en El Salvador.²⁷

La Encuesta de Pobreza Farmacéutica mide las dificultades en el acceso a medicamentos, pero también explora el uso de 20 tipos de fármacos, entre ellos anticonceptivos. El 5.1 % de la población encuestada dijo utilizarlos de forma recurrente, el 4.1 % aseguró que los usaba esporádicamente y el restante 90.8 % aseguró no consumirlos e incluso desconocerlos. De esta manera, el 88.94 % de las mujeres dijo no utilizar anticonceptivos.

Esta respuesta representó entre el 71 y el 98 % en los grupos de edad de 18 a 65 años. Los datos contrastan con los resultados de estudios como la Encuesta Nacional de Salud de 2021, donde el 53.6 % de las adolescentes y mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión, afirmaron que usan algún método anticonceptivo. El 52 % dijo utilizar métodos modernos.

4.5 Factores de salud

La salud reproductiva, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), no se limita únicamente a la ausencia de enfermedades, sino que también abarca el bienestar físico, mental y social en todos los aspectos que están relacionados con el sistema reproductivo. Este concepto reconoce el derecho que tienen las mujeres a recibir la información, acceder a los métodos anticonceptivos que sean seguros y eficaces, y a contar con servicios de salud que sean adecuados para poder tomar decisiones informadas sobre su vida reproductiva. Además, la salud reproductiva está estrechamente ligada al respeto de los derechos humanos, en especial al derecho a la autonomía corporal y a la igualdad de género. ²¹

4.5.1 Estado de salud y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

El estado de salud general de una mujer puede ser determinante a la hora de elegir un método anticonceptivo. Diversas condiciones como la diabetes, la hipertensión arterial, enfermedades del corazón, trastornos autoinmunes o problemas endocrinos pueden limitar el uso de ciertos métodos hormonales debido a los riesgos asociados a estos. Por ejemplo, en mujeres con diabetes, algunos anticonceptivos pueden afectar su eficacia o aumentar el riesgo de complicaciones vasculares. De igual forma, en casos de hipertensión, los anticonceptivos combinados pueden representar un riesgo adicional al incrementar la tensión arterial. ²⁷

Las mujeres que viven con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como lupus, epilepsia, fibromialgia o esclerosis múltiple requieren una consejería personalizada en la planificación familiar. Estas condiciones pueden alterar la seguridad o efectividad de ciertos métodos., lo que hace necesario un abordaje médico individualizado.

Por ejemplo, los anticonceptivos hormonales pueden interactuar con medicamentos antiepilépticos, disminuyendo su eficacia, o aumentar el riesgo de trombosis en mujeres con lupus. A pesar de ello, diversos estudios muestran que las mujeres con condiciones médicas preexistentes muchas veces reciben poco o ya sean ningún asesoramiento acerca de las alternativas anticonceptivas que sean más adecuadas para su situación respectiva, lo que puede llevar a decisiones mal informadas y aumentar el riesgo de embarazo no planificados. ¹⁸

La disponibilidad de los servicios de consejería especializada, tanto en hospitales como en las unidades de salud, es clave para poder asegurar que estas mujeres puedan acceder a una información confiable y a los métodos anticonceptivos seguros para su estado de salud.

4.5.2 Consejería clínica pre gestacional

La consejería pregestacional desempeña un papel fundamental en el cuidado de las mujeres que están considerando tener un embarazo, especialmente si estas presentan enfermedades crónicas. Este tipo de asesoramiento permite evaluar el estado de salud general, para poder identificar posibles riesgos durante la gestación y ajustar los tratamientos médicos con el fin de prevenir complicaciones. ²¹

En particular, mujeres con condiciones médicas como: diabetes, hipertensión, trastornos tiroides o enfermedades autoinmunes necesitan una orientación detallada sobre los cambios necesarios en su tratamiento antes de concebir. Un control adecuado de los niveles metabólicos y de la tensión arterial es importante para poder minimizar los riesgos tanto para la madre como para el feto. Además, debe incluirse información sobre la suplementación con el ácido fólico y otros micronutrientes, así como la necesidad de realizar controles médicos periódicos para monitorear la evolución del embarazo y la salud materna.

4.5.3 Efectos secundarios y riesgos anticonceptivos.

Una de las principales razones por las que muchas mujeres evitan el uso de métodos anticonceptivos hormonales es la presencia de efectos secundarios, como aumento de peso, cambios en el estado de ánimo, dolores de cabeza o alteraciones menstruales. La percepción de riesgo frente a estos efectos influyen significativamente en la decisión de iniciar o continuar con estos métodos.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de El Salvador (2020), un alto porcentaje de mujeres expresó preocupación por los efectos secundarios, identificándose como una barrera para su respectivo uso. Algunos métodos anticonceptivos también pueden aumentar el riesgo de trombosis en mujeres con antecedentes familiares o factores de riesgo cardiovascular. Además, ciertos métodos hormonales pueden alterar el equilibrio hormonal, afectando el estado de ánimo o salud metabólica. Por ejemplo, el uso prolongado de anticonceptivos inyectables como la medroxiprogesterona ha sido asociado con una disminución en la densidad ósea, lo cual podría representar un riesgo a largo plazo, especialmente en mujeres jóvenes.

Sumado a esto, persisten mitos y creencias erróneas sobre los posibles efectos adversos, lo que puede reforzar el rechazo a su uso. En este contexto, la educación y la consejería médica desempeñan un papel esencial para desmentir la información equivocada y para ofrecer a las mujeres datos confiables sobre los riesgos y beneficios reales de cada opción anticonceptiva.

4.5.4 Accesos de servicios de salud y asesoramiento médico

Contar con acceso a servicios de salud y orientación médica adecuada es clave para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas sobre la anticoncepción. En muchas comunidades, especialmente en las zonas rurales, la falta de servicios accesibles se convierte en un obstáculo importante. A esto se suma la necesidad del personal de salud capacitado y la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, factores que influyen directamente en su uso efectivo.³¹

4.5.5 Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Las mujeres que están expuestas a un mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual suelen optar por métodos de barrera, como los preservativos, que además de prevenir embarazos también protegen contra infecciones. El uso exclusivo de métodos hormonales, sin una protección adicional, puede incrementar el riesgo de adquirir ETS. Es por eso, que la OMS recomienda el uso dual, es decir, la combinación de métodos hormonales y de barrera, como una estrategia integral de protección.²²

4.5.6 Impacto psicológico y emocional

La salud mental también influye en las decisiones reproductivas en las mujeres, Trastornos como la ansiedad o la depresión pueden incidir en la elección, el abandono o la continuidad en el uso de los métodos anticonceptivos. Algunas mujeres perciben que los anticonceptivos hormonales empeoran su estado emocional, lo que puede llevarlas a suspender su uso.^{25,48}

4.5.7 Políticas de salud reproductiva en El Salvador

El Salvador cuenta con programas de salud reproductiva orientados a mejorar el acceso a métodos anticonceptivos. Sin embargo, aún existen desafíos importantes que están relacionados con su distribución y aceptación, en gran parte por barreras culturales y religiosas.

Aunque la Ley de Salud Sexual y Reproductiva garantiza el acceso universal a estos métodos, su implementación efectiva enfrenta obstáculos que deben ser atendidos para garantizar que todas las mujeres puedan ejercer plenamente sus derechos.

V. Hipótesis del trabajo

Hipótesis general:

Existe una diferencia significativa en la aceptación de métodos de planificación familiar según los factores socioculturales y sanitarios en mujeres entre 18 y 30 años usuarias de la Unidad de Salud Intermedia de Lourdes.

Hipótesis específicas:

- 1. Las mujeres con mayor nivel educativo presentan mayor frecuencia de aceptación de métodos anticonceptivos.*
- 2. Las mujeres con creencias culturales restrictivas muestran menor frecuencia de aceptación de métodos anticonceptivos.*
- 3. Las mujeres con mayor acceso a servicios e información presentan mayor frecuencia de uso de anticonceptivos.*

VI. Diseño metodológico

6.1 Tipo de estudio

El presente estudio se enmarca dentro de un *enfoque cuantitativo* con alcance descriptivo, orientado a identificar, medir y extraer los factores sociales, culturales y sanitarios que se asocian a la aceptación o rechazo de los métodos de planificación familiar en mujeres de 18 a 30 años usuarias de la Unidad de Salud Intermedia de Lourdes en el periodo de febrero a julio de 2025.

Este enfoque permitió recopilar datos objetivos y cuantificables a través de instrumentos estructurados con el fin de establecer frecuencias, proporciones y asociaciones estadísticas que contribuyan a una comprensión más precisa del fenómeno en estudio sustentando los hallazgos con la bibliografía consultada.

El estudio es de tipo *transversal*, ya que la información se recopiló en un solo momento de tiempo sin realizar seguimientos longitudinales.

6.2 Área de estudio y período de investigación

El estudio fue realizado en la Unidad de Salud Intermedia de Lourdes en el periodo comprendido de febrero a julio de 2025.

6.3 Universo y muestra:

El universo fue conformado por todas las mujeres de 18 a 30 años que fueron atendidas en esa unidad de salud durante el período descrito.

El tamaño de la muestra se determinó mediante un muestreo aleatorio simple probabilístico utilizando la fórmula para proporciones conocidas en poblaciones infinitas:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$$

Donde:

- $Z = 1,96$ (Nivel de confianza 95%)
- $p = 0,5$ (Prevalencia no conocida)
- $q = 0,5$ ($1-p$)
- $e = 0,069$ (Margen de error)

Con lo que, se calculó una muestra de 202 mujeres que además cumplían los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Mujeres entre los 18 y 30 años.
- Usuarias de la Unidad de Salud Intermedia Lourdes.
- Que hayan recibido información o utilizado algún método de planificación familiar.
- Que otorguen su consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Mujeres fuera del rango de edad establecido.
- Mujeres que no hayan recibido información ni utilicen un método anticonceptivo.
- Que no sean usuarias de la Unidad de Salud Intermedia Lourdes.
- Que no otorguen su consentimiento para participar en el estudio.

6.4 Definición de variables

Variable dependiente:

- Métodos de planificación familiar.

Variables independientes:

- Factores sociales.
- Factores culturales.
- Factores de salud.

6.5 Operacionalización de las variables:

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Técnica de recolección	Unidad de medida	Instrumento
<p>Calcular la proporción de mujeres entre 18 y 30 años que utilizan actualmente métodos de planificación familiar en la Unidad de Salud Intermedia de Lourdes.</p>	<p>Uso actual de métodos de planificación familiar.</p>	<p>Se refiere a las mujeres que actualmente usan algún método de planificación familiar.</p>	<p>Se evaluaron mediante una encuesta estructurada para conocer la decisión actual de las usuarias respecto al uso de los métodos de planificación familiar.</p>	<p>Proporción de mujeres que usan métodos de planificación familiar.</p>	<p>Encuesta estructurada</p>	<p>Proporción (%)</p>	<p>Cuestionario cerrado (Sección I)</p>

<p>Evaluar la influencia de los factores sociales en la aceptación de los métodos de planificación familiar en la población analizada.</p>	<p>Factores sociales</p>	<p>Son las condiciones sociales del entorno en las que las mujeres nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen.</p>	<p>Se evaluaron mediante una encuesta estructurada dirigida a obtener características sociodemográficas, accesibilidad y redes de apoyo en la población en estudio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo • Estado civil • Nivel socioeconómico • Influencia de la pareja/familia 	<p>Encuesta estructurada</p>	<p>Nivel de escolaridad: (Ninguno, Primaria, Secundaria, Universitaria)</p> <p>Estado civil: Soltera, Casada, Unión libre</p> <p>Nivel socioeconómico: Bajo, Medio, Alto.</p> <p>Influencia de la pareja/familia: Percepción: Alta/Media/Baja</p>	<p>Cuestionario cerrado (Sección II)</p>
--	--------------------------	--	---	--	------------------------------	---	--

<p>Determinar los factores culturales vinculados al uso de métodos de planificación familiar entre las mujeres participantes.</p>	<p>Factores culturales</p>	<p>Son aquellos aspectos de la sociedad que influyen en las creencias, prácticas, valores y comportamientos de las mujeres, lo que a su vez afecta su salud.</p>	<p>Se evaluaron mediante preguntas en la misma entrevista estructurada con la intención de obtener respuestas sobre las creencias personales y del entorno de las mujeres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias religiosas • Percepción sobre los métodos de planificación familiar 	<p>Encuesta estructurada</p>	<p>Tipo de creencia (católica, evangélica, otra)</p> <p>Opinión categórica (Positiva/Negativa)</p>	<p>Cuestionario cerrado (Sección III)</p>
---	----------------------------	--	--	--	------------------------------	--	---

<p>Identificar los factores sanitarios vinculados a la aceptación de métodos de planificación familiar en las mujeres en estudio.</p>	<p>Factores sanitarios</p>	<p>Son los elementos que influyen en el estado de salud de las mujeres y las poblaciones</p>	<p>Se evaluaron mediante preguntas en la misma entrevista estructurada y además se creó una guía para la revisión documental para recopilar información sobre los antecedentes médico-ginecológicos de las usuarias, el uso de los servicios en salud y la calidad de las atenciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Acceso a servicios de planificación familiar ● Información sobre métodos anticonceptivos ● Condiciones médicas 	<p>Encuesta estructurada y Observación estructurada</p>	<p>Frecuencia de uso (Regular/Ocasional/Nunca)</p> <p>Nivel de información: (Alto/Medio/Bajo)</p> <p>Diagnóstico médico (Sí/No)</p>	<p>Cuestionario cerrado (Sección IV)</p>
---	----------------------------	--	---	--	---	---	--

6.6 Plan de recolección de datos

6.6.1 Fuentes de información

Fuentes primarias:

- Encuestas estructuradas.
- Observación directa.

6.6.2 Técnicas de obtención de información

Para la recolección de datos se utilizaron técnicas cuantitativas como:

- Encuestas estructuradas: se realizaron encuestas individuales a las participantes para determinar la aceptación o rechazo de los métodos de planificación familiar mediante la identificación de los factores socioculturales y sanitarios previamente definidos en el instrumento.

6.6.3 Herramientas de obtención de información

- Cuestionario cerrado: Es el instrumento que se utilizó para identificar la presencia o ausencia de determinados factores de forma clara y medible. Las respuestas se ubicaron dentro de categorías policotómicas y tipo Likert que facilitaron la clasificación de las variables y el análisis estadístico simple por medio de frecuencias o porcentajes.

6.7 Plan de procesamiento, presentación y análisis de información

El procesamiento de los datos, la presentación y el análisis de la información se desarrolló a través de métodos de estadística descriptiva y análisis comparativo, se utilizó como herramienta informática Kobo Collect a través del siguiente vínculo URL: <https://ee.kobotoolbox.org/x/7sdoqnbT> el cuál funcionó como formulario para facilitar la recolección de los datos, los cuales se extrapolan a una hoja de cálculo en excel donde se plasmaron en gráficos y tablas para la identificación de patrones con el fin de evidenciar las tendencias en la aceptación o rechazo de los métodos según los factores influyentes.

Dichos gráficos se construyeron dependiendo de la información recolectada: para las variables que contenían proporción de datos se utilizó la fórmula para la obtención de la misma: $Proporción (\%) = \frac{Frecuencia\ absoluta\ (f)}{Frecuencia\ total\ (ft)} \times 100$.

Además en las variables cuyas respuestas eran categóricas se realizaron tablas de frecuencia con medidas de dispersión como la frecuencia, además de moda para variables nominales, siendo esta última el valor que más se repita entre las respuestas.

En cuanto a la representación gráfica, para aquellas variables con proporción de datos se utilizaron gráficos de pastel y gráficos de barra simple para variables categóricas.

VII. Consideraciones éticas

7.1 Clasificación de la investigación

Se realizó un tipo de investigación sin riesgos. Se realizaron encuestas y entrevistas estrictamente anónimas para proteger la identidad de las participantes, además no se realizaron intervenciones físicas o psicológicas sobre las participantes por lo que no se verá afectada la integridad física o emocional de las mismas.

7.2 Privacidad y confidencialidad

La información obtenida por parte de las participantes es completamente privada y confidencial. Se protegió la identidad de las participantes en todo momento y se respetó su derecho a abstenerse en caso de no desear responder alguna pregunta.

7.3 Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos

Los datos fueron recopilados de las mujeres entre 18 a 30 años atendidas en la USI Lourdes en los meses de febrero a julio de 2025. La información recopilada es completamente anónima y no contiene información de carácter personal o privado. Los datos son resguardados y manejados únicamente por el equipo de investigación.

7.4 Consentimiento

Se proporcionó a cada participante un consentimiento informado donde se explicaban los objetivos del estudio y datos de interés siguiendo las guías internacionales de ética en investigación los cuales por motivos de confidencialidad son resguardados únicamente por el equipo investigador.

7.5 Compartimiento de beneficios

Esta investigación proporciona información valiosa sobre los factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar, se identifican los factores que influyen positiva o negativamente en la aceptación de éstos métodos, información que puede ser de utilidad al momento de diseñar estrategias o programas en beneficio de la población.

VIII. Resultados

Sección I

TABLA 1. USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Uso de métodos de planificación familiar	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Utilizan métodos anticonceptivos	86	42.57
No utilizan métodos anticonceptivos	116	57.43
Total	202	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

Se aplicó una encuesta a un total de 202 mujeres con el propósito de determinar la proporción de aquellas que utilizan métodos de planificación familiar. Según los resultados obtenidos, 116 mujeres manifestaron no emplear ningún método anticonceptivo, mientras que las 86 restantes indicaron que sí los utilizan. Esta cifra representa una proporción del 42.57% de uso de métodos de planificación familiar, calculada conforme a la fórmula previamente descrita. Dicho resultado permite dimensionar la magnitud del uso de métodos anticonceptivos en la población estudiada y constituye un punto de partida para el análisis de los factores asociados a esta decisión.

Sección II

TABLA 2. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LA EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

Medida estadística	Valor (años)
Media	25.93
Moda	25
Desviación estándar	3.15

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

De las mujeres encuestadas, se observó una edad media de 25.93 años, lo que indica que la edad promedio se situó en torno a los 26 años. Por otra parte, la moda correspondió a los 25 años, evidenciando que esta fue la edad más frecuente dentro de la muestra. Asimismo, se obtuvo una desviación estándar de 3.15 años, lo cual sugiere que la mayoría de las edades se concentraron en un rango aproximado de tres años por encima o por debajo del promedio.

TABLA 3. ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

Estado civil	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Soltera	136	67.33
Acompañada	42	20.79
Casada	23	11.39
Divorciada	1	0.50
Total	202	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

Como parte de los factores sociales que contempla el estudio se encuentra el estado civil debido a la influencia en las decisiones o conductas relacionadas con la aceptación de los métodos anticonceptivos, dicho esto, se observó que la mayoría de las encuestadas cuyo porcentaje fue de 67.33% lo que equivale a 136 mujeres que respondieron que están solteras, el 20.79% de ellas, es decir 42 mujeres, están acompañadas, les siguen 23 mujeres que reflejan 11.39% casadas y un pequeño porcentaje del 0.5% representado por una mujer que se encuentra divorciada.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO ACADÉMICO

Grado académico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguno	2	0.99
Entre primero y sexto grado	3	1.49
Entre séptimo y noveno grado	6	2.97
Educación técnica	15	7.43
Bachillerato	39	19.31
Universitario	136	67.33
Total	202	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

Con relación al grado académico de las mujeres encuestadas, se identificó que la mayoría poseía estudios universitarios, representando el 67.33% del total, equivalente a 136 mujeres. En segundo lugar, se ubicaron 39 mujeres con estudios de bachillerato (19.31%), seguidas por 15 mujeres con formación técnica, que corresponden al 7.43%. Estos tres niveles educativos representan en conjunto el 94.04% de la muestra, lo que evidencia que la población estudiada en su mayoría cuenta con educación media o superior. Por otro lado, el 5.96% restante (12 mujeres) indicó poseer únicamente educación básica.

Este resultado sugiere que la muestra presenta un perfil educativo predominantemente medio-superior, lo que podría asociarse con un mayor acceso a información formal y una mejor comprensión de los riesgos y beneficios relacionados con el uso de métodos anticonceptivos. No obstante, es importante señalar que el nivel educativo, aunque influye, no constituye por sí solo un determinante del uso efectivo de dichos métodos, ya que factores psicosociales, culturales y de acceso a servicios de salud también intervienen de manera significativa en la toma de decisiones.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN

Ocupación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Trabajo formal	105	51.98
Estudiante	58	28.71
Trabajo informal	20	9.90
Ama de casa	19	9.41
Total	202	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

Un factor social de relevancia en la elección de métodos de planificación familiar es la ocupación. En la población encuestada se determinó que 105 mujeres contaban con un trabajo formal, definido como una ocupación estable y con ingresos regulares, representando el 51.98% del total. En segundo lugar, 58 mujeres se encontraban realizando estudios, lo que correspondió al 28.71% de la muestra. Asimismo, 20 mujeres declararon desempeñar trabajos informales, equivalentes al 9.90%, y finalmente, 19 mujeres se identificaron como amas de casa, representando el 9.41% de las encuestadas.

Estos resultados permiten observar que más de la mitad de las participantes contaban con empleo formal, lo cual puede estar vinculado con una mayor estabilidad económica y acceso a servicios de salud, factores que a su vez influyen en la capacidad de elección y continuidad del uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, el grupo conformado por estudiantes, trabajadoras informales y amas de casa constituye un segmento relevante, ya que puede enfrentar limitaciones en el acceso o información sobre dichos métodos.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN SEGÚN INGRESO MENSUAL DEL HOGAR

Ingreso mensual del hogar (USD)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Menos de \$100	5	2.48
Entre \$100 y \$300	20	9.90
Entre \$301 y \$500	61	30.20
Más de \$500	93	46.04
Otros	23	11.39
Total	202	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

Respecto al ingreso mensual del hogar, de 202 mujeres, se evidencia que en un 46.04% lo que equivale a 93 mujeres reportaron ingresos superiores a \$500, mientras que el 30.2% que le sigue, lo cual son 61 mujeres perciben entre \$301 y \$500. Por otra parte, se observa que 23 mujeres respondieron a la categoría "otros" representando el 11.39%. Un 9.9% de las mujeres declaró ingresos entre \$100 y \$300. Por último, un 2.48% equivalente a 5 mujeres manifestaron ingresos menores a \$100.

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN SEGÚN APOYO DE LA PAREJA

Apoyo de la pareja	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí recibe apoyo	127	62.87
No recibe apoyo	74	36.63
No responde	1	0.50
Total	202	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

Respecto al apoyo de la pareja, de las 202 mujeres encuestadas, la mayoría que se posiciona con un 62.87% equivalente a 127 mujeres afirmaron contar con el apoyo de su pareja en la aceptación de los métodos de planificación familiar.

En contraste, el 36.63% indicó que no recibe apoyo para utilizarlos. Lo cual podría estar relacionado con el 57% de mujeres que según la primera tabla manifestaron que no utilizan ningún método. Del total de encuestadas, una mujer decidió abstenerse de responder.

Sección III

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRÁCTICA RELIGIOSA

Práctica religiosa	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí practica religión	152	75.25
No practica religión	47	23.27
No responde	3	1.48
Total	202	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

Como parte de los factores culturales que pueden influir en la aceptación de los métodos de planificación familiar se encontró que de las 202 encuestadas, el 75.25% de mujeres afirmó practicar una religión mientras que 47 mujeres representadas con el 23.27% indicaron no practicar ninguna. Por otra parte, 3 mujeres decidieron no responder.

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN PRACTICADA

Religión practicada	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Católica	93	46.04
Evangélica	49	24.26
Testigos de Jehová	2	0.99
Otras	7	3.47
Total (solo mujeres que practican religión)	152	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

Según esta tabla, de las 152 mujeres que respondieron que sí practican una religión se evidencia que predominan las tradiciones católica con el 46.04% que equivale a 93 mujeres y evangélica con 49 mujeres representando el 24.26%, 7 mujeres describieron pertenecer a otras religiones haciendo un 3.47% y hay un 0.99% que representa a 2 mujeres que son parte de los Testigos de Jehová.

Estas cifras permiten observar que una parte significativa de la población encuestada podría estar altamente influenciada por creencias religiosas lo que se asocia a que no utilizan métodos anticonceptivos, tal como indicó la tabla de la pregunta 1 con un 57% de mujeres que respondieron que no los utilizan.

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SU GRADO DE ACEPTACIÓN HACIA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Grado de aceptación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Totalmente de acuerdo	149	73.76
De acuerdo	46	22.77
En desacuerdo	4	1.98
Totalmente en desacuerdo	3	1.49
Total	202	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

El aspecto clave considerado en esta investigación es la aceptación hacia el uso de métodos anticonceptivos donde la gran mayoría con un 73.76% que equivale a 149 mujeres, manifestó estar totalmente de acuerdo con el uso mientras que 46 mujeres que representan el 22.77% estuvieron simplemente de acuerdo. Una pequeña parte conformada por 4 mujeres (1.98%) manifestaron estar en desacuerdo y 3 mujeres (1.49%) estaban totalmente en desacuerdo. Estos resultados teóricamente reflejan un porcentaje de aceptación bastante grande, sin embargo, al contrastarlo con los datos sobre el uso real de los métodos donde solo 42.57% (86 mujeres) reportó utilizarlos por lo que se evidencia una discordancia entre la aceptación y la práctica.

Sección IV

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA DE ENFERMEDADES O CONDICIONES DE SALUD

Enfermedad o condición de salud	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No presenta enfermedad	158	78.22
Sí presenta enfermedad	41	20.30
No responde	3	1.48
Total	202	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

Según esta tabla se observa que la gran mayoría de las participantes, 158 mujeres (78.22%), respondieron “No” a la pregunta sobre si padecían alguna enfermedad, mientras que 41 mujeres (20.3%) indicaron que sí presentaban alguna condición de salud. Estos datos reflejan que la población estudiada se caracteriza por un bajo nivel de comorbilidades, lo cual podría influir positivamente en la aceptación y uso de métodos anticonceptivos.

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD O CONDICIÓN DE SALUD REPORTADA

Tipo de enfermedad o condición de salud	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Diabetes mellitus	8	3.96
Hipertensión arterial	10	4.95
Enfermedad ginecológica	10	4.95
Otra	20	9.90
No responde / No especifica	154	76.24
Total	202	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

En el análisis de las mujeres que reportaron padecer alguna enfermedad, se identificó que la categoría “Otra” fue la más frecuente, con 20 mujeres (9.9%), lo que indica una diversidad de condiciones no especificadas entre las participantes. En segundo lugar, se encontraron las enfermedades ginecológicas y la hipertensión arterial, ambas con 10 mujeres (4.95%) cada una, seguidas por la diabetes mellitus, reportada por 8 mujeres (3.96%).

Estos resultados sugieren que, aunque la proporción de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes es baja, su presencia en mujeres en edad reproductiva puede condicionar la elección del método anticonceptivo, requiriendo consejería clínica más especializada.

Asimismo, la predominancia de la categoría “Otra” señala la necesidad de detallar en futuras investigaciones el tipo de condiciones referidas, para comprender mejor su posible impacto en la aceptación y uso de métodos de planificación familiar.

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN SEGÚN RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN O CONSEJERÍA POR EL PERSONAL DE SALUD

Recepción de información o consejería	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí recibió información	136	67.33
No recibió información	66	32.67
Total	202	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025

En relación con la información o consejería recibida sobre métodos anticonceptivos por parte del personal de la unidad de salud, 136 mujeres que reflejan el 67.33% señalaron que recibieron información, mientras que, las restantes 66 con el 32.67% respondieron que no recibieron esa información.

TABLA 14. DISTRIBUCIÓN SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

Información recibida	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Completamente clara y suficiente	72	52.94
Parcialmente clara y suficiente	59	43.38
No clara ni suficiente	4	2.94
Se abstuvo de responder	1	0.74
Total	136	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

De las 136 mujeres que afirmaron haber recibido información sobre los métodos de planificación familiar, el 52.94% conformado por 72 mujeres consideraron que la información recibida fue completamente clara y suficiente. 59 mujeres (43.38%) la calificaron como parcialmente clara y suficiente y solo 4 mujeres opinaron que la información no fue clara ni suficiente. Por otra parte, 1 mujer se abstuvo de responder.

Estos datos sugieren que, si bien una parte importante de las encuestadas ha recibido información, no todas recibieron información de calidad lo cual puede impactar en su decisión de utilizar un método de planificación familiar.

TABLA 15. DISTRIBUCIÓN SEGÚN PREOCUPACIÓN POR LOS EFECTOS SECUNDARIOS ASOCIADOS AL USO DE MÉTODOS.

Preocupación por efectos secundarios	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí les preocupa	174	86.14
No les preocupa	27	13.37
No respondió	1	0.49
Total	202	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

Respecto a la preocupación sobre los efectos secundarios asociados al uso de métodos de planificación familiar, de las 202 mujeres encuestadas, 174 (86.14%) manifestaron que sí les preocupa, mientras que 27 mujeres (13.37%) indicaron que no tienen esa preocupación. Una mujer optó por no responder a esta pregunta.

Este resultado evidencia que una gran mayoría de las mujeres perciben los efectos secundarios como un factor de riesgo o desconfianza lo que puede actuar como barrera para el uso real de anticonceptivos, aun cuando la aceptación general del estudio según la pregunta 9 refleja que el 73.76% está totalmente de acuerdo con el uso.

TABLA 16. DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACILIDAD DE ACCESO A LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR OFERTADOS EN LA UNIDAD DE SALUD DE LOURDES

Facilidad de acceso a los métodos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Tiene acceso fácilmente	122	60.40
Solo a veces tiene acceso	72	35.64
No tiene acceso	7	3.47
No respondió	1	0.49
Total	202	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos mediante encuesta, 2025.

Respecto al acceso a los métodos de planificación familiar ofertados en la unidad de salud de Lourdes, de las 202 mujeres encuestadas, 122 mujeres (60.40%) afirmaron que puede acceder fácilmente, 72 mujeres (35.64%) indicaron que solo a veces, 7 mujeres (3.47%) manifestó no tener acceso y una optó por no responder. Estos datos muestran que, si bien un porcentaje significativo reconoce tener acceso a métodos, un porcentaje considerable, más del 35%, indica que no es constante lo que podría crear una barrera para el uso real de los mismos.

IX. Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio dejan en evidencia que la aceptación de métodos de planificación familiar es un fenómeno complejo y multifactorial cuya aceptación e implementación de las usuarias se encuentra fuertemente influenciado por factores sociales, culturales y sanitarios. Dos puntos claves de este estudio los encontramos en el uso de los métodos de planificación familiar y la opinión de las usuarias ante el uso de métodos anticonceptivos, llama fuertemente la atención como un 73.3% de la población encuestada refirió estar totalmente de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos y un 22.8% que refirió estar de acuerdo representando un 96.1%, total de aceptación de su uso, sin embargo al correlacionar dichos datos con su uso únicamente un 42.6% de las mujeres hace uso de los métodos de planificación familiar, lo cual puede orientar a la existencia de obstáculos que permita aumentar el uso de dichos métodos.

Se estudió el nivel educativo de las mujeres encuestada, en total un 94% poseen un grado educativo medio-superior en un 94% de la población total, sin embargo a pesar de este número tan elevado de grado educativo y en contraste con la literatura que menciona que niveles educativos altos favorecen el uso y una adecuada adherencia a los métodos de planificación familiar. Se observa que la mayoría de las mujeres (57%) no usan métodos de planificación familiar. En cuanto a otros factores sociales, se destaca que la mayoría de las mujeres se encuentran solteras (67.3%), y un porcentaje igual de significativo se encuentra actualmente trabajando formalmente (52%), factores que hacen contraste al indagar sobre la opinión y el apoyo de las parejas ante el uso de métodos de planificación familiar ya que un 36.6% de las mujeres refirieron no contar con el apoyo de su pareja. Por años este factor ha sido decisivo en la toma de decisiones con respecto al uso de métodos de planificación familiar y se puede concluir que sigue siendo un factor de suma importancia en la decisión de iniciar y continuar con el uso de los métodos de planificación familiar.

Con respecto a los factores culturales, se observó que el 75.2% de las encuestadas practican alguna religión, principalmente católica (46.04%) o evangélica (24.26%), estos datos resultan importantes ya que en investigaciones similares se ha determinado que las prácticas religiosas influyen negativamente en el uso y aceptación de métodos de planificación familiar, factor que podría explicar más contradicción entre la aceptación de los métodos de planificación familiar y su uso de las mujeres.

En cuanto a los factores sanitarios, la mayoría de las mujeres (67.3%) refirió haber recibido información sobre planificación familiar, sin embargo un 43% de este porcentaje percibió que dicha información no fue clara ni suficiente, aunado al alto porcentaje de mujeres que manifestaron preocupación por los efectos secundarios (86.1%), esto podría ser decisivo en por qué las mujeres rechazan su uso a pesar de que un 60.4% refiere que tiene un acceso fácil a los métodos anticonceptivos.

Todos estos hallazgos demuestran que la aceptación y el uso de métodos de planificación familiar no dependen únicamente del nivel educativo o la información recibida, sino que es un fenómeno que interrelaciona factores sociales, culturales y sanitarios, es por esto que resulta importante que aparte de aumentar las oportunidades de la población de recibir educación formal, en las estrategias de promoción se debe trabajar en conjunto con familias, líderes religiosos y personal de salud para eliminar o disminuir todas estas barreras para que de esa manera se mejoren la demanda y accesibilidad de los métodos de planificación familiar.

Estos hallazgos guardan relación con investigaciones realizadas en otros contextos de América Latina y Centroamérica. Por ejemplo, en El Salvador se observó en otros estudios que, aunque la aceptación de la planificación familiar ha sido elevada, el uso real de los métodos mostró una brecha importante: entre 1993 y 2003 el porcentaje de mujeres que utilizaban anticonceptivos pasó del 53% al 67%, con un aumento más marcado en los sectores más pobres (de 33% a 52%), lo que evidencia que la aceptación no siempre se traduce en una práctica sostenida y que persisten barreras

sociales y culturales que limitan su uso efectivo (PRB, 2005). De manera similar, en regiones rurales de Guatemala se han documentado obstáculos como la oposición de la pareja, el temor a efectos secundarios y las creencias religiosas, factores que restringen el inicio o la continuidad de la anticoncepción aun en mujeres con conocimiento sobre los métodos (Coffey et al., 2017). Estos resultados coinciden con lo encontrado en nuestra investigación, donde a pesar de que el 96.1 % de las mujeres expresó estar de acuerdo con el uso de anticonceptivos, únicamente un 42.6 % los utiliza de forma activa. Asimismo, la falta de apoyo de la pareja (36.6 %) y la influencia de la religión (75.2%) se identifican como barreras similares a las reportadas en los estudios citados, lo que reafirma que la aceptación y el uso de métodos de planificación familiar son fenómenos complejos que dependen no solo de la información y del nivel educativo, sino también de factores socioculturales profundamente arraigados en la dinámica familiar y comunitaria.

X. Conclusiones

- La proporción de uso de los métodos de planificación familiar que se identificó fue de 42.6% en las mujeres entre 18 a 30 años usuarias de la Unidad de Salud Intermedia Lourdes que usan algún método de planificación familiar, lo que refleja un bajo número, esto en contraste con la aceptación de los métodos de planificación familiar la cual fue de 73.3%, sugiere que pese a que la opinión general sobre los métodos de planificación es positiva, aún existen barreras que dificultan su uso en las usuarias.
- Los factores sociales como la edad, estado civil, ingresos económicos, nivel educativo e influencia de la pareja resultan relevantes pero no determinantes, ya que pese al elevado porcentaje de mujeres que poseen educación media-superior (94%), lo que favorece el acceso y comprensión de la información así como la aceptación de los métodos de planificación familiar, el porcentaje de uso es bajo y esto puede deberse a que un 36.6% de las parejas no apoya el uso de métodos anticonceptivos.
- En cuanto a factores culturales, se determinó que el 75% de las mujeres practica alguna religión, predominantemente católica o evangélica, lo cual podría representar un obstáculo al momento de aceptar y usar un método de planificación familiar.
- Con respecto a los factores sanitarios, se identificó un 67.3% de las mujeres recibieron información sobre planificación familiar, lo que resulta preocupante puesto que significa que casi un 35% de las mujeres usuarias de la Unidad de Salud Intermedia Lourdes no ha recibido información sobre métodos de planificación familiar, además, de ese 67.3% de las mujeres que sí recibieron información, un 43% refiere que la información no fue clara ni suficiente, sumado a la alta preocupación por los efectos secundarios (86.1%), podría explicar el porqué las mujeres rechazan el uso de los métodos de planificación familiar aún cuando un 60.4% considera tener un fácil acceso a ellos.

XI. Recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos se puede determinar que con el fin empoderar a las mujeres para que sean ellas las que decidan libre e informadamente sobre su salud reproductiva y maternidad:

- Se sugiere fortalecer los programas de educación sexual y consejería personalizada, así como garantizar el acceso continuo y de calidad a métodos anticonceptivos, dado que un 35 % de las mujeres no ha recibido información sobre planificación familiar, y un 43 % de las que sí la recibieron la perciben como insuficiente, es necesario mejorar la cobertura, claridad y pertinencia de la información brindada.
- Abordar las barreras culturales y religiosas, considerando que un 75 % de las mujeres practica una religión, se recomienda implementar estrategias de educación y sensibilización que sean culturalmente pertinentes y respetuosas de la diversidad religiosa.
- Involucrar a la pareja y la familia en los procesos de consejería dado que un 36.6 % de las mujeres no cuenta con el apoyo de su pareja para usar métodos de planificación familiar, es importante fomentar espacios de consejería conjunta y diálogo de pareja, siempre respetando la autonomía de la mujer, esta medida busca reducir la influencia negativa de la pareja en la decisión reproductiva.
- Garantizar acceso oportuno y continuo a los métodos de planificación familiar, aunque un 60.4 % de las usuarias refiere tener acceso fácil, aún persisten dificultades relacionadas con continuidad, disponibilidad y seguimiento, se recomienda asegurar el abastecimiento de métodos, reducir tiempos de espera y reforzar el acompañamiento mediante recordatorios, seguimiento telefónico o digital, y manejo de efectos adversos.

- Mejorar la seguridad y pertinencia de en la elección del método, ante la preocupación del 86.1 % de las usuarias sobre efectos secundarios, es necesario aplicar un triage clínico con listas de verificación para identificar comorbilidades y contraindicaciones; priorizar métodos con mejor perfil de seguridad cuando corresponda.

- Fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación mediante la implementación de un registro actualizado que permita dar seguimiento a indicadores como la aceptación, continuidad, cambios y abandono de los métodos de planificación familiar, de manera que esta información pueda retroalimentar periódicamente al personal de salud y servir como base para mejorar la calidad de las intervenciones y orientar nuevas estrategias en la promoción y uso de dichos métodos.

XII. Referencias bibliográficas

1. Caballero P, Díaz J, Pérez M. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en Lima Metropolitana. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2013 [citado 12 de marzo de 2025];59(3):216–22. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000300016&script=sci_abstract
2. Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (CONNA). Situación de derechos sexuales y reproductivos de adolescentes en El Salvador [Internet]. San Salvador: CONNA; 2022 [consultado el 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.conna.gob.sv>
3. Córdova J, Gálvez C. Conocimiento, actitud y práctica sobre métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil. Rev Peru Ginecol Obstet. 2021;67(1):39-47. [Consultado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2219>
4. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 2016. Informe de Recomendaciones MMWR. 2016;65(3):1–103.
5. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. J Negat No Posit Results 2020;5:81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>.
6. Delvaux T, Nöstlinger C. Elección reproductiva y planificación familiar: derechos y oportunidades. Medicina Tropical y Salud Internacional. 2007;12(5):619–27.
7. Determinantes sociales de la salud. Paho.org s/f. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud> (consultado el 8 de marzo de 2025).
8. Díaz S, Schiappacasse V. ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos? [Internet]. Santiago de Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva

- (ICMER); 2017 [citado 21 de marzo de 2025]. Disponible en: https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Temas_destacados/Anticoncepcion_de_emergencia/Que-y-cuales-son-los-metodos-anticonceptivos-25032017.pdf
9. El pecado de la anticoncepción. Medicamentalia s/f. <https://medicamentalia.org/anticonceptivos/religion/> (consultado el 11 de marzo de 2025).
 10. Estrada J, Calderón A. Aceptación de métodos anticonceptivos modernos en mujeres jóvenes: un enfoque de derechos. Rev Panam Salud Pública. 2019;45:77. [Consultado el 19 de abril de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.77>
 11. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Opciones anticonceptivas para mujeres con enfermedades cardíacas [Internet]. Londres: FSRH; 2014 [citado el 28 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/ceu-guidance-contraceptive-choices-for-women-with-cardiac-disease/>
 12. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Confederación Internacional de Matronas (ICM). Declaración conjunta sobre anticoncepción [Internet]. Londres: FIGO; 2024 [citado 5 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.figo.org/sites/default/files/2024-09/FIGO-ICM-Declaracion-conjunta-sobre-anticoncepcion.pdf>
 13. Federación Internacional de Planificación Familiar. Anticoncepción y derechos humanos [Internet]. Londres: IPPF; 2020 [consultado el 10 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ippf.org/es>
 14. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El embarazo no intencional: Visto y no visto. Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2022. Nueva York: UNFPA; 2022 [citado el 20 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/swop-2022>
 15. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe [Internet]. Nueva York: UNFPA;

- 2021 [consultado el 2 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es>
16. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Planificación familiar [Internet]. [citado 12 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/topics/planificaci%C3%B3n-familiar>
 17. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Planificación familiar [Internet]. [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar#readmore-expand>
 18. García-Chávez G, Herrera-Ramos E. Acceso a métodos anticonceptivos y percepción del personal de salud en zonas rurales. Rev Salud Pública Méx. 2019;61(6):790-6. [Consultado el 17 de abril de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10322>
 19. Gómez Delgado A, Fernández Pérez R. Factores que influyen en la no utilización de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes. Rev Haban Cienc Méd. 2020;19(6):e3541. [consultado el 30 de marzo de 2025].
 20. Gueye A, Speizer IS, Corroon M, Okigbo CC. Belief in family planning myths at the individual and community levels and modern contraceptive use in urban Africa. Int Perspect Sex Reprod Health 2015;41:191–9. <https://doi.org/10.1363/4119115>
 21. Guía técnica de atención de planificación familiar [Internet]. Gob.sv. [citado el 14 de marzo de 2025]. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/derogados/Guia_planificacion_familiar.pdf
 22. Guttmacher Institute. Salud sexual y reproductiva en El Salvador [Internet]. Nueva York: Guttmacher Institute; 2023 [citado el 24 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/sexual-reproductive-health-el-salvador>
 23. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Estadísticas de salud sexual y reproductiva 2021 [Internet]. San Salvador: INEC; 2022 [consultado el 3 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.digestyc.gob.sv>

24. Instituto Nacional Materno Perinatal. Barreras percibidas para el uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil: Revisión integrativa [Internet]. [citado 5 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/154>
25. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Colaboración FIGO-OMS en materia de planificación familiar [Internet]. [citado 12 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.figo.org/es/lo-que-hacemos/programas-de-la-figo/colaboracion-figo-oms-en-materia-de-planificacion-familiar>
26. León-Jiménez D, Torres-Murillo S. Mitos y barreras socioculturales en el uso de anticonceptivos en adolescentes. Rev Enferm Salud Pública. 2022;8(1):25-33. [Consultado el 5 de mayo de 2025].
27. Lopez LM, Grey TW, Chen M, Otterness C, Trussell J, Helmerhorst FM. Anticonceptivos hormonales para mujeres con diabetes mellitus. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. 2016;2016(3):CD005052.
28. López V, Chacón R. Barreras institucionales y sociales en el acceso a anticonceptivos en adolescentes salvadoreñas. Rev Centroam Cienc Salud. 2022;8(2):145-52. [Consultado el 4 de mayo de 2025].
29. Métodos anticonceptivos son clave para el empoderamiento de las mujeres. Observatorio de derechos sexuales y reproductivos s/f. <https://observadsdr.org/wp-content/uploads/2023/02/Metodos-anticonceptivos-son-clave-para-el-empoderamiento-de-las-mujeres.pdf> (consultado el 13 de marzo de 2025).
30. Ministerio de Educación de El Salvador. Educación integral en sexualidad: lineamientos curriculares para secundaria [Internet]. San Salvador: MINED; 2021 [consultado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.mined.gob.sv>

31. Ministerio de Salud de El Salvador. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 [Internet]. San Salvador: MINSAL; 2021 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/encuesta-nacional-2020>
32. Ministerio de Salud de El Salvador. Normas nacionales para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva [Internet]. San Salvador: MINSAL; 2023 [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv>
33. Miranda Cano K, Suárez Caballero E. Factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2020;46(3):e392. [Consultado el 12 de abril de 2025].
34. Molina P, Villanueva G. *Educación sexual y uso de anticonceptivos en mujeres jóvenes salvadoreñas: una revisión crítica.* *Rev Centroam Salud Pública.* 2021;37(4):217–24. [Consultado el 8 de mayo de 2025].
35. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. *Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer.* *N Engl J Med.* 2017;377(23):2228–2239.
36. MSc AH, BSc HI, Frcog SA. *Contraception – an Islamic perspective.* *Journal of the British Islamic Medical Association.* 2020. Disponible en: <https://www.jbima.com/article/contraception-an-islamic-perspective/> [Consultado el 13 de marzo de 2025].
37. Organización Mundial de la Salud. *Estrategias para prevenir el embarazo no deseado en adolescentes* [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/activities/preventing-early-pregnancy-and-poor-reproductive-outcomes-among-adolescents-in-developing-countries>
38. Organización Mundial de la Salud. *Planificación familiar: datos y cifras* [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 14 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

39. Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones médicas sobre el uso de anticonceptivos: adaptación global basada en la evidencia* [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 7 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351302>
40. Organización Mundial de la Salud. *Salud sexual y reproductiva* [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 15 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-and-reproductive-health>
41. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Planificación familiar: Guía técnica* [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2019 [consultado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729_spa.pdf
42. Organización Panamericana de la Salud. *Salud sexual y reproductiva* [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2022 [consultado el 20 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
43. Ramírez Rodríguez M, González C. *Percepciones culturales sobre métodos anticonceptivos en comunidades rurales de Honduras*. Rev Méd Hondur. 2022;90(1):33–40. [Consultado el 22 de abril de 2025].
44. Sánchez Paredes R, Ramos O. *Creencias culturales y religiosas sobre anticoncepción en mujeres jóvenes*. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2019;70(2):137–44. Disponible en: <https://doi.org/10.18597/rcog.3555> [Consultado el 10 de mayo de 2025].
45. Sarasola J. Factores sociales [Internet]. ikusmira.org; 2024 [citado 5 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://ikusmira.org/p/factores-sociales>
46. Srikanthan A, Reid RL. *Religious and cultural influences on contraception*. J Obstet Gynaecol Can. 2008;30(2):129–137. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)32736-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32736-0)
47. Villines Z. *10 common birth control myths debunked*. Medical News Today. 2020. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/birth-control-myths> [Consultado el 12 de marzo de 2025].

48. World Health Organization. *Contraception* [Internet]. [consultado el 12 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/contraception#tab=tab_1
49. World Health Organization. Family Planning/Contraception [Internet]. [citado 12 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
50. Yago Simón T, Tomás Aznar C. *Condicionantes de género en anticoncepción: diseño y validación de un cuestionario*. Aten Primaria. 2013;45(9):418–425. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.013>

XIII. Anexos

Anexo 1

Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
ESCUELA DE MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA**

Ciudad: Colón, Distrito de La Libertad Oeste, La libertad

Fecha: _____

Investigación: Factores socioculturales y sanitarios en la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres entre 18-30 años, USI Lourdes, 2025

Usted ha sido invitada a participar en un estudio cuyo propósito es describir los factores socioculturales y sanitarios asociados a la aceptación de los métodos de planificación familiar entre mujeres de 18 a 30 años usuarias de la Unidad de Salud de Lourdes. La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede negarse o retirarse en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias negativas para usted ni para su atención médica.

Este estudio no implica riesgos físicos, psicológicos ni clínicos. No se realizará ningún procedimiento que afecte su integridad. Toda la información que proporcione será tratada de forma confidencial y anónima. No se le pedirá su nombre ni ningún dato que permita identificarla. Los resultados serán analizados y resguardados únicamente por el equipo investigador y se utilizarán exclusivamente con fines académicos. Su participación contribuirá a conocer mejor los factores que influyen en el uso de métodos de planificación familiar, lo que podrá servir para mejorar los servicios y programas de salud dirigidos a la comunidad. Agradecemos de antemano su valiosa colaboración.

Declaración de consentimiento:

He leído (o se me ha leído) y comprendo la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento. Acepto participar en esta investigación.

Firma de la participante: _____

Nombre del investigador(a) que recaba el consentimiento: _____

Firma: _____

Anexo 2

Instrumento de recolección de datos

Objetivo: Describir los factores socioculturales y sanitarios asociados a la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres entre 18 y 30 años usuarias de la Unidad de Salud Intermedia de Lourdes, durante el periodo de febrero a julio de 2025.

Instrucciones: Lea cada pregunta de manera abierta, permita que la entrevistada se exprese con libertad y profundice en los temas cuando lo considere necesario.

Sección I - Uso de métodos anticonceptivos

1. ¿Actualmente utiliza algún método anticonceptivo?

Sí

No

Sección II - Factores sociales

2. Edad: _____

3. Estado civil:

Soltera

Casada

Acompañada

Divorciada

Viuda

4. ¿Cuál es su grado académico?

Ninguno

Entre primero y sexto grado

Entre séptimo y noveno grado

Bachillerato

Técnico

Universitario

5. ¿Cuál es su ocupación principal?

Ama de casa

Estudiante

Trabajo informal

Trabajo formal

6. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado de su hogar?

Menos de \$100

\$100 - \$300

\$301 - \$500

Más de \$500

Otro: _____

7. ¿Cuenta con el apoyo de su pareja para el uso de métodos anticonceptivos?

Sí

No

Sección III - Factores culturales

8. ¿Practica alguna religión?

Si respondió Sí, indique cuál:

Sí

Católica

No

Evangélica

Testigos de Jehová

Otra: _____

9. ¿Qué opina sobre el uso de anticonceptivos?

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

Sección IV - Factores sanitarios

10. ¿Padece alguna enfermedad?

Sí

No

Si respondió Sí, indique cuál:

Diabetes

Hipertensión

Enfermedades ginecológicas (ej. ITS, miomas, etc.)

Otra: _____

11. ¿Ha recibido información o consejería sobre métodos anticonceptivos en la unidad de salud?

Sí

No

Si respondió sí ¿Considera que la información recibida fue clara y suficiente?

Sí, completamente

Parcialmente

No fue clara ni suficiente

No recibió información

12. ¿Le preocupan los efectos secundarios de algún método anticonceptivo?

Sí

No

13. ¿Considera que puede acceder fácilmente a los métodos de planificación familiar?

Sí

A veces

No

Anexo 3

Cronograma de actividades

Actividad	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct
Revisión bibliográfica	X								
Elaboración de antecedentes, justificación y objetivos	X	X							
Elaboración del marco teórico		X							
Elaboración del diseño metodológico			X	X					
Diseño y validación del instrumento				X					
Entrega y revisión de correcciones					X				
Recolección y análisis de los datos					X	X			
Discusión, conclusiones y recomendaciones						X	X		
Entrega y revisión del informe final								X	
Defensa pública									X