

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

BARRERAS SOCIALES Y CULTURALES ASOCIADAS AL USO DEL
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) EN EL HOSPITAL MUNICIPAL MATA
HAMBRE, JUNIO, 2021- ENERO, 2022.



Trabajo de grado presentado por Jameri Andreina Estévez Reina y Abdulai Josué
Espinoza Rivera para optar por el título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional: 2021.

CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	10
I.1. Antecedentes	11
I.2. Justificación	15
II. Planteamiento del problema	18
III. Objetivos	20
IV. Marco teórico	21
IV.1. Planificación familiar	21
IV.1.1. Beneficios de la planificación familiar	21
IV.2. Anticoncepción	21
V.2.1. Anticoncepción reversible de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés)	22
IV.2.1.1. Métodos intrauterinos	22
IV.2.1.2. Implantes	23
IV.2.2. Métodos hormonales	23
IV.2.2.1. Métodos hormonales de acción corta	23
IV.2.2.2. Métodos hormonales combinados	24
IV.2.3. Métodos de barrera	24
IV.2.4. Anticoncepción de emergencia	24
IV.2.5. Esterilización	25
IV.3. Dispositivo intrauterino (DIU)	26
IV.3.1. Tipos de DIU	26
IV.3.2. Eficacia	26
IV.3.3. Mecanismo de Acción del DIU T de Cu	26

IV.3.4. Momento adecuado para la aplicación del DIU	27
IV.3.5. Ventajas	27
IV.3.6. Desventajas	28
IV.3.7. Contraindicaciones	29
IV.3.7.1. Contraindicaciones absolutas	29
IV.3.7.2. Contraindicaciones relativas	30
IV.3.8. Complicaciones del uso del DIU	31
IV.3.9. Seguimiento e instrucciones para la paciente	33
IV.3.10. Mitos y realidades sobre el DIU	34
IV.3.11. Beneficios conocidos para la salud	35
IV.3.12. Riesgos conocidos para la salud	35
IV.4. Qué es una barrera	35
IV.4.1. Barreras sociales	36
IV.4.1.1. Estado civil	36
IV.4.1.2. Grado de instrucción	37
IV.4.1.3. Lugar de procedencia	38
IV.4.1.4. Medios o fuentes de información relacionados a métodos anticonceptivos	38
IV.4.1.5. Ocupación	39
IV.4.2. Barreras culturales	40
IV.4.2.2. Religión	41
IV.4.2.3. Mitos	42
V. Operacionalización de las variables	44
VI. Material y métodos	47
VI.1. Tipo de estudio	47
VI.2. Área de estudio	47
VI.3. Universo	47
VI.4. Muestra	47
VI.5. Criterios	48

VI.5.1. De inclusión	48
VI.5.2. De exclusión	48
VI.6. Instrumento de recolección de datos	49
VI.7. Procedimiento	49
VI.8. Tabulación	49
VI.9. Análisis	49
IV.10. Consideraciones éticas	49
VII. Resultados	51
VIII. Discusión	66
IX. Conclusiones	68
X. Recomendaciones	70
XI. Referencias	71
XII. Anexos	77
XII.1. Cronograma	77
XII.2. Instrumento de recolección de datos	78
XII.3. Consentimiento informado	81
XII.4. Costos y recursos	82
XII.4.3. Información	82
XII.5. Evaluación	83

AGRADECIMIENTOS

Dios, tu amor y bondad no tienen fin, nos permiten sonreír ante todos nuestros logros que son resultado de tu ayuda.

A nuestros asesores, Dra. Ruth Phirelli Santos Tejada, Dr. Rubén Darío Pimentel. A nuestra coordinadora de investigación Dra. Jeanette Báez, por brindarnos su tiempo y colaboración.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por permitirnos ser los profesionales del mañana. Como también a todos nuestros profesores, por todas las enseñanzas que nos han inculcado y que sacaremos frutos.

A la Dra. Jeanette Báez, por ofrecernos sus conocimientos y poder hacer de este trabajo de investigación un aporte para nuestra sociedad de hoy en día.

Al Hospital Municipal Mata Hambre y a todo su personal, por las facilidades y por brindarnos la ayuda necesaria para lograr este trabajo de investigación.

Gracias a todas las personas que directa e indirectamente me colaboraron en la realización de este proyecto.

Jameri Andreina Estévez Reina

Abdulai Josué Espinoza Rivera

DEDICATORIAS

A Dios, por acompañarme todos los días.

A mi madre Mercedes Reina quien más que una buena madre ha sido mi mejor amiga, me ha consentido y apoyado en lo que me he propuesto y sobre todo ha sabido corregir mis errores.

A mi hermanos Amado y Amanda que junto hemos pasado momentos inolvidables y son los seres más importantes en mi vida.

A mis amigas/os, Nicaury Guzmán y Natanael Alcántara por estar conmigo en toda esta etapa, por darme esas amistades incondicionales y por siempre creer en mí.

A mi compañero de investigación Abdulai Espinoza, gracias por el gran equipo que logramos, espero que la amistad que creamos durante todo este proceso pueda perdurar.

Jameri Andreina Estévez Reina

A Dios, principalmente, por haberme dado la vida y por haberme permitido el haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, Carmen Rivera, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A mi novia, Raisa Leclerc, por su amor y comprensión por siempre estar a mi lado en las buenas y en las malas, por su apoyo, sin ella esto no hubiera sido posible.

A mis amigos, por estar dispuestos a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A mi compañera de tesis, Andreina Estévez porque sin el equipo que formamos, no hubiéramos logrado esta meta.

Abdulai Josué Espinoza Rivera

RESUMEN

Introducción: La planificación familiar es una parte integral de la salud femenina. La disponibilidad del Dispositivo Intrauterino (DIU), siendo un método anticonceptivo altamente seguro y eficaz, ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad.

Objetivo: Identificar las barreras sociales y culturales del rechazo al dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo en las pacientes de la consulta de planificación familiar del Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio 2021-Enero 2022.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, para identificar las principales barreras sociales y culturales del rechazo del dispositivo intrauterino (DIU) en la consulta de planificación familiar del Hospital Municipal Mata Hambre, SD, RD. Se obtuvo un muestreo probabilístico aleatorio simple de 310 mujeres mayores de 18 años. La recolección de la información se realizó a través de un formulario integrado por preguntas abiertas y cerradas a las mujeres que acudieron a la consulta de planificación familiar en el periodo de estudio.

Resultados: el 41.29 por ciento de las mujeres tienen edades entre 20-24 años. Con respecto al estado civil el 47.4 por ciento conviven en unión libre. Respecto a medios o fuentes de información, el 55.8 por ciento se informó mediante familiares, amigos y vecinos. Según el conocimiento de acuerdo con la existencia del DIU, el 97.1 por ciento afirma conocerlo. De acuerdo al uso del DIU el 84.2 por ciento afirma el haber usado este método.

Conclusión: La experiencia que tuvieron las pacientes con el uso del DIU fue negativa. El 23.9 por ciento asegura que sus periodos menstruales se tornaron muy dolorosos, 23.9 por ciento experimentaron cambios de humor constante y el 21.7 por ciento dice que sus periodos menstruales se tornaron abundantes. El 42.8 por ciento de las pacientes dice no atreverse a utilizar el método porque las personas cercanas que lo han utilizado no les ha funcionado.

Palabras clave: Barreras sociales, barreras culturales, dispositivo intrauterino (DIU).

ABSTRACT

Introduction: Family planning is an integral part of women's health. The availability of the Intrauterine Device (IUD), being a highly safe and effective contraceptive method, has offered women the possibility of planning their motherhood, allowing a better personal development and a fuller sexual life.

Objective: To identify the social and cultural barriers of rejection of the intrauterine device (IUD) as a contraceptive method in patients in the family planning consultation of the Mata Hambre Municipal Hospital, in the period June, 2021- January, 2022.

Material and methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted to identify the main social and cultural barriers of rejection of the intrauterine device (IUD) in the family planning consultation of the Mata Hambre Municipal Hospital, Sto. Dgo. Rep. Dom. A simple random probabilistic sampling of 310 women over 18 years of age was obtained. The information was collected through a form composed of open and closed questions to the women who attended the family planning consultation in the study period.

Results: 41.29 percent of women are aged between 20-24 years. With respect to marital status, 47.4 percent live together in a free union. 33.5 percent completed incomplete university education. 48.1 percent do not belong to any religious entity. Regarding media or sources of information, 55.8 percent were reported through family, friends and neighbors. According to the knowledge according to the existence of the IUD, 97.1 percent claim to know it. According to IUD use, 84.2 percent say they have used this method.

Conclusion: The experience that patients had with the use of the IUD was negative. 23.9 percent say their menstrual periods became very painful, 23.9 percent experienced constant mood swings and 21.7 percent say their menstrual periods became heavy. 42.8 percent of patients say they do not dare to use the method because the close people who have used it has not worked for them.

Keywords: Social barriers, Cultural barriers, intrauterine device (IUD).

I. INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva no ha estado libre de tensiones, los debates acerca de la regulación de la fecundidad mediante políticas de planificación familiar, la participación del estado en la formulación de políticas en torno al tema, la defensa del derecho de las personas a tomar decisiones libres e informadas en relación con el número de hijos y su espaciamiento, el papel del estado en asegurar la información y acceso a métodos de control de la fecundidad, el derecho de las mujeres a la integridad física y a decidir por su cuerpo, la salud de la mujer fue puesta en el contexto de su bienestar integral íntimamente relacionado con su participación plena y equitativa de la vida social, cultural, económica y política a nivel, nacional, regional e internacional.¹

La planificación familiar es una parte integral de la salud femenina.² Aunque la anticoncepción se ha practicado desde hace mucho tiempo, la aparición de agentes anticonceptivos modernos no sólo resulta más eficaces, sino que también son más cómodos que los antiguos, ampliado las posibilidades de elección de la pareja.³

La mortalidad materna está íntimamente relacionada con la desigualdad de género, el embarazo precoz, el aborto inseguro y la carencia de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad. La planificación familiar disminuye las tasas de embarazo no deseado, y a su vez, la necesidad de recurrir al aborto inseguro, que representa el 13.0 por ciento de la mortalidad materna mundial.⁴

Según un estudio realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2013, la tasa de fecundidad en adolescentes de la República Dominicana duplica la mundial que es 49. La de América Latina es 79 y la de África Subsahariana es de 120.⁵

La República Dominicana con una tasa de fecundidad de 98 se encuentra entre los cinco países con más altas tasas de fecundidad en adolescentes de la región de Latinoamérica y el Caribe solo superado por Nicaragua (109), Honduras (108), Venezuela (101) y Ecuador (100).

Por otra parte, estadísticas provenientes del Ministerio de Salud Pública de nuestro país muestran que, en el año 2012 del total de nacimientos registrados, el

29 por ciento fue de madres adolescentes. Es sabido que una proporción significativa de estos embarazos no son planificados.⁵

La disponibilidad del Dispositivo Intrauterino (DIU), siendo un método anticonceptivo altamente seguro y eficaz; ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. Sin embargo, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento, ni acceso a este.

El uso del DIU por parte de las mujeres está en relación, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad; además con el progresivo retraso en la edad de la maternidad, las recomendaciones médicas en relación con límites de edad para el uso de contraceptivos orales (CO), las creencias de las mujeres en relación con los distintos métodos y sus opiniones sobre los mismos; o el nivel de satisfacción en relación con la visita a los profesionales con los que siguen control de dicho método.⁴

Las barreras de acceso a la planificación familiar vulneran el derecho a la salud de todas las mujeres, en particular de las adolescentes, ya que tienen más posibilidades de morir durante el parto y de dar a luz un niño prematuro o con peso bajo al nacer.

En el caso de las adolescentes muchas se casan, quedan embarazadas y tienen hijos antes de estar lo suficientemente maduras física, emocional y socialmente para ser madres. En algunos casos, el embarazo en las adolescentes es accidental y es el resultado de experimentar con la sexualidad o de la falta de conocimiento sobre cómo prevenir la concepción, en otros casos, las mujeres buscan el embarazo y la maternidad para alcanzar un estado de adultez o llenar un vacío emocional; también deben mencionarse los embarazos que resultan de las relaciones sexuales forzadas.⁵

I.1. Antecedentes

Burga-Mejía, A. (2016), realizó un estudio en el Hospital General José Soto Cadenillas (Chota, Perú) con el objetivo de determinar las principales barreras

sociales y culturales del rechazo del dispositivo intrauterino. La muestra estuvo constituida por 79 usuarias del servicio de planificación familiar que cumplieran con los criterios de inclusión. Los autores reportaron que, respecto al perfil social y biológico de las usuarias, se encontró que el 93.7 por ciento eran de religión católica, el 40.5 por ciento tiene entre 22 y 28 años, el 87.3 por ciento tiene de 1 a 3 hijos, y referente a la paridad el 55.7 por ciento eran multíparas. En relación a las barreras sociales, el mayor porcentaje correspondió al estado civil conviviente con 65.8 por ciento. La ocupación ama de casa representa el 72.25 por ciento, el 70.9 por ciento procedían de la zona urbana; en cuanto al nivel de instrucción el mayor porcentaje alcanzó la secundaria completa con 21.5 por ciento. Respecto a los medios y fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, el 70.9 por ciento reportó que se informaron a través de familiares, amigos y vecinos. La opinión de las usuarias respecto a las barreras culturales, con mayor influencia son los mitos, que prevalecen en relación al dispositivo intrauterino de cobre, el más relevante es que provoca cáncer de cuello uterino correspondiente al 84.8 por ciento; seguido por el 82.3 por ciento refiere que éste ocasiona infecciones de transmisión sexual y/o Enfermedad Pélvica Inflamatoria; el 72.2 por ciento cree que la mujer nulípara no puede usarlo; el 70.9 por ciento menciona que ocasiona embarazos ectópicos. En tanto que el 67.1 por ciento cree que este método incomoda a la pareja durante el acto sexual; el 63.3 por ciento señala que es abortivo, 60.8 por ciento manifiesta que causa infertilidad; 56 por ciento cree que el dispositivo intrauterino perfora el útero; el 44.3 por ciento afirma que el DIU se puede mover y llegar a otros órganos como el estómago. Otra variable cultural es la influencia en la toma de decisiones, en la cual se reportó que en el 67.1 por ciento para el uso del DIU cobre interfiere la decisión de la pareja y en el 24.1 por ciento interfiere su familiar. Por lo tanto, se concluye que existen barreras sociales y culturales que limitan el uso del Dispositivo Intrauterino de cobre como método anticonceptivo.²

Estudio realizado por Viza-Bruton, M. (2018). Barreras culturales en el acceso de adolescentes a los métodos anticonceptivos. Arequipa, Perú. Se estudió una muestra de 400 adolescentes de la Micro red, con el propósito de identificar la presencia de barreras culturales en el acceso de adolescentes a los métodos

anticonceptivos, aplicando una ficha de datos, un cuestionario de conocimientos y un cuestionario de barreras culturales previamente validados. El 27.75 por ciento fueron varones y 72.25 por ciento mujeres, con edad predominante de 16 años (26.251%). El 90.50 por ciento fueron solteros, con 9 por ciento de convivientes y 0.25 por ciento de casados o separados. La ocupación predominante fue estudiante (89%), el 11 por ciento del total de adolescentes tuvieron hijos. Entre las mujeres que no tuvieron hijos un 2.76 por ciento tuvo un embarazo previo, 1.25 por ciento tuvo antecedente de ETS. El nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos fue deficiente en 41.75 por ciento, regular en 32.75 por ciento, bueno en 16.25 por ciento y muy bueno en solo 9.25 por ciento de casos. Se identificaron barreras culturales para el acceso a métodos anticonceptivos en 75 por ciento de adolescentes. Entre los que tenían barreras para el acceso, el 46 por ciento tenían al menos un embarazo, lo que ocurrió en 15 por ciento de los adolescentes que no presentaron barreras ($p < 0.05$). Ninguno de los adolescentes sin barreras tuvo ETS, y se presentaron en 1.67 por ciento de adolescentes con barreras socioculturales ($p > 0.05$).³

Yosselyn, R. en el 2017 realizó un estudio con el propósito de identificar las barreras percibidas por las puérperas para el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima – Perú. Estudio cualitativo exploratorio, técnicas encuesta, instrumento, entrevista a profundidad. Muestreo no probabilístico. La muestra fue definida por el criterio de saturación de la información. La mayoría de entrevistadas se encuentran entre los 18-23 años, son convivientes, de religión católica, han cursado secundaria completa, son amas de casa y tienen un ingreso mensual de 500-700 soles. Se encontró que las opiniones, prejuicios y opiniones acerca de los métodos modernos provienen de un bajo grado de instrucción o por ser compartida de manera errónea por el círculo social. La situación económica y laboral no limita el acceso a los métodos modernos. La influencia de la pareja al momento de decidir por un método anticonceptivo es significativa para las puérperas; de igual manera si se tiene una buena experiencia con el proveedor de salud es más probable que tengan intención de usar un método moderno.⁴

Ruiz-Guido J. *et al.* realizaron un estudio en Nicaragua (2015) con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el DIU, en mujeres adolescentes que acuden a su atención al Centro de Adolescentes en Salud Reproductivas en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante febrero y marzo del año 2015. Se realizó una encuesta donde se midieron estas variables, utilizando la escala de Likert. De las adolescentes encuestadas, el 50.0 por ciento se encontraban entre las edades de 17 a 19 años. El nivel de escolaridad mayor obtenido en las participantes fue el de secundaria con 60.0 por ciento. El estado civil que con mayor predominio se mostró fue unión estable, con más del 50.0 por ciento. Dentro de los datos gineco obstétricos más destacados, la menarquia se presentó más en las edades de 9 a 11 años con 57.5 por ciento. No así la IVSA; entre los 14 a 16 años de edad. El medio de información que más impactó en las adolescentes para obtener conocimiento fue el personal médico con 37.5 por ciento. El nivel de conocimiento alcanzado por las adolescentes fue regular con 72.5 por ciento. El tipo de actitud que demostraron ante el uso del DIU fue favorable con 90.0 por ciento y por último el tipo de práctica que prevaleció fue bueno en las 24 adolescentes que usaron este método.⁵

En Santo Domingo, República Dominicana (2016), Pérez-Rodríguez B. y Pérez-Cuevas B. realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, con el propósito de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en mujeres que asisten a consulta de planificación familiar del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo de enero-diciembre, 2016. La muestra estuvo formada por 330 pacientes en edad fértil (15-44 años). En relación a los anticonceptivos el 48.5 por ciento de las pacientes tenía conocimiento medio. Como resultado determinaron que de las pacientes estudiadas el 34.8 por ciento tenían edades comprendidas entre 20-24 años. Los estudios secundarios fueron los resultados de mayor porcentaje con un 49.1 de las pacientes encuestadas. En cuanto a la religión el 42.7 por ciento no practicaba ninguna. En cuanto a la convivencia de pareja el 53.9 por ciento de las pacientes vivían en unión libre. El 79.1 por ciento tenía una actitud positiva ante los métodos anticonceptivos. El 71.2 por ciento utilizaba algún método de

anticoncepción. El método anticonceptivo más utilizado fue el anticonceptivo inyectable en un 34.0 por ciento. La mayor fuente de información fue a través de los trabajadores de la salud en un 33.6 por ciento. Las pacientes refirieron necesitar más información de los métodos anticonceptivos en un 52.1 por ciento.⁶

Ramírez J, Solís N y Cornelio, Y. realizaron un estudio (2013)prospectivo, observacional y descriptivo, de corte transversal en la ciudad de Santo Domingo, Rep. Dom. con el objetivo de determinar las causas de abandono del dispositivo intrauterino (DIU) en usuarias del Hospital Municipal de Mata Hambre. La muestra estuvo constituida por 44 usuarias que abandonaron el dispositivo intrauterino (DIU) como método de planificación familiar. Los resultados obtenidos en este estudio demostraron que el mayor porcentaje de abandono (34.09%) estuvo comprendido en mujeres con edades entre 26-34 años; 40.91 por ciento eran solteras, 22.73 por ciento tenían un nivel de escolaridad secundaria incompleta y universidad completa y el 56.82 de religión católica. Concluyeron que la causa de abandono del dispositivo intrauterino (38.64%) fue la aparición de efectos secundarios y la paridad insatisfecha. Sobre mitos y tabúes, el 34.09 por ciento, está muy de acuerdo con que el dispositivo intrauterino (DIU) produce infecciones vaginales y sangrado abundante (13.63%).⁷

I.2. Justificación

En la sociedad moderna, se ha permitido que la mujer actual ocupe un lugar esencial en la constitución de una nueva generación, y esto tiene repercusión sobre la familia. El nacimiento de un hijo en el momento apropiado, de acuerdo con el deseo de los padres, constituye un hecho social de vital importancia en nuestro tiempo que no debe agravar la situación económica de la familia.

A pesar de que las generaciones más jóvenes son las que fomentan las nuevas tendencias de comunicación, transformando la cultura a través de nuevas formas de socialización y usos de las tecnologías, muchos adolescentes no saben cómo evitar el embarazo o no tienen la posibilidad de acceder a los métodos anticonceptivos y a la educación sexual integral en las escuelas.

Según la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) 2014, que establece que un 30.4 por ciento de las mujeres sexualmente activas de 15-49 años no utilizan métodos anticonceptivos,⁸ aún se evidencia en los hospitales de nuestro país un alto número de embarazos no planificados y adolescentes embarazadas.⁹

La alta tasa de embarazos de adolescentes en la República Dominicana es una consecuencia de la inadecuada educación en sexualidad del país y la necesidad no cubierta de anticoncepción. El 20.5 por ciento de las niñas y mujeres jóvenes de 15 a 19 años en la República Dominicana quedan embarazadas en la adolescencia. La mayoría de estos embarazos no son planeados ni deseados.

Haití es el país con la prevalencia más baja de uso de anticonceptivos modernos 31.3 por ciento, seguido de Bolivia con un 34.6 por ciento.

Existe una amplia variedad de situaciones en términos de planificación familiar y en el tipo de métodos anticonceptivos usados entre los países de América Latina y el Caribe, una disparidad que refleja inequidades que repercuten mayormente en las personas más vulnerables. Las inequidades en la salud están relacionadas con los determinantes sociales, y América Latina y el Caribe todavía se caracterizan por una amplia inequidad social y barreras culturales.¹⁰

La baja tasa de uso del dispositivo intrauterino se debe en muchos casos a la existencia de mitos y temores que aún prevalecen en la población, lo que conlleva a la percepción negativa sobre este método. La población basa su percepción en mitos y creencias, los cuales representan una barrera para el uso del dispositivo intrauterino generando un rechazo mayoritario. El bajo nivel escolar es una serie limitante para la aceptación del dispositivo intrauterino, ya que al no lograr captar el mensaje los potenciales usuarios recurren a fuentes de información inapropiadas, como son amigos o familiares con un nivel educativo similar. La falta de información de este método limita su demanda.¹⁰

La disponibilidad de los dispositivos intrauterinos (DIU) es alta, generalmente en el sector privado, pero limitada en el sector público, en el que las mujeres más vulnerables reciben atención.¹⁰

En tal virtud se hace necesario diseñar estrategias que involucren a la población de mujeres en edad fértil a partir de las barreras identificadas para un incremento del uso de métodos modernos de planificación.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar, así como en la reducción de embarazos de alto riesgo. La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos, esto se logra mediante la utilización de métodos anticonceptivos.¹¹

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África Subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54.0 por ciento en 1990 a un 57.4 por ciento en 2014. A escala regional, la proporción de mujeres de 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado, mínimamente, o se ha estabilizado entre los años 2008 al 2014; en África, pasó de 23.6 a 27.64 por ciento; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60.9 por ciento a un 61.0 por ciento, y en América Latina y el Caribe pasó de 66.7 a 67.0 por ciento.¹²

Según la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013, en la República Dominicana, de las adolescentes sexualmente activas entre 15 y 19 años, solo el 22.8 por ciento utiliza métodos anticonceptivos. Esto influye en la alta tasa de fecundidad en adolescentes de nuestro país.¹³

Los dispositivos intrauterinos son métodos reversibles de larga duración, altamente eficaces y costo efectivos; tienen una vida útil de cinco a 10 años y producen escasos efectos secundarios; no obstante, sus enormes ventajas clínicas y económicas, su preferencia por las mujeres en la República Dominicana ha tenido un constante decrecimiento en los últimos años en relación con los otros métodos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 160 millones de mujeres utilizan el DIU como método anticonceptivo a nivel mundial. Es utilizado por alrededor del 13.0 por ciento de las parejas, con mayor frecuencia en países en desarrollo que en países desarrollados.¹⁴

Entre las barreras que contribuyen a la baja utilización de este método anticonceptivo, es que requiere intervención médica y las actitudes de los profesionales, determinantes importantes en la prevalencia de uso.

Otra de las razones para la baja tasa de uso del dispositivo intrauterino es la existencia de mitos y temores que aún prevalecen en la población, lo que conlleva a la percepción negativa sobre este método, pues la gran mayoría de la población basa su percepción en mitos y creencias, los cuales representan una barrera para el uso del dispositivo intrauterino generando un rechazo mayoritario.¹⁴

Se han identificado barreras sociales que limitan el uso del dispositivo intrauterino, tales como el grado de instrucción, el estado civil, el lugar de procedencia. La falta de información acerca de este método limita su demanda. El bajo nivel escolar es una serie limitante para la aceptación del dispositivo intrauterino. El estado civil, si las mujeres son jóvenes y tienen un nivel de instrucción bajo, es más probable que se encuentren conviviendo con su pareja que casadas, lo que limita el uso de métodos anticonceptivos de larga duración como en dispositivo intrauterino; debido a las relaciones poco estables que mantienen. Los medios o fuentes de información sobre el dispositivo intrauterino, asociado a la existencia de casos reales generan en la población temores a complicaciones luego de su inserción.¹⁵

Por lo cual nos hacemos la siguiente interrogante ¿Cuáles son las barreras sociales y culturales del rechazo al dispositivo intrauterino como método anticonceptivo en las pacientes que acuden a la consulta de planificación familiar del Hospital Municipal Mata Hambre, Junio 2021- Enero, 2022?

III. OBJETIVOS

III.1. General.

1. Determinar las barreras sociales y culturales del rechazo al dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo en las pacientes de la consulta de planificación familiar del Hospital Municipal Mata Hambre, Junio, 2021- Enero, 2022.

III.2. Específicos.

Determinar las barreras sociales y culturales del rechazo al dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo en las pacientes de la consulta de planificación familiar del Hospital Municipal Mata Hambre, Junio 2021- Enero, 2022, según:

1. Edad
2. Fuentes o medios de información
3. Mitos y creencias
4. Influencia en la toma de decisiones
5. Antecedentes obstétricos
6. Comorbilidades
7. Prescripción médica

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Planificación familiar

La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener o no, el número de hijo(as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible.

La anticoncepción (contracepción) impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide, como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción de tal forma que el coito pueda realizarse sin fecundación. La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consistente, aseguran la probabilidad mínima de embarazos.

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

IV.1.1. Beneficios de la planificación familiar

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

IV.2. Anticoncepción

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

Los métodos anticonceptivos nos permiten:¹⁷

- Vivir la sexualidad de una manera libre y satisfactoria

- Tener relaciones sexuales sin temor al embarazo
- Planificar con bastante seguridad el número de hijos y el momento de tenerlos, evitando embarazos no deseados

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

Hay muchos tipos diferentes de anticonceptivos, pero no todos los tipos son adecuados para todas las situaciones. El método anticonceptivo más apropiado depende de la salud general de la persona, su edad, la frecuencia de la actividad sexual, la cantidad de parejas sexuales, el deseo de tener hijos en el futuro y los antecedentes familiares de determinadas enfermedades.

- Anticoncepción reversible de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés)
- Métodos hormonales
- Métodos de barrera
- Anticonceptivos de emergencia
- Esterilización

V.2.1. Anticoncepción reversible de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés)

IV.2.1.1. Métodos intrauterinos

Un dispositivo intrauterino (DIU), también denominado sistema intrauterino (SIU), es un pequeño dispositivo en forma de T que se inserta en el útero para evitar el embarazo. El dispositivo lo inserta un profesional de la salud. El DIU puede permanecer y funcionar de manera efectiva durante muchos años cada vez. Luego del período de tiempo recomendado, o cuando la mujer ya no necesite o

desea un método anticonceptivo, un profesional de la salud retira o reemplaza el dispositivo.¹⁸

- Un DIU o SIU hormonal libera una hormona progestina (levonorgestrel) en el útero.
- Un DIU de cobre impide que el espermatozoides llegue al óvulo y lo fecunde, y puede evitar que el óvulo se adhiera en el útero.

IV.2.1.2. Implantes

Los implantes son varillas implantables. Cada varilla es de plástico flexible y tiene el tamaño de un fósforo. El método tiene una tasa de falla de menos de 0,5 por ciento (menos de 1 cada 200 mujeres que lo usan quedan embarazadas en 1 año de uso). Un médico inserta quirúrgicamente la varilla bajo la piel en la parte superior del brazo de la mujer.

IV.2.2. Métodos hormonales

IV.2.2.1. Métodos hormonales de acción corta

Los métodos hormonales de control de la natalidad usan hormonas para regular o detener la ovulación y evitar el embarazo. La ovulación es el proceso biológico en el cual los ovarios liberan un óvulo, que queda disponible para la fecundación. Se pueden introducir hormonas en el cuerpo de varias maneras, como píldoras, inyecciones, parches cutáneos, geles transdérmicos, anillos vaginales, sistemas intrauterinos y varillas implantables.¹⁸

- Anticonceptivo inyectable. Este método implica la inyección de una progestina, Depo-Provera (DMPA, acetato de medroxiprogesterona de depósito) en el brazo o la nalga una vez cada 3 meses.
- Píldoras solo de progestina (POP, por sus siglas en inglés). Una mujer toma una píldora por día, de preferencia a la misma hora cada día. Las POP pueden interferir con la ovulación o con la actividad del espermatozoides.

IV.2.2.2. Métodos hormonales combinados

Los métodos hormonales combinados contienen un estrógeno sintético (etinilestradiol) y una de las varias progestinas aprobadas en los Estados Unidos. Todos los productos funcionan mediante inhibición de la ovulación y engrosamiento del moco cervical.¹⁹

- Anticonceptivos orales combinados (COC, por sus siglas en inglés; “la píldora”).
- Parche anticonceptivo.
- Anillos vaginales.

IV.2.3. Métodos de barrera

Diseñados para evitar que el esperma ingrese al útero, los métodos de barrera son removibles y pueden ser una opción para las mujeres que no pueden usar métodos anticonceptivos hormonales. Los métodos de barrera tienen una tasa de falla típica del 12 al 28 por ciento, según el método.

Los tipos de método de barrera que no requieren la visita a un profesional de la salud incluyen:

- Condones masculinos.
- Condones femeninos.
- Esponjas anticonceptivas.
- Espermicidas.

Los métodos que requieren una visita con un profesional de la salud incluyen los siguientes:⁸

- Diafragmas
- Capuchones cervicales

IV.2.4. Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia es un conjunto de métodos que las mujeres pueden usar después de la relación sexual en casos donde no se utilizó un método anticonceptivo durante la relación sexual, o si la mujer pensó que el

método que ella y su pareja utilizan puede fallar para protegerlos de un embarazo no deseado. La anticoncepción de emergencia incluye las píldoras anticonceptivas de emergencia y la inserción de un dispositivo intrauterino de cobre (DIU) por un proveedor de servicios médicos.²¹

El origen de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) nos lleva hasta Holanda, en la década de los sesenta, cuando una niña de 13 años que había sido víctima de violación sexual un médico suministró una alta dosis de estrógenos. De esta manera, empezó la anticoncepción de emergencia y las investigaciones para adaptar las dosis hormonales a la mujer de tal forma que se obtuviera el máximo de eficacia anticonceptiva con el mínimo de aporte hormonal y efectos secundarios.

La anticoncepción de emergencia fue descrita como «el secreto mejor guardado de la anticoncepción», ya que su efectividad fuera comprobada hace más de 40 años.

La anticoncepción poscoital o de emergencia son métodos anticonceptivos que pueden ser hormonales y no hormonales, cuyo fin es impedir la fecundación después de un coito no protegido debido a algún fallo en el método anticonceptivo habitual o al no haber usado algún método anticonceptivo; disminuyendo el número de abortos provocados.²²

IV.2.5. Esterilización

La esterilización es una forma permanente de control de la natalidad que impide que una mujer quede embarazada o que un hombre libere esperma. El procedimiento de esterilización, que suele requerir una cirugía, debe ser realizado por un profesional de la salud. Estos procedimientos no suelen ser reversibles.²¹

- Un implante esterilizador un método no quirúrgico para obstruir de forma permanente las trompas de Falopio.
- La ligadura de trompas es un procedimiento quirúrgico en el que el médico corta, ata o sella las trompas de Falopio.
- La vasectomía es un procedimiento quirúrgico que corta, cierra u obstruye los conductos deferentes.

IV.3. Dispositivo intrauterino (DIU)

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos.²⁴

IV.3.1. Tipos de DIU

Hay dos tipos de DIU: el DIU hormonal y el DIU de cobre. Un DIU hormonal dura hasta 5 años. Después de unos meses, las mujeres tienen menos períodos y períodos menos intensos que antes, con menos cólicos. Los períodos incluso pueden desaparecer.

Actualmente, el DIU hormonal por excelencia es el DIU Mirena. El DIU de cobre puede usarse hasta 10 años. Las mujeres que usan este DIU pueden tener sangrados y cólicos más intensos durante sus períodos, pero ningún efecto secundario de las hormonas.

IV.3.2. Eficacia

La efectividad del DIU es del 98 por ciento y brinda protección anticonceptiva hasta por siete a diez años Sin embargo parece prudente cambiarlo hacia el séptimo año por el riesgo de retención por cambio de posición. El DIU no interfiere con el acto sexual, es económico y sus efectos colaterales son mínimos. Es una buena alternativa para quienes no toleran métodos hormonales o son poco estrictas con el horario de toma de las píldoras anticonceptivas.²⁵

No hay contraindicación del DIU para nulíparas, aunque el médico deberá pensar en otras opciones antes de recomendar este método en las mujeres que no han tenido hijos.

IV.3.3. Mecanismo de Acción del DIU T de Cu

Al liberar cobre actúa interfiriendo el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización.

- Afecta la capacidad de migración de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina inmovilizándolos o destruyéndolos.
- Altera el moco cervical, espesándolo, disminuyendo de esta forma la movilización y la capacidad de penetración de los espermatozoides, este mecanismo es más intenso por los cambios que provoca en la cantidad y viscosidad del moco cervical en el caso de DIU con levonorgestrel.
- Aumenta la fagocitosis en la cavidad uterina.

IV.3.4. Momento adecuado para la aplicación del DIU

Existen varios momentos adecuados para iniciar la planificación con un DIU, durante la menstruación, existe una razonable certeza de ausencia de embarazo y el cérvix está blando y permeable. Sin embargo, es posible aplicarlo en cualquier momento del ciclo, aún sin menstruación, si la prueba de embarazo es negativa; posparto, hacia los 30 días, pues se disminuye la tasa de expulsión espontánea, a la vez que el peligro de perforación; postaborto, puede ser aplicado inmediatamente, siempre que no se trate de un aborto séptico; poscoito, al aplicarse después de una relación sin protección previene el embarazo.²⁶

Las personas legalmente habilitadas para colocar un DIU son los médicos o enfermeros (as) que tengan el entrenamiento para hacerlo y los estudiantes de estas dos profesiones bajo la tutoría de un profesor(a). El lugar de aplicación puede ser un quirófano o un consultorio siempre y cuando se mantengan las medidas de antisepsia que impidan la contaminación de la cavidad uterina.

IV.3.5. Ventajas

- Es de fácil adaptación y funciona de inmediato.
- Es bien tolerado y es excelente, sobre todo si se considera que sólo requiere de una visita inicial para la inserción, una de control a los 2 o 3 meses para verificar que está en buena posición y luego la visita anual rutinaria para la citología.

- Te brinda una protección permanente y no tiene que estar pendiente del método, como ocurre con los anticonceptivos orales, el anillo vaginal, los parches, etc.
- La duración del dispositivo para la protección del embarazo es a largo plazo, de cinco años para el endoceptivo, de hasta doce años para los DIU metálicos.
- El riesgo de efectos secundarios en el largo plazo es bajo.
- Es efectivo en la prevención del embarazo y una vez es insertado estará protegida, hasta que el DIU sea retirado.
- Las madres que están lactando no tienen problemas con el uso del DIU.
- Puede ser removido por un médico en cualquier momento.
- El DIU no interfiere en las relaciones sexuales, a menos que haya molestias importantes con los hilos del dispositivo.
- El DIU de cobre no tiene efectos hormonales secundarios.
- El DIU con hormonas puede reducir la cantidad y el dolor menstrual.
- Aun cuando el DIU haya sido retirado por problemas, las tasas de fertilidad posterior siguen siendo normales.²⁷

IV.3.6. Desventajas

- La presencia de cólicos en el momento de la inserción es frecuente y puede persistir por dos a tres meses.
- Algunas mujeres tienen sangrado después de que el DIU es insertado. Este sangrado puede ser abundante y con manchas durante dos a tres meses.
- Puede tener una menstruación más fuerte, si está usando el DIU de cobre.
- El incremento de infecciones pélvicas está relacionado con el momento de la inserción y con la conducta sexual de la mujer y no con el DIU propiamente dicho.
- No se debe considerar como el método de elección en mujeres sin hijos, porque en caso de desarrollar infección pélvica la fertilidad pudiera verse comprometida.

- El riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, que puede afectar al útero, las trompas de Falopio y los ovarios, que ocurre en el momento de la inserción del DIU.
- El DIU no la protege de ninguna infección de transmisión sexual (ITS).
- Solo sirve para mujeres con una pareja estable, porque lo contrario el riesgo de contraer una ITS es mayor si tiene varias parejas.
- El DIU aumenta la posibilidad de que se produzca un embarazo fuera del útero (embarazo ectópico).
- Debe ser insertado y retirado solo por el médico.
- Existe la posibilidad de expulsión en los primeros meses de uso.
- Durante la inserción del DIU la posibilidad de perforación en remota.
- No se debe usar si es alérgica al cobre.

IV.3.7. Contraindicaciones

IV.3.7.1. Contraindicaciones absolutas

Prueba embarazo positiva. Sospecha o existencia de embarazo. Si se sospecha un embarazo se debe diferir la inserción del DIU hasta que se haya establecido el diagnóstico. La inserción en un útero grávido puede desencadenar un aborto y la posibilidad de una infección severa.²⁸

Infección genital. Cuando existe infección activa en trompas, útero y vagina se debe evitar la inserción. Sin embargo, luego de solucionado el problema no existe contraindicación a la inserción. En las mujeres con antecedentes de infecciones crónicas y recidivantes de las trompas, no es recomendable su uso por la relación del DIU con la enfermedad inflamatoria pélvica.²⁹

Sospecha o existencia de cáncer. En lo primero, se debe aclarar el diagnóstico antes de la inserción y, en lo segundo, la contraindicación es absoluta.

Alteración anatómica del útero. En los casos de fibromas gigantes o múltiples, sobre todo los submucosos e intramurales, cuando existe útero hipoplásico, sinequias importantes, hay anomalías congénitas tipo útero doble, tabicado, etc., la alteración de la anatomía impide la adecuada inserción del DIU. Luego del

tratamiento quirúrgico de la sinequia el DIU se inserta para mantener separadas las paredes del útero.

Trastornos menstruales. El DIU es capaz de ocasionar: hipermenorrea, polimenorrea, manchas intermenstruales y sinusorragia, principalmente en los primeros meses luego de la inserción. Si se practica la inserción, el médico no podrá saber si los trastornos son debidos al DIU o a un problema ginecológico, por lo que es preferible aclarar la causa antes de la inserción.³⁰

Desconocimiento de la técnica de inserción. Aunque la inserción es sencilla, se requiere de cierta experiencia y conocimiento de la técnica porque, de lo contrario, la incidencia de complicaciones es mayor.

IV.3.7.2. Contraindicaciones relativas

- A. Historia de trastornos menstruales: La inserción en mujeres con dismenorrea puede aumentar la intensidad y duración del dolor. En aquellas mujeres en las que las reglas sean abundantes antes de la inserción, pueden ver aumentada esta condición y es preferible utilizar los endoceptivo.
- B. Útero fijo: En los casos de ante o retroversoflexión forzada la inserción es complicada porque es difícil enderezar completamente el útero. Muchos de estos casos terminan con una inserción ístmica que disminuye la capacidad anticonceptiva del método y favorece la perforación. El médico con experiencia puede tratar de insertar el DIU doblando la cánula para que se amolde al contorno de la cavidad uterina, pero debe estar seguro de que la inserción es adecuada mediante ecosonografía.³¹
- C. Orificio cervical estrecho: En estos casos, la inserción es técnicamente difícil y se recomienda el uso de dilatadores cervicales antes de la inserción.
- D. Fase postovulatoria del ciclo menstrual: Si la mujer se presenta en la fase postovulatoria tardía sin utilizar otro método anticonceptivo o el mismo no es muy seguro, es preferible esperar a la próxima menstruación para proceder a la inserción y evitar la posibilidad de un embarazo precoz. La

inserción en la fase postovulatoria del ciclo se puede intentar como método de anticoncepción de emergencia; así la inserción de un DIU con cobre en los primeros 7 días luego de un coito no protegido, en la época fértil del ciclo, es efectiva para prevenir un embarazo no deseado.³²

- E. Fracaso de inserción anterior: En algunas mujeres el primer intento fallido de inserción puede ser tan doloroso que no permiten un segundo intento. En las que deseen intentar por segunda vez, se puede insertar un dispositivo en una época favorable del ciclo como es durante la menstruación o en la época ovulatoria, cuando el cuello uterino está más abierto.
- F. Expulsión repetida anterior: Aquellas mujeres con historia de expulsión repetida anterior no son buenas candidatas para un nuevo intento, sobre todo si en la inserción anterior se usó el DIU adecuado y fue hecha correctamente. Aunque se puede intentar una nueva inserción, la posibilidad de una nueva expulsión se debe tener presente y la mujer debe ser instruida acerca de cómo controlar que el DIU esté en su sitio mediante la introducción de uno o dos dedos en la vagina, por ella o por su pareja, para constatar la presencia de los hilos. Esto se debe hacer siempre que vayan a tener relaciones o, por lo menos, después de la regla que es la época donde más frecuentemente se puede expulsar.³³
- G. Embarazo anterior con DIU: Cuando el embarazo ocurrió con el DIU en la cavidad uterina se puede intentar de nuevo con este método, pero es preferible asociarlo con los espermaticidas, por lo menos durante las relaciones de la época fértil. Si han ocurrido 2 o más embarazos con el DIU es preferible usar otro método.³⁴

IV.3.8. Complicaciones del uso del DIU

Si el embarazo anterior fue ectópico, es preferible el uso de los anticonceptivos orales concebir temor que ofrecen una protección mayor contra ectópicos.

Dolor durante la inserción

Aunque muchas mujeres experimentan malestar general, menos del 5.0 por ciento experimentan dolor de moderado a intenso. Las mujeres nulíparas o de baja paridad, cuando el cuello es estrecho y en las que ha pasado mucho tiempo desde el último parto son las que más tienden a tener dolor.

Expulsión después de colocado el DIU

Las contracciones uterinas pueden empujar el dispositivo hacia abajo y expulsarlo parcial o completamente. Las tasas de expulsión varían entre 1 y 10 por ciento durante el primer año de uso. La tasa de expulsiones disminuye progresivamente y son raras luego de 2 años de uso. La edad también es un factor que afecta la tasa de expulsiones, es más frecuente en jóvenes que en mujeres de edad avanzada, y más frecuente aún en mujeres que no han parido que las que han tenido hijos.³⁵

Embarazo

No hay duda de que el DIU es el método temporal no quirúrgico más efectivo en prevenir embarazos. Se señala una tasa de fracasos para los dispositivos con cobre menor del 1 por ciento, cuando se usa en condiciones ideales y de 3 por ciento en la práctica y para los endoceptivos menos de 0,5 por ciento, en condiciones ideales en la práctica 2 por ciento.

Aunque algunos piensan que los DIU ocasionan un aumento de la incidencia de embarazos ectópicos, especialmente ováricos, este aumento es relativo porque se ha estimado que los DIU reducen la implantación intrauterina en el 99 por ciento de los casos, la tubárica en el 95 por ciento y no reducen la posibilidad de implantación ovárica; en otras palabras, los DIU no ocasionan ectópicos, sino que a la falta de implantación el huevo fecundado busca otros sitios de implantación.³⁶

Perforación

Es una complicación que ocurre durante la inserción o que, por lo menos, comienza en ese momento. Su incidencia se ha estimado entre 0,5 y 10/1 inserciones, aunque puede ser mayor por el número de casos que pasan

desapercibidos. La perforación está relacionada con el tamaño, forma y consistencia del DIU, con el estado y configuración del útero, pero, sobre todo con la habilidad y experiencia del operador.

Sangrado

Luego de la inserción de los DIU con cobre hay un incremento del 55.0 por ciento del flujo menstrual que se prolonga durante todo el tiempo que se use. Este incremento de las pérdidas hemáticas es, sin lugar a dudas, el problema más frecuente que se presenta en las usuarias y que, a pesar de los avances tecnológicos, sigue siendo causa de retiro entre el 5 y el 15 por ciento de los casos.³⁷

IV.3.9. Seguimiento e instrucciones para la paciente

- Luego de la inserción del DIU, es normal experimentar calambres de corta duración e intensidad. Estas contracciones pueden ser manejadas tomando analgésicos o aplicando compresas tibias en el abdomen.
- Luego de 4 a 6 semanas después de la inserción, debe realizar un control con el doctor. Durante el primer mes luego de la inserción del DIU, chequear la sutura regularmente, especialmente después de su período. Si las suturas no se encuentran y si ellas están más largas o más cortas de lo usual, visitar a su médico.
- Visitar al médico en forma urgente si: las suturas no se encuentran; la parte plástica del DIU puede ser tocada con la mano; si el DIU ha sido expulsado o si el período no ha llegado.
- Después de los 3 primeros meses de la inserción del DIU puede ocurrir algún goteo ínter menstrual, sangramiento o flujo menstrual aumentado o prolongado. Si esto continúa informar al médico.
- Si el período se retrasa por 10 días y presenta síntomas de embarazo tales como náuseas, molestias en los senos, etc. informar inmediatamente al doctor.

- Si hay dolor abdominal o dolor durante el transcurso o infección tal como gonorrea, secreción anormal, fiebre, escalofríos o si se siente mal informe a su médico.
- Volver a visitar a su médico para chequear o para reemplazar la T de cobre (la T de cobre protege del embarazo por 10 años). El embarazo con la T de cobre en su lugar ocurre en una proporción de menos de 1 en 100 mujeres al año. Si la mujer que utiliza un DIU queda embarazada, el DIU debe ser removido inmediatamente.

IV.3.10. Mitos y realidades sobre el DIU

1. El DIU produce cáncer de cuello uterino. No hay ninguna evidencia al respecto. Son otros los factores desencadenantes del cáncer de cuello uterino.
2. El DIU es abortivo. No hay ninguna evidencia que señale este efecto.
3. Si ocurre un embarazo con el dispositivo intrauterino (DIU), éste se pega en el cuerpo del feto, y le ocasiona daño. No hay posibilidad de que ello ocurra por la protección que ofrecen la placenta y las membranas placentarias.
4. El DIU se puede mover y llegar a otros órganos, como el estómago. No hay ninguna evidencia, el útero no establece este tipo de comunicación con los órganos mencionados.
5. El hombre siente el DIU cuando tiene relaciones sexuales. No hay ninguna evidencia, a no ser que el DIU esté mal colocado.
6. El DIU incomoda al varón y le quita placer.
7. Con el DIU la mujer se vuelve liberal.
8. Cuando la T de cobre se queda por mucho tiempo, perfora el útero. No hay ninguna evidencia que así lo demuestre. El pequeñísimo riesgo de perforación puede producirse en el momento de colocar el DIU, si se hace de manera inexperta.
9. La mujer nulípara no puede usar DIU. No es real, los DIU pueden ser usados por mujeres que no tienen hijos.

10. Después de usar DIU se debe descansar. No hay ninguna evidencia, el DIU se puede retirar por tiempo de expiración y colocar inmediatamente uno nuevo.
11. Solo se coloca el DIU si la mujer está menstruando. No es real, en algunos lugares los proveedores ponen esta condición para asegurar que la mujer no está embarazada, lo que resulta relativo, pues puede haber embarazo y menstruación.
12. Después de un aborto no se recomienda un DIU, porque no se tiene la seguridad de que haya sido un aborto espontáneo. No hay ninguna razón, la mujer puede usarlo si es que desea postergar un nuevo embarazo.³⁸

IV.3.11. Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra el riesgo de embarazo y puede ayudar a proteger contra el cáncer del recubrimiento uterino (cáncer endometrial).

IV.4.12. Riesgos conocidos para la salud

No es común, pero puede aumentar la anemia en la mujer que ya presenta una baja reserva de hierro antes de la inserción y en la que el DIU produce una menstruación más profusa. Es raro, pero puede aparecer enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) si la mujer tiene clamidia o gonorrea al momento de la inserción del DIU.

IV.4. Qué es una barrera

Los anticonceptivos de barrera impiden la entrada de los espermatozoides en el útero de la mujer. Pertenecen a este grupo el preservativo o condón, el diafragma, el capuchón cervical y la esponja anticonceptiva. Algunos preservativos contienen espermicidas.

IV.4.1. Barreras sociales

Las normas sociales y culturales, el papel asignado por razón de género, las redes sociales, la religión y las creencias locales influyen en la elección de las personas. En gran medida, estas normas comunitarias determinan las preferencias individuales respecto de la procreación y el comportamiento sexual y reproductivo. La comunidad y la cultura influyen en la actitud de una persona hacia la planificación familiar, el sexo deseado de los hijos, las preferencias sobre el tamaño de la familia, las presiones familiares para tener hijos y si la planificación familiar está o no de acuerdo con las costumbres y creencias religiosas.³⁹

Las normas de la comunidad también prescriben cuánta autonomía tienen los individuos en las decisiones que toman sobre la planificación familiar. Cuanto mayor sean las diferencias de las intenciones respecto de la reproducción en una comunidad, más probable es que las normas comunitarias apoyen las elecciones individuales.

En base a la teoría estructuralista, la cultura entraña mensajes que pueden ser decodificados tanto en sus contenidos como en sus reglas. El mensaje de la cultura habla de la concepción del grupo social que la crea, habla de sus relaciones internas y externas. Las creencias culturales se pueden dividir en: útiles, dañinas y ni útiles ni dañinas; existen mitos carentes de maldad que pueden ser preservados; pero cuando el mito paraliza el pensamiento crítico y el accionar de los individuos en un área de su vida, a modo de prejuicio o afirmación sin fundamento, cuando obstruye el crecimiento cultural, se convierte en elemento desventajoso para la salud. Así, las normas sociales, culturales y creencias religiosas también influyen en las decisiones de salud reproductiva de la gente.

IV.4.1.1. Estado civil

En nuestro país la mayoría de las jóvenes conviven con su pareja. Casi la mitad de las solteras no conocen los métodos anticonceptivos, debido a que muchas de ellas no han iniciado vida sexual activa y son estudiantes, existiendo aun en algunas instituciones una fuerte restricción para la información sobre métodos

anticonceptivos; en tanto las que tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos prefieren utilizar los métodos temporales y no los de larga duración como el Dispositivo Intrauterino, debido a que las relaciones que mantienen no son estables.⁴⁰

IV.4.1.2. Grado de instrucción

La educación se ha constituido en el medio por excelencia para adquirir, transmitir y acrecentar nuestra cultura; ya que es un catalizador del desarrollo del individuo y elemento que genera una transformación de la sociedad que se traduce en referente para el progreso de nuestro país. La educación comprende todas las actividades deliberadas y sistemáticas diseñadas para satisfacer las necesidades de aprendizaje e implica la comunicación, en cuanto involucra la relación entre dos o más personas.

La educación para la salud es un proceso social que se alimenta del conjunto de teorías y métodos que ofrecen las ciencias médicas y las de la educación. El propósito de la misma es informar y motivar a la población y adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, además de propiciar cambios en la sociedad. La educación es una de las principales barreras por las cuales las mujeres no utilizan métodos anticonceptivos o su uso es muy limitado.⁴¹

La educación represiva de esta cultura ha causado que desarrollemos actitudes negativas en cuanto a nuestra sexualidad y que sintamos vergüenza por nuestros deseos sexuales. Estas actitudes negativas no permiten que se dé una adecuada educación e información necesaria para cuidarse sexualmente. En las zonas rurales las mujeres tienen un nivel educativo más bajo, por lo cual tienden a tener una menor probabilidad de haber estado expuestas a mensajes de planificación familiar mediante los medios de comunicación.

Dentro de las razones más comunes para no usar métodos de anticoncepción generalmente incluyen la oposición a la planificación familiar, la falta de conocimiento e información sobre los métodos anticonceptivos como el Dispositivo Intrauterino, además de los mitos, creencias y el temor a los efectos secundarios que existen en relación a este método.

El bajo nivel escolar es una seria limitante para la aceptación de los métodos de planificación familiar, ya que al no lograr captar el mensaje los potenciales usuarios recurren a fuentes de información inapropiadas, como son amigos o familiares con un nivel educativo similar. El analfabetismo y la baja escolaridad tanto de la mujer como del cónyuge, influyen directamente en el no uso de los métodos de planificación familiar. Es fundamental que el personal de salud encargado de ofrecer los métodos, escoja una estrategia adecuada para cada usuario en particular, según el nivel escolar del mismo.⁴²

IV.4.1.3. Lugar de procedencia

El uso de anticonceptivos varía de acuerdo al lugar de residencia. Un mayor porcentaje de mujeres urbanas, especialmente las que habitan en la capital, usan más anticonceptivos en comparación con las mujeres del área rural, lo que puede reflejar una mayor accesibilidad hacia los métodos anticonceptivos.

Muchas mujeres que dan a luz en las áreas rurales, son atendidas a domicilio por las parteras, las cuales en la mayoría de los casos son familiares de la parturienta, por lo cual no reciben asesoramiento acerca de anticonceptivos como el dispositivo intrauterino de cobre. Existen además otras barreras asociadas como la accesibilidad a la unidad de salud por parte de los usuarios.⁴³

La falta de acceso a los servicios, la falta de información acerca de los métodos disponibles y de cómo surge efecto, y los temores relativos a los efectos secundarios pueden desanimar a los hombres y a las mujeres y hacer que no empiecen usar anticonceptivos. Además, las normas culturales, pueden influir en el comienzo del uso de la anticoncepción.⁴⁴

IV.4.1.4. Medios o fuentes de información relacionados a métodos anticonceptivos

La información es fundamental para las personas que deseen planificar, ya que está vinculada al uso adecuado y a una acertada elección del método; sin embargo, cuando el conocimiento es deficiente, predominan otros factores que conllevan al cambio de método o abandono de los mismos, siendo estos del orden socio cultural principalmente.⁴⁵

Los factores de información entre los que se incluye el nivel de información, la consejería en planificación familiar y la orientación del profesional de salud hacia determinado método, entre otras cosas. Se pueden distinguir dos vías de información, una extramural dada por los medios de comunicación y otra intramural dada por el profesional durante la consejería en salud sexual y reproductiva.

En la vía de información intramural, el concepto de consejería no significa aconsejar, decirles a las personas lo que deben hacer. Se trata más bien de ayudarlas a decidir qué es lo mejor para ellas en su situación particular; asistirles, a través de la escucha y el entendimiento, para que puedan reconocer cómo se sienten, respetando sus creencias y valores (asesoramiento). Permite el desarrollo de confianza en sí misma, de autonomía.

Sobre la base de la información recibida y del diálogo con el consejero/a, el usuario/a adopta libremente su decisión, a partir de sus propias necesidades y de su situación personal. La interacción con el profesional, la escucha y el apoyo de éste, facilitan una apertura y explicitación de lo personal. La información procesada por el usuario/a le permite escoger dentro de la gama de métodos anticonceptivos disponibles. Es necesario explicar las ventajas, desventajas, limitaciones y contraindicaciones de todos los métodos disponibles, sin presionar o inducir la decisión final. Cuando sea posible, es de gran importancia que la decisión sea adoptada con el consenso de la pareja, lo que implica realizar la consejería para ambos.

IV.4.1.5. Ocupación

Está estrechamente relacionada con la procedencia. Se ha observado que, si la ocupación es agrícola, por ser la procedencia rural, se encuentra baja prevalencia de uso de anticonceptivos y si la ocupación es de tipo o administrativo por ser de procedencia urbana, hay mayor uso de anticonceptivos; la ocupación esta también muy relacionado con el grado de instrucción.⁴⁶

IV.4.2. Barreras culturales

IV.4.2.1. Influencia en la toma de decisiones y la elección método de planificación familiar

La toma de decisión es una responsabilidad y un compromiso. Una responsabilidad porque se tiene que asumir las consecuencias y un compromiso porque nos limita la libertad, condicionando nuestras futuras decisiones.⁴⁷

Elegir un método anticonceptivo no sólo implica tener información y una amplia gama para elegir. En la realidad hay muchos factores emocionales y culturales que también entran en juego. De manera ideal, para poder hacer una buena elección sería necesario contar primero con información completa sobre todos los métodos existentes. Es decir, saber cuál es su nivel de efectividad, su mecanismo de acción, su duración y su modo de uso. Además de tomar en cuenta las contraindicaciones y posibles efectos colaterales, pues un mismo método, aunque sea muy práctico y efectivo, puede no ser la mejor opción para algunas personas o parejas.⁴⁸

Sin embargo, la toma de decisiones de la usuaria no siempre está ligada nivel individual, existen un buen número de casos de familias, amigos u otros medios de comunicación de fuentes dudosas que ejercen influencia negativa en la mujer al intentar manipularla o imponerle ciertos criterios popularizando los mitos. La capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad y el método anticonceptivo seleccionado depende del estatus de la mujer y su nivel educativo ya que tendrá menos probabilidad de sentir la capacidad de tomar y ejecutar decisiones con relación a su fecundidad.

La influencia de pareja y/o agentes externos en la anticoncepción radica en la opinión y/o aceptación sobre el dispositivo intrauterino, que mayormente se tiende a reforzar los mitos o falsas creencias. Las malas experiencias de algún pariente representan un símbolo de restricción directa de la elección de algún anticonceptivo.⁴⁹

IV.4.2.2. Religión

Conjunto de creencias y prácticas que relacionan al hombre con lo que este considera sagrado o divino, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual. Desde siempre el género humano ha tratado de explicarse su origen, los fenómenos de la naturaleza y el misterio de la muerte, creando un conjunto de creencias y divinidades para dar significado al medio que lo rodea. Las instituciones religiosas emiten códigos morales y desarrollan símbolos de comunicación de gran influencia e integración de los pueblos. Exaltan la maternidad y prohíben todo uso de métodos anticonceptivo «antinaturales», solo aceptan los métodos naturales siendo este uno de los métodos más inseguros.

En América Latina, la religión de manera general no aparenta ejercer gran influencia sobre la utilización de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, aunque la religión no tenga efectos sobre las decisiones individuales, en algunos países ejercen un efecto importante sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, pues los dirigentes políticos y los proveedores de los servicios de planificación familiar vacilan en ofrecer este tipo de servicio por temor a enfrentarse a poderosas instituciones religiosas.⁵⁰

En general, las principales religiones consideran la planificación familiar como parte de la vida hogareña, y como factor importante en la estabilidad conyugal. Concuerta en afirmar que la planificación familiar constituye una obligación de paternidad responsable siempre que se respeten los designios de la Iglesia, tal es el caso de la católica que considera el método del ritmo como la única forma aceptable. Sin embargo, existen comunidades en donde la religión juega un factor significativo en relación con la baja prevalencia de la práctica anticonceptiva, sobre todo en áreas remotas con baja escolaridad, en las cuales se considera que no se debe hablar sobre temas relacionados con sexualidad o planificación familiar por estar en contra de las buenas costumbres.⁵¹

Es importante hacer hincapié en el hecho que los métodos aprobados por la Iglesia alcanzan apenas un 80.0 por ciento de efectividad en condiciones óptimas, lo cual conlleva a un alto índice en embarazos no deseados especialmente entre los adolescentes y mujeres jóvenes solteras. Esto es paradójico, ya que la misma

Iglesia condena los embarazos fuera de matrimonio, y obliga a las mujeres a buscar alternativas muchas veces fatales, como lo son los abortos.

IV.4.2.3. Mitos

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

En algunos países los proveedores refieren que la persistencia de los mitos se debe a la falta de disposición de información oficial adecuada, sin embargo, la consejería es la clave para combatir tales mitos.

IV.5. Salud sexual y reproductiva.

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un «enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción. Desglosando sus dos componentes podemos definir la salud reproductiva como un «estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.»¹⁶

Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Además, establece como objetivo de la salud sexual «el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual».

La salud sexual y reproductiva así definida tiene su origen en la «Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas» (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994. Fue en esta conferencia donde se acuñó por primera vez este término. Hasta entonces, lo que hoy todos entendemos por salud sexual y reproductiva, nunca había estado como tal en los documentos ni en las iniciativas internacionales. Hubo de recorrerse un largo camino hasta llegar a concebirlo en 1995.

El camino hacia la salud sexual y reproductiva tal y como la entendemos hoy se inició en 1948 cuando en la Declaración de los Derechos Humanos, además de reconocerse el derecho de todo ser humano a la salud se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil en el capítulo 25.2 donde se señala que «la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social».¹⁶

En líneas generales, pese a todas estas dificultades los compromisos de El Cairo y Beijing se han vuelto a ratificar y es el momento de que se cumplan estos compromisos asumidos por casi todos los países del mundo, entre ellos España.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Barreras sociales	Aquellos factores sociales que crean dificultades en la interrelación de individuos y grupos.	Estado civil Procedencia Acceso a servicios Ocupación Falta de información	Nominal
Barreras culturales	Aquellos factores culturales que tienden a restringir el movimiento libre, la mezcla o interrelación cultural de individuos o grupos.	Mitos Religión Experiencias negativas de familiares	Nominal
Edad	Años transcurridos desde su nacimiento hasta el momento del estudio.	Años cumplidos	Numérica
Fuentes o medios de información	Son los diversos tipos de documentos o medios que usó la muestra estudiada para satisfacer una demanda de información o conocimiento sobre el dispositivo intrauterino.	Radio Televisión Personal de salud Institución educativa Redes sociales	Nominal
Mitos y Creencias	Atribuciones que siendo entendidos como verdaderos por las mujeres estudiadas, a pesar de que existe una comprobación de su falsedad, tienden a ser generalizados en muchas partes del mundo y limitan el uso del dispositivo	-El DIU cu causa infertilidad -El DIU cu ocasiona aborto -El DIU cu causa embarazos ectópicos. -El DIU cu causa cáncer de cuello	Nominal

	intrauterino.	uterino -El DIU cu se puede mover y llegar a órganos como el estómago. -El DIU cu incomoda a la pareja durante el acto sexual. -Otros	
Influencia en la toma de decisiones	Hace referencia al proceso entero por el cual elegimos un curso de acción, influida por factores internos como externos.	-Influencia de la pareja, familia y/agentes externos. -Influencia del consejero de planificación familiar	Nominal
Antecedentes obstétricos	Son situaciones vividas relacionadas con complicaciones del embarazo o gestaciones no exitosas. Estas experiencias aumentan, en la mayoría de los casos, el riesgo en gestaciones futuras.	Aborto Partos prematuros Malformaciones Preeclampsia Diabetes gestacional Otros _____	Nominal
Comorbilidades	Es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.	HTA Diabetes Mellitus Obesidad	Nominal

Prescripción médica	Acto científico, ético y legal. Un profesional médico utilizará un producto biológico, químico o natural que modificará las funciones bioquímicas y biológicas del organismo de una persona con el objetivo de alcanzar un resultado terapéutico.	Sí No	Nominal
------------------------	--	----------	---------

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal, con el objetivo de determinar las barreras sociales y culturales del rechazo del dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo en las pacientes de la consulta de planificación familiar del Hospital Municipal Mata Hambre, Junio ,2021- Enero, 2022. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.2. Área de estudio

El estudio tuvo lugar en el departamento de planificación familiar del Hospital Municipal Mata Hambre, ubicado en la calle interior A #13, Mata hambre, Distrito Nacional, República Dominicana. Está delimitado; al norte, por la calle interior 5ta; al sur, por la Av. Dr. Bernardo Correa y Cidrón; al este, por la calle Hermanas Bosch Gaviño y al oeste, por la calle interior A. (Ver mapa cartógrafo y vista aérea).



Mapa cartógrafo



Vista aérea

VI.3. Universo

El universo estuvo representado por las mujeres que asistieron a la consulta externa del Hospital Municipal Mata Hambre, Junio, 2021- Enero, 2022.

VI.4. Muestra

Se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple de 310 mujeres que acudieron a consulta externa de planificación familiar en el Hospital Municipal Mata Hambre, Junio, 2021- Enero, 2022.

Tamaño de la muestra: =

$$\frac{Z^2(p \times q)}{e^2 + \left(\frac{Z^2(p \times q)}{N}\right)}$$

$$\frac{e = (1.96)^2 (0.5 \times 0.05)}{\quad\quad\quad} = 310$$

$$0.05^2 + \left(\frac{(1.96)^2 (0.5 \times 0.05)}{1,592}\right)$$

Dónde:

z, es el nivel de confianza deseado

p, proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q, proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e, nivel de error dispuesto a cometer.

N, tamaño de la población

n, tamaño de la muestra

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Todas aquellas pacientes que asistieron a demandar el servicio de planificación familiar.

VI.5.2. De exclusión

1. Pacientes del servicio de planificación familiar que se nieguen a participar en la investigación.
2. Barrera del idioma.
3. Pacientes con el DIU colocado.

VI.6. Instrumento de recolección de datos.

Se elaboró un instrumento de recolección de datos que contiene 22 preguntas; 1 abierta y 21 cerradas. Contuvo datos sociodemográficos tales como edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y religión. (Ver anexo XII.2. Instrumento de recolección).

VI.7. Procedimiento

Luego de la aprobación del anteproyecto por parte de la unidad de investigación de la Facultad de Ciencias De la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), se solicitó la autorización en el Hospital Municipal Mata Hambre para la aprobación del anteproyecto. Luego de obtenidos los permisos correspondientes por el departamento de enseñanza, se seleccionaron a las pacientes que acudieron a consulta externa de planificación familiar durante el periodo de estudio; se realizó el proceso de consentimiento informado el cual concluyó con la firma de las participantes. La ejecución de la encuesta fue realizada en el periodo de agosto-noviembre. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.8. Tabulación

Los datos obtenidos fueron tabulados en Microsoft Excel.

VI.9. Análisis

La información obtenida fue analizada en frecuencia simple.

IV.10. Consideraciones éticas

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁵² y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁵³ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión, a través de la Escuela de Medicina y de la Coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), así como a la consulta de planificación familiar del

Hospital Municipal Mata Hambre, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

Los datos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en la base de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por los investigadores.

Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

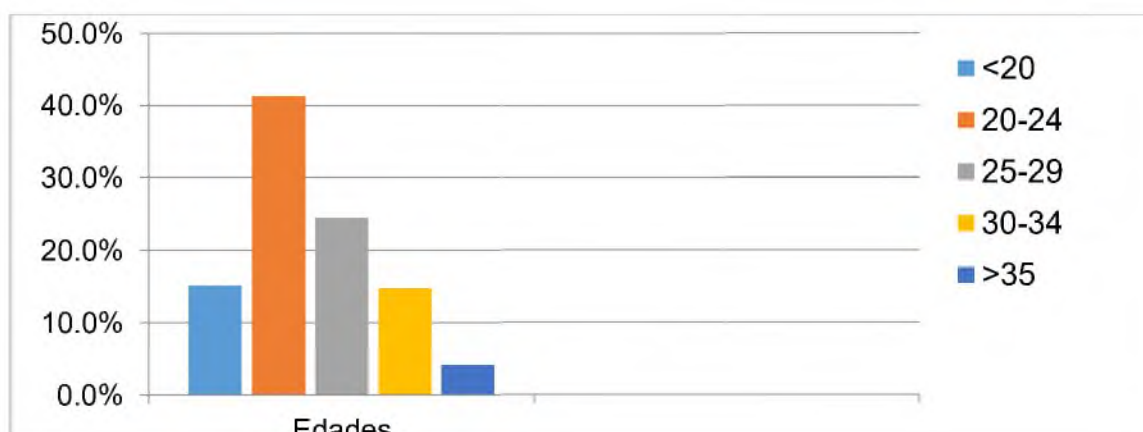
Tabla 1. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
<20	47	15.2
20-24	128	41.3
25-29	76	24.5
30-34	46	14.8
>35	13	4.2
Total	310	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De 310 pacientes que asistieron a la unidad de planificación en el periodo de estudio, mujeres de 20-24 años fueron la población más común representando el 41.3 por ciento, seguida por mujeres de 25-29 años con 24.5 por ciento, menores de 20 años con 15.2 por ciento, mujeres de 30-34 años con 14.8 por ciento y la población más escasa, mayores de 35 años con 4.2 por ciento.

Gráfica 1. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según edad.



Fuente: Tabla 1.

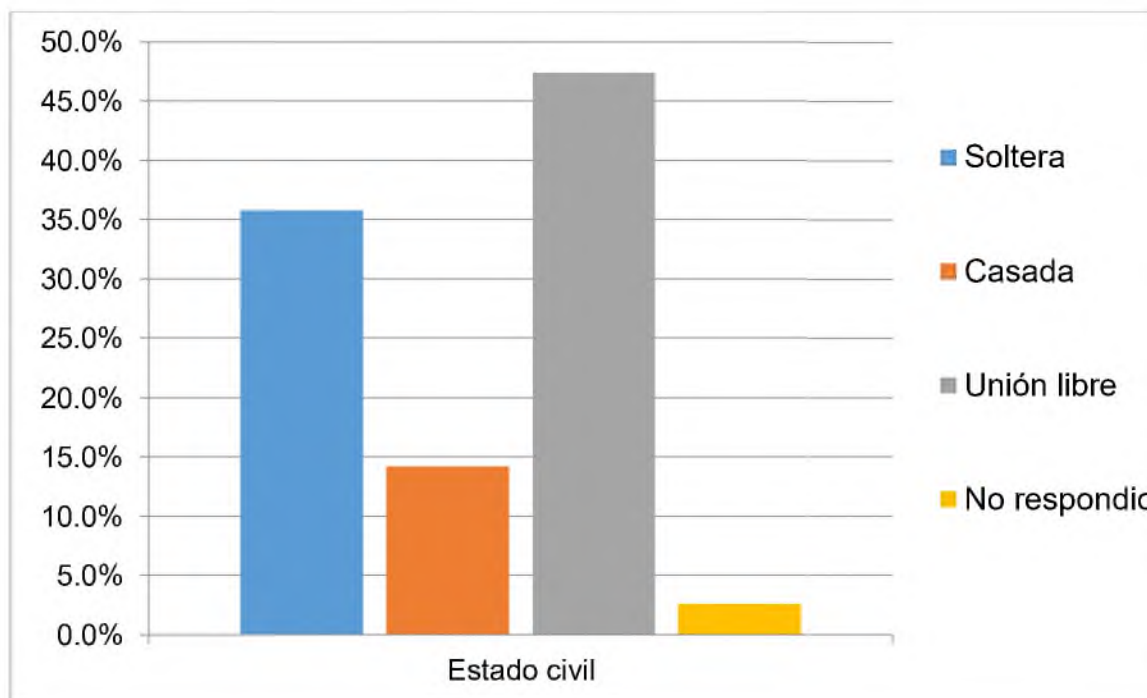
Tabla 2. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	111	35.8
Casada	44	14.2
Unión libre	147	47.4
No respondió	8	2.6
Total	310	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Con respecto al estado civil el 47.4 por ciento de las mujeres eran convivientes, el 35.8 por ciento eran solteras, el 14.2 por ciento eran casadas y el 2.6 por ciento mantuvo su estado desconocido.

Gráfica 2. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según estado civil.



Fuente: tabla 2.

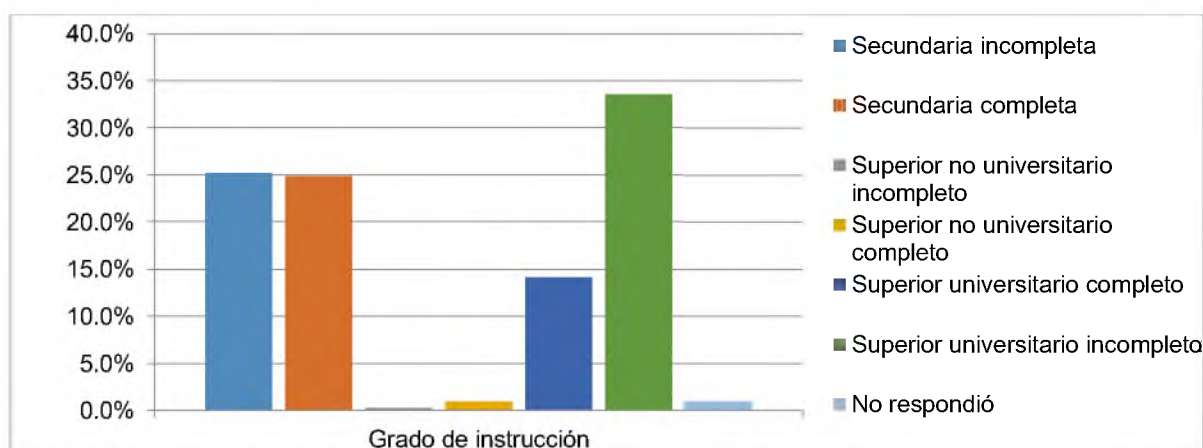
Cuadro 3. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según grado de instrucción.

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Secundaria incompleta	78	25.2
Secundaria completa	77	24.8
Superior no universitario incompleto	1	0.3
Superior no universitario completo	3	1.0
Superior universitario completo	44	14.2
Superior universitario incompleto	104	33.5
No respondió	3	1.0
Total	310	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De acuerdo al grado de instrucción el 33.5 por ciento cursó el superior universitario incompleto, el 25.2 por ciento cursó la secundaria incompleta, el 24.8 por ciento cursó la secundaria completa y el 14.2 por ciento cursó el superior universitario completo.

Gráfica 3. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según grado de instrucción.



Fuente: tabla 3.

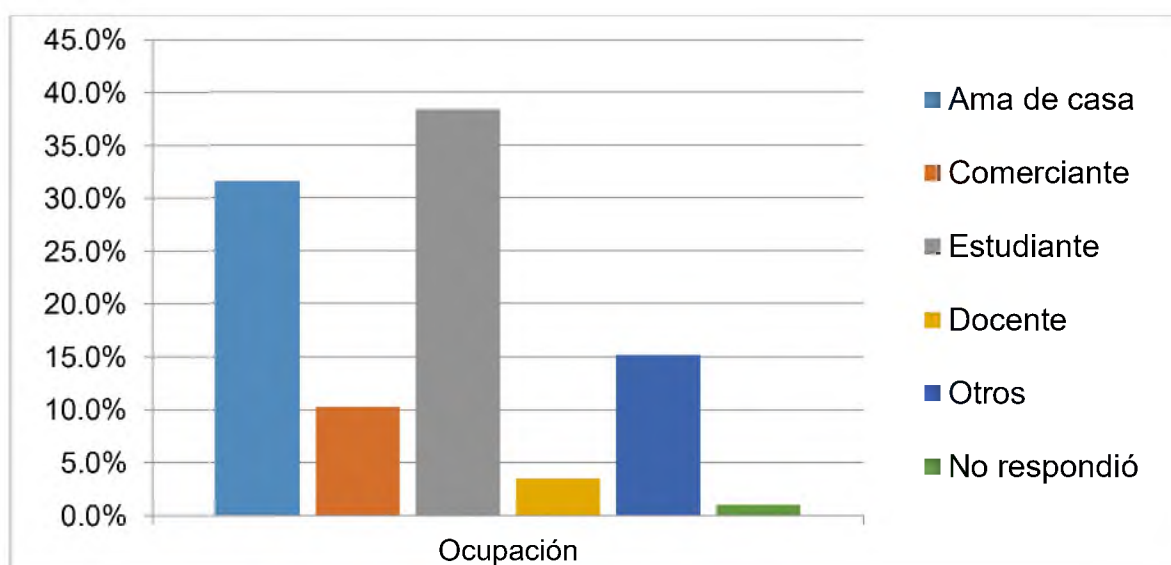
Tabla 4. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	98	31.6
Comerciante	32	10.3
Estudiante	119	38.4
Docente	11	3.5
Otros	47	15.2
No respondió	3	1.0
Total	310	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De acuerdo con la ocupación el 38.4 por ciento era estudiante, el 31.6 por ciento era ama de casa, el 15.2 por ciento tenía otra ocupación, el 10.3 por ciento era comerciante, el 3.5 por ciento era docente y el 1.0 por ciento se le desconoce su ocupación.

Gráfica 4. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según ocupación.



Fuente: tabla 4.

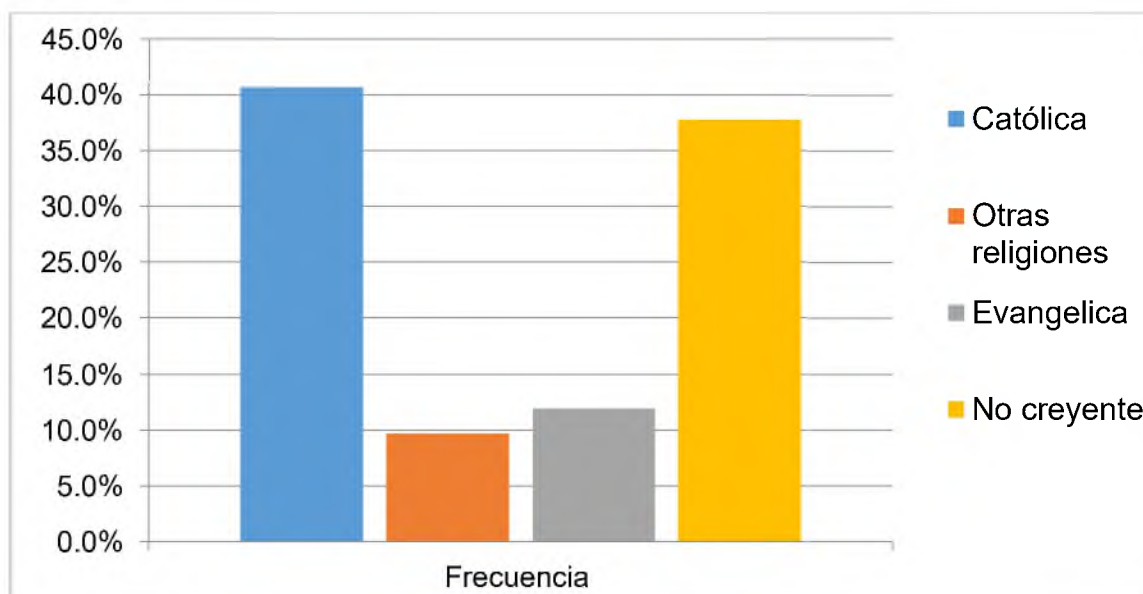
Tabla 5. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según religión.

Religión	Frecuencia	%
Católica	126	40.7
Evangelica	37	11.9
Otras religiones	30	9.7
No creyente	117	37.7
Total	310	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según las barreras sociales en cuanto a la religión el 40.7 fueron de religion catolica, seguida de mujeres no creyende en ninguna religion con un 37.7 por ciento, mujeres evangelicas con un 11.9 por ciento y por ultimo mujeres que pertenecian a otra religion con un 9.7 por ciento.

Gráfica 5. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según religión.



Fuente: tabla 5.

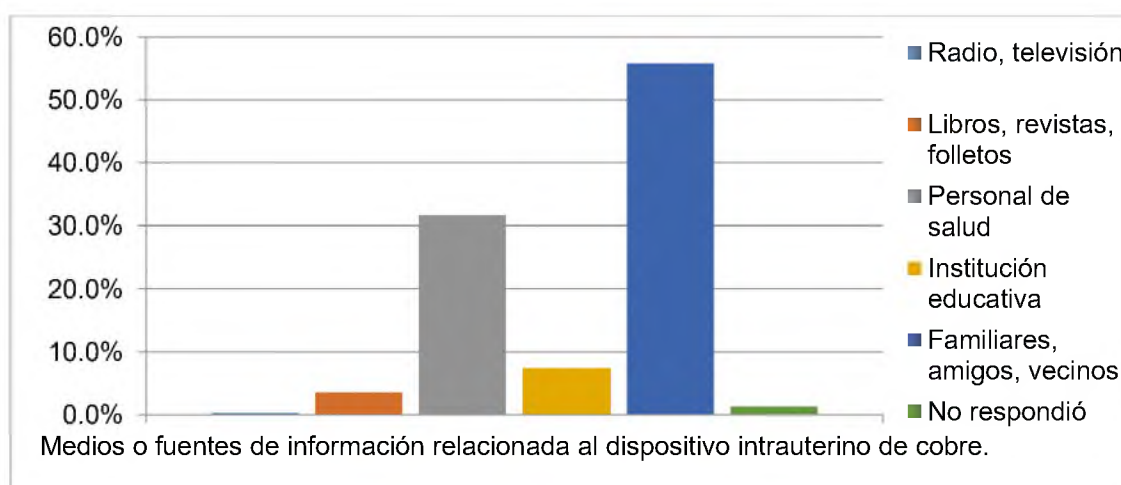
Tabla 6. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según medios o fuentes de información.

Medios o fuentes de información relacionada al dispositivo intrauterino de cobre.	Frecuencia	%
Radio, televisión	1	0.3
Libros, revistas, folletos	11	3.5
Personal de salud	98	31.6
Institución educativa	23	7.4
Familiares, amigos, vecinos	173	55.8
No respondió	4	1.3
Total	310	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Con respecto a los medios o fuentes de información se puede observar que el 55.8 por ciento de las mujeres se informó mediante familiares, amigos y vecinos; el 31.6 por ciento se informó por el personal de salud y el 7.4 por ciento se informó por vía de una institución educativa.

Gráfica 6. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según medios o fuentes de información.



Fuente: Tabla 6.

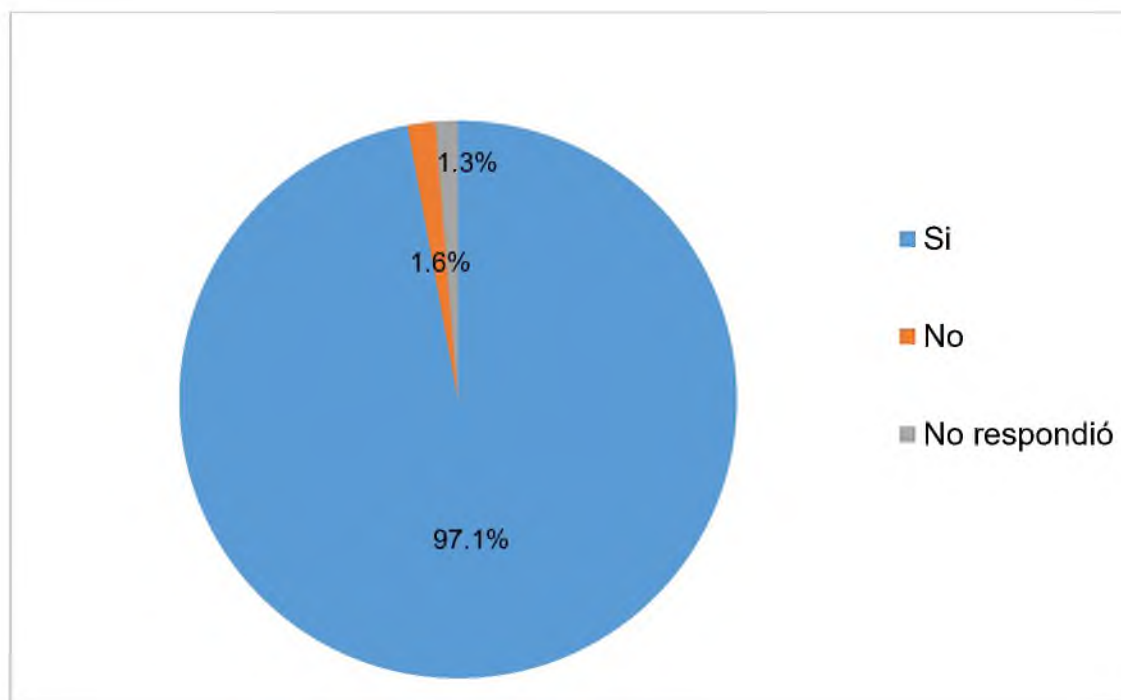
Cuadro 7. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambreen el periodo Junio, 2021-Enero, 2022, según el conocimiento sobre la existencia del DIU.

¿Conoce el método anticonceptivo DIU?	Frecuencia	%
Si	301	97.1
No	5	1.6
No respondió	4	1.3
Total	310	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según el conocimiento de acuerdo a la existencia del DIU el 97.1 por ciento afirma conocerlo, mientras que el 1.6 por ciento dice no saber y el 1.3 por ciento lo desconoce.

Gráfica 7. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambreen el periodo Junio, 2021-Enero, 2022, según el conocimiento sobre la existencia del DIU.



Fuente: Cuadro 7.

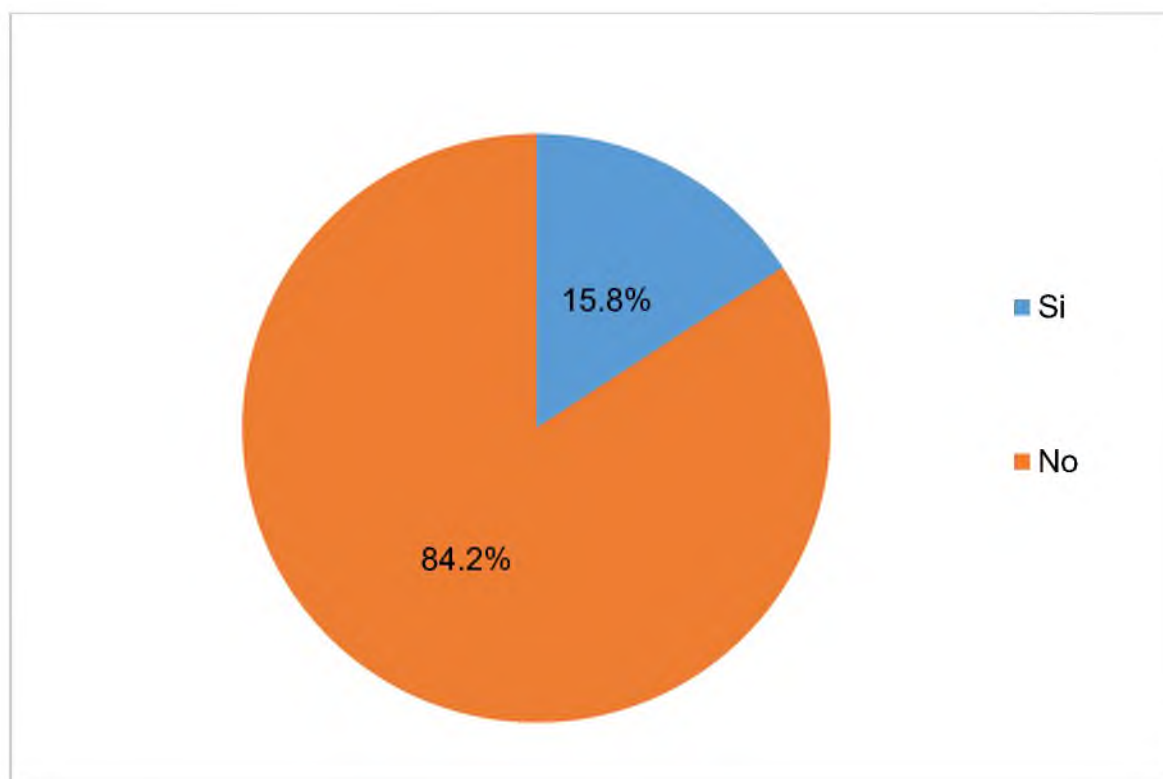
Cuadro 8. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según la utilización del DIU.

¿Has usado el DIU alguna vez?	Frecuencia	%
Si	49	15.8
No	261	84.2
Total	310	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De acuerdo al uso del DIU el 84.2 por ciento afirma el haber usado este método, mientras que el 15.8 por ciento dice que no.

Gráfica 8. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según la utilización del DIU.



Fuente: tabla 8.

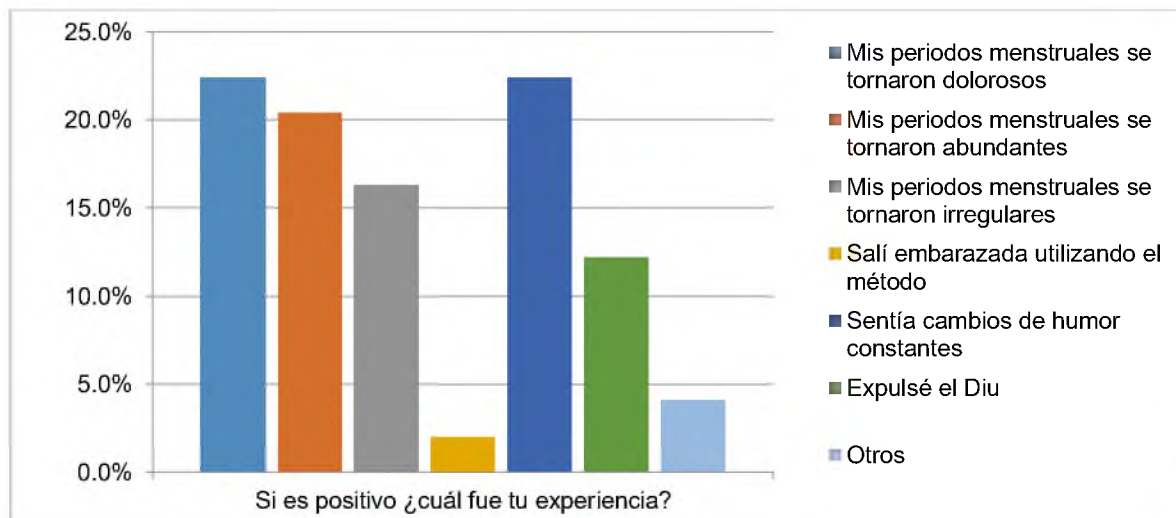
Tabla 9. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según la experiencia sobre el uso del DIU.

Si es positivo ¿Cuál fue tu experiencia?	Frecuencia	%
Mis periodos menstruales se tornaron dolorosos	11	22.4
Mis periodos menstruales se tornaron abundantes	10	20.4
Mis periodos menstruales se tornaron irregulares	8	16.3
Salí embarazada utilizando el método	1	2.0
Sentía cambios de humor constantes	11	22.4
Expulsé el Diu	6	12.2
Otros	2	4.1
Total	49	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Con respecto a la experiencia que tuvieron las pacientes con el uso del DIU el 23.9 por ciento dice que sus periodos menstruales se tornaron muy dolorosos, el otro 23.9 por ciento dice que sentían cambios de humor constante y el 21.7 por ciento dice que sus periodos menstruales se tornaron abundantes.

Gráfica 9. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según la experiencia sobre el uso del DIU.



Fuente: tabla 9.

Tabla 10. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022.

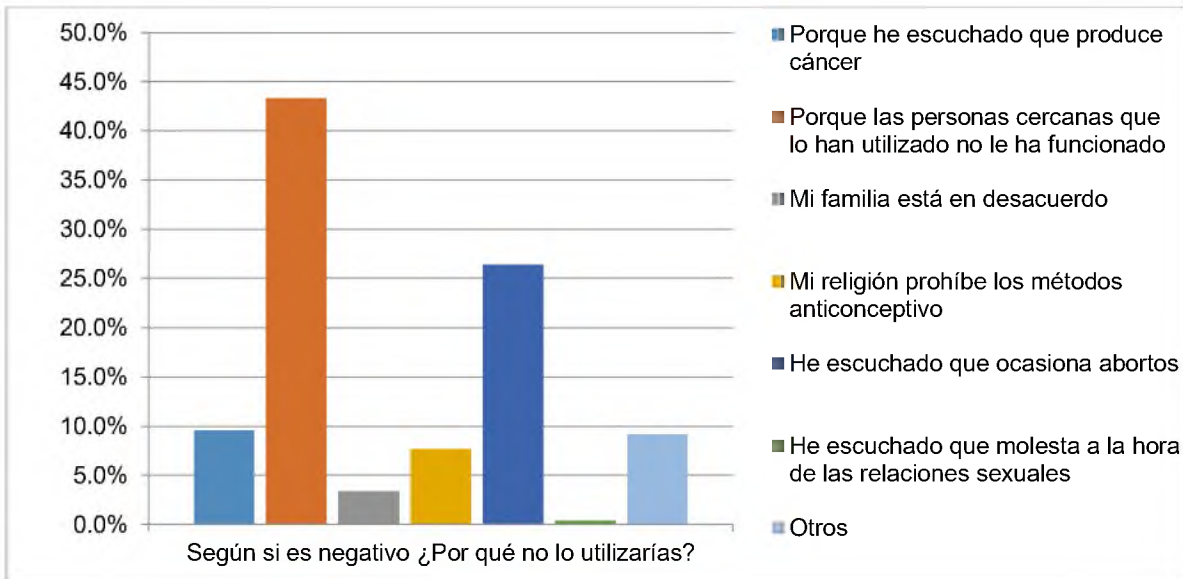
Si es negativo ¿Por qué no lo utilizarías?	Frecuencia	%
Porque he escuchado que produce cáncer	25	9.6
Porque las personas cercanas que lo han utilizado no les ha funcionado.	113	43.3
Mi familia está en desacuerdo	9	3.4
Mi religión prohíbe los métodos anticonceptivos	20	7.7
He escuchado que ocasiona abortos	69	26.4
He escuchado que molesta a la hora de las relaciones sexuales	1	0.4
Otros	24	9.2
Total	261	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

*261 Pacientes que negaron el uso del dispositivo DIU

Aquí se puede observar que el 42.8 por ciento de las pacientes dice no atreverse a utilizar el método porque las personas cercanas que lo han utilizado no les ha funcionado, el 25.7 por ciento ha escuchado que ocasiona abortos y el 10.6 por ciento dice tener otros motivos.

Gráfica 10. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022.



Fuente: tabla 10.

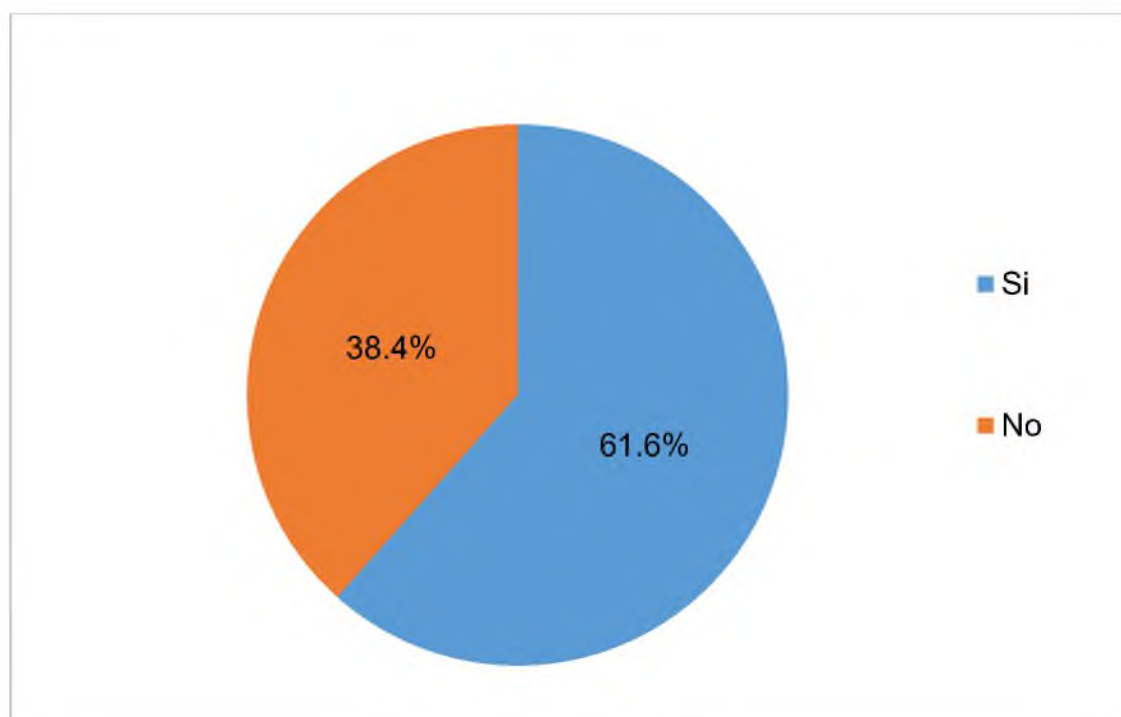
Tabla 11. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según accesibilidad al DIU.

¿Vives cerca de algún lugar donde ponen el DIU?	Frecuencia	%
Si	191	61.6
No	119	38.4
Total	310	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 61.6 por ciento de las pacientes afirma vivir cerca de un lugar donde ponen el DIU, mientras que el 38.4 por ciento dice que no.

Gráfica11. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según accesibilidad al DIU.



Fuente: tabla 11.

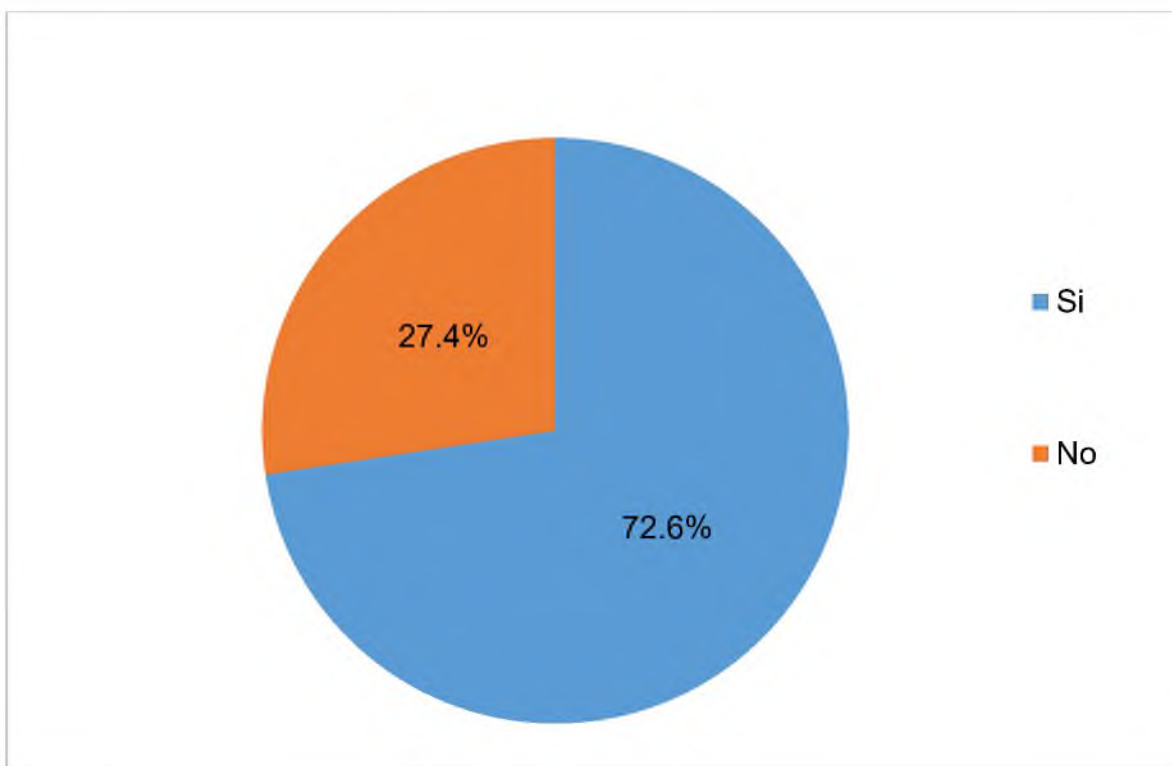
Tabla 12. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según accesibilidad económica del DIU.

¿Sabía usted que el DIU lo ponen de manera gratuita?	Frecuencia	%
Si	225	72.6
No	85	27.4
Total	310	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 72.6 por ciento de las pacientes afirma saber que el DIU lo ponen de manera gratuita, mientras que el 27.4 por ciento dice que no.

Gráfica 12. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según accesibilidad económica del DIU.



Fuente: Tabla 12.

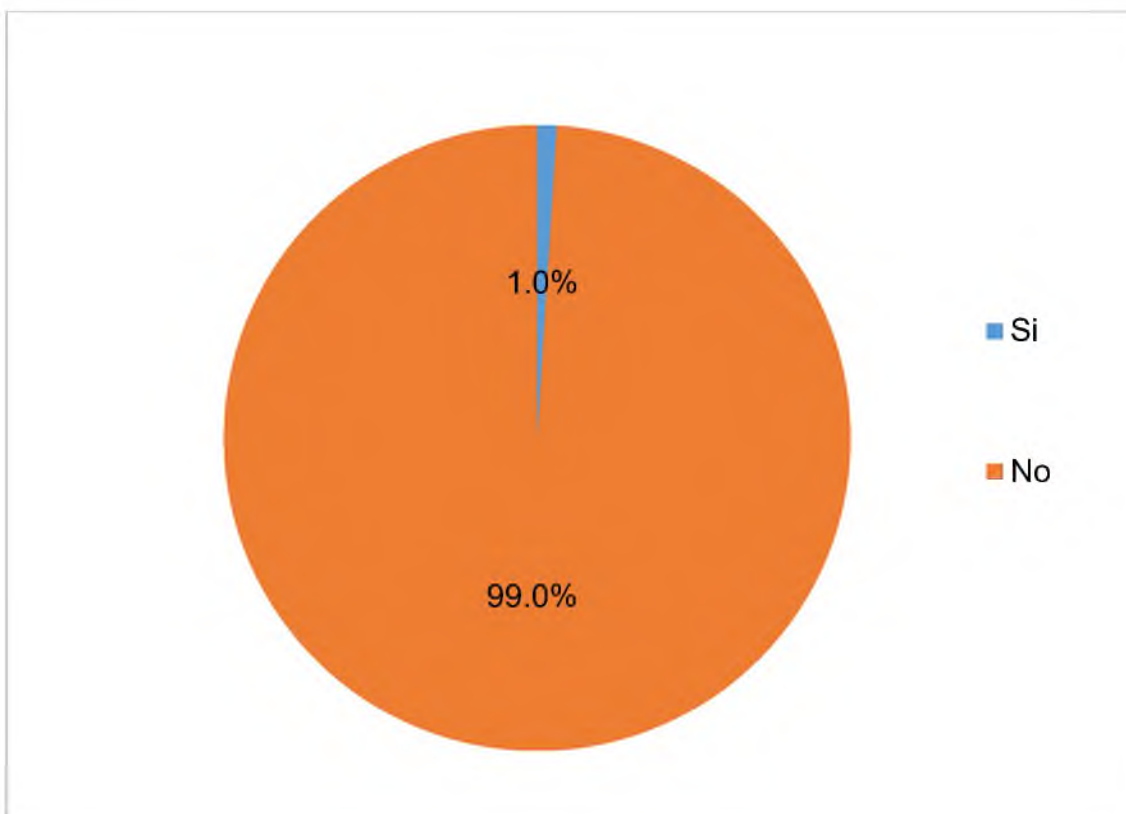
Tabla 13. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según negativa del servicio de salud a la aplicación del DIU.

¿Se le ha negado en algún momento ponerse el DIU?	Frecuencia	%
Si	3	1.0
No	307	99.0
Total	310	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 99.0 por ciento de las pacientes dice que no se le negó la aplicación del método anticonceptivo, mientras que el 1.0 por ciento dice que le fue negado.

Gráfica 13. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según negativa del servicio de salud a la aplicación del DIU.



Fuente: tabla 13.

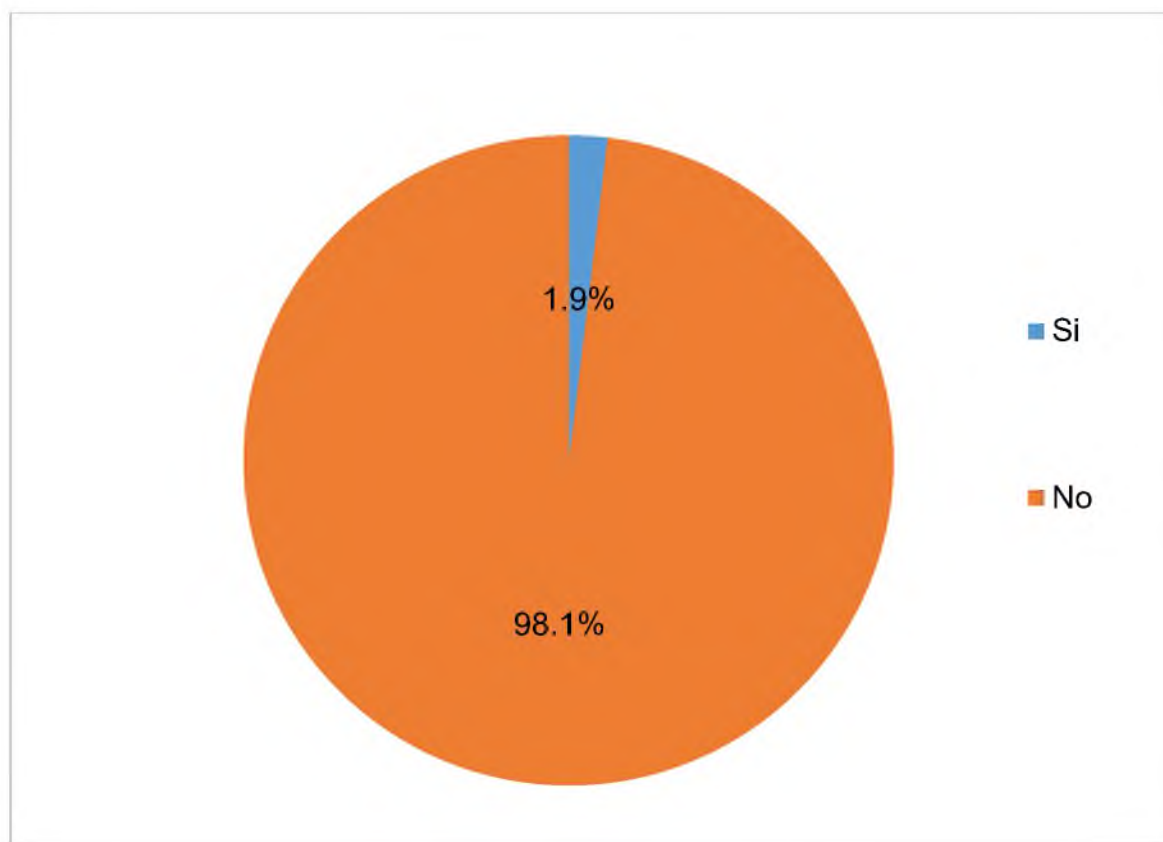
Tabla 14. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según oprobio en la solicitud de este método anticonceptivo.

¿Te da vergüenza solicitar este método anticonceptivo?	Frecuencia	%
Si	6	1.9
No	304	98.1
Total	310	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 98.1 por ciento de las pacientes dice no sentir vergüenza por solicitar el método anticonceptivo, mientras que el 1.9 por ciento dice que sí.

Gráfico 14. Barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero, 2022, según oprobio en la solicitud de este método anticonceptivo.



Fuente: tabla 14.

VIII. DISCUSIÓN

Una vez obtenidos los resultados se procedió a comparar los diferentes estudios sobre las barreras sociales y culturales asociadas al uso del dispositivo intrauterino (DIU).

En nuestro estudio, un 41.3 por ciento de las mujeres comprendía edades entre 20-24 años, seguida de un 24.5 por ciento por mujeres de 25 a 29 años, datos que asemejan a los de un estudio realizado por Burga-Mejía, A. en el Hospital General José Soto Cadenillas Chota, en el año 2016, donde el 40.5 por ciento de las mujeres tenían edades entre 22 y 28 años. Por el contrario, en la investigación dirigida por Ramírez, S. y Cornelio, Y. en usuarias del Hospital Municipal de Mata Hambre, Rep. Dom. en el año 2013, el rango de edad estuvo entre los 26 y 34 años.

El estado civil de conviviente o unión libre, predominó con un 47.4 por ciento. Datos similares se obtuvieron en el estudio realizado por Pérez-Rodríguez B. y Pérez-Cuevas B. (2016) en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en la Rep. Dom. donde el 53.9 por ciento de las pacientes vivían en unión libre. Por el contrario, los datos obtenidos en la investigación llevada a cabo por Viza-Bruton, M. en Arequipa, Perú (2018), el resultado fue de un 9 por ciento para convivientes.

La ocupación del 38.4 por ciento de las encuestadas eran estudiantes. Datos similares se obtuvieron en el estudio realizado por Viza-Bruton, M. (2018) donde la ocupación predominante fue estudiante (89%). Por el contrario, en el estudio realizado por Burga-Mejía, A. en el Hospital General José Soto Cadenillas Chota, en el año 2016, la ocupación predominante fue ama de casa representando el 72.25 por ciento de la muestra estudiada.

El 33.5 por ciento cursó el nivel superior universitario incompleto. A diferencia de un estudio realizado por Pérez-Rodríguez B. y Pérez-Cuevas B. (2016) en la consulta de planificación familiar del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el 2016, en donde los estudios secundarios fueron los resultados de mayor porcentaje con un 49.1 por ciento.

El 40.65 por ciento pertenece a la religión católica, arrojando datos similares a los estudios realizados por Burga-Mejía, A. (2016) y Ramírez, S. y Cornelio, Y. (2013) predominó la religión católica con un 93.7 por ciento y un 56.8 respectivamente.

El 55.8 por ciento de las mujeres se informó mediante familiares, amigos y vecinos datos que coinciden con los del estudio realizado por Burga-Mejía, A. en el 2016 con un 70.9 por ciento. Contrario a esto, en los resultados de un estudio realizado en el Centro de Adolescentes en Salud Reproductivas en el Hospital Bertha Calderón Roque (2015), en Nicaragua y bajo la autoría de Ruiz-Guido, J. y colaboradores, el 37.5 por ciento se informó a través de trabajadores de la salud.

El 22.4 por ciento de las pacientes que tuvieron experiencia con el uso del DIU dice que sus periodos menstruales se tornaron muy dolorosos, el otro 22.4 por ciento dice que sentían cambios de humor constante. A diferencia del estudio realizado por Ramírez, S. y Cornelio, Y. en el año 2013, el 34.09 por ciento, dice haber experimentado infecciones vaginales y sangrado abundante (13.6%).

Este estudio revela que un alto porcentaje de las mujeres tienen conocimiento sobre la existencia de este método anticonceptivo, su disponibilidad y oferta de manera gratuita. Sin embargo, la falta de información acerca del mismo, y el miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja limitan su uso. Otra de las barreras más comunes son los efectos secundarios del método y los temores sobre el riesgo para la salud, afectando así el uso correcto del DIU y manteniendo el rechazo de este método anticonceptivo, que a su vez se traduciría en un aumento en la demanda de otros métodos de planificación familiar.

IX. CONCLUSIÓN

Luego de haber realizado nuestra investigación sobre las barreras sociales y culturales asociadas al uso del Dispositivo Intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el periodo Junio, 2021- Enero 2022, concluimos lo siguiente:

1. Según el rango de edad el 41.3 por ciento estaba entre los 20-24 años, mientras que el 24.5 por ciento era mujeres de 25-29 años.
2. Con respecto al estado civil el 47.4 por ciento de las mujeres eran convivientes, el 35.8 por ciento eran solteras y el 14.2 por ciento eran casadas.
3. De acuerdo al grado de instrucción el 33.5 por ciento cursó el superior universitario incompleto, el 25.2 por ciento cursó la secundaria incompleta.
4. De acuerdo con la ocupación el 38.4 por ciento era estudiante, el 31.6 por ciento era ama de casa, el 15.2 por ciento tenía otra ocupación, el 10.3 por ciento era comerciante, el 3.5 por ciento era docente.
5. Según las barreras sociales en cuanto a la religión el 40.7 por ciento pertenecía a la religión católica, mientras que el 37.7 por ciento eran no creyentes.
6. Con respecto a los medios o fuentes de información se pueden observar que el 55.8 por ciento se informó mediante familiares, amigos y vecinos; el 31.6 por ciento se informó por el personal de salud.
7. Según el conocimiento de acuerdo a la existencia del DIU el 97.1 por ciento afirma conocerlo, mientras que el 1.6 por ciento dice no saber y el 1.3 por ciento lo desconoce.
8. De acuerdo al uso del DIU el 84.2 por ciento afirma el haber usado este método, mientras que el 15.8 por ciento dice que no.
9. Con respecto a la experiencia que tuvieron las pacientes con el uso del DIU el 22.4 por ciento dice que sus periodos menstruales se tornaron muy dolorosos, el otro 22.4 por ciento dice que sentían cambios de humor constante y el 20.4 por ciento dice que sus periodos menstruales se tornaron abundantes.

- 10.El 43.3 por ciento de las pacientes dice no atreverse a utilizar el método porque las personas cercanas que lo han utilizado no les ha funcionado, el 26.4 por ciento ha escuchado que ocasiona abortos.
- 11.El 61.6 por ciento de las pacientes afirma vivir cerca de un lugar donde ponen el DIU, mientras que el 38.4 por ciento dice que no.
- 12.El 72.6 por ciento de las pacientes afirma saber que el DIU lo ponen de manera gratuita, mientras que el 27.4 por ciento dice que no.
- 13.El 99.0 por ciento de las pacientes dice que no se le negó ponerse el método anticonceptivo, mientras que el 1.0 por ciento dice que sí.
- 14.El 98.1 por ciento de las pacientes dice no sentir vergüenza por solicitar el método anticonceptivo, mientras que el 1.9 por ciento dice que sí.

X. RECOMENDACIONES

1. Ampliar el acceso a información sobre métodos anticonceptivos, a través de la difusión de programas de Salud Sexual y Reproductiva en la televisión, radio y redes sociales, lo que permitirá tener un mayor y mejor conocimiento.
2. Involucrar y aumentar la participación de los profesionales de la salud en la búsqueda activa de soluciones a situaciones de riesgo en el contexto de las mujeres en edad reproductiva, para que las temáticas referentes a educación sexual sean brindadas de manera adecuada y completa específicamente en cuanto a riesgos y la manera correcta de utilizar los métodos anticonceptivos, fomentando así prácticas de auto cuidado que impulsen la sexualidad segura.
3. Incluir en el plan curricular de las escuelas y universidades asignaturas que permitan conocer el aspecto cultural de la población, con el fin de identificar los mitos, costumbres y prácticas que tengan; que permita establecer una estrategia para abordar este tema de gran importancia.
4. Mejorar las habilidades de comunicación y orientación de los proveedores de salud de manera que puedan interactuar de un modo más abierto y positivo con sus pacientes y ofrecerles servicios de planificación familiar de alta calidad.
5. Reforzar dentro de las políticas y el programa de Salud Sexual y Reproductiva, la metodología y estrategias en salud, con el propósito de identificar, evaluar y calificar la oferta de servicios de salud a las diferentes instituciones, el acceso a información de manera oportuna, veraz y de calidad en relación a todas las propuestas de trabajo, metodologías, objetivos, resultados y aportes, para facilitar la elaboración de los planes de acción del Hospital Municipal Mata Hambre; por último, brindar una herramienta de control y seguimiento sobre cada proceso que se adelanta en cada comunidad.

XI. REFERENCIAS

1. Cogna M. Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile. Oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES y Banco Interamericano de Desarrollo, (BID). Buenos Aires, 2015.
2. Hurt K. J., Guile M. W., Bienstock J. L., Fox H. E., Wallach E. E. The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics; 4ed, Baltimore. (Estados Unidos):Editorial Wolters Kluwer; 2016; 383-384.
3. Del Toro-Rubio M. Factores familiares y socioculturales posiblemente asociados con la no planificación familiar en hombres y mujeres entre edades de 15 a 44 años del barrio Olaya Herrera Sector Rafael Núñez en la ciudad Cartagena de Indias D, T y C. [sede web]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2015
4. Josué David Ruiz Guido. Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el DIU. 2015.
5. Instituto Tecnológico de Santo Domingo. Centro de estudios de Genero (CEG-INTEC). Costos del embarazo y la maternidad en la adolescencia en la República Dominicana. [Sede Web]. Santo Domingo (República Dominicana). 2013. Indicadores estadísticos y tendencias el embarazo en adolescentes. 2013; 15-30. Disponible en: 119 <http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/CostosMaternidadenAdolescenciaRDweb.pdf>
6. Pérez-Rodríguez B, Pérez-Cuevas B. Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en mujeres que asisten a consulta de Planificación Familiar del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo de enero-diciembre, 2016. [Tesis de grado para obtener el título de doctor en medicina]. Universidad Nacional Pedro Henrique Ureña (UNPHU). Santo Domingo, República Dominicana. 2017;12-95.
7. Ramírez J, Solís N, Cornelio, Y. Abandono del dispositivo intrauterino (DIU) en usuarias del Hospital Municipal de Mata Hambre, junio 2013. [Tesis de

- grado para obtener el título de doctor en medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Santo Domingo, República Dominicana. 2013;10-107.
8. Oficina Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples. ENHOGAR-MICS 2014. Salud Reproductiva. Santo Domingo (República Dominicana). Disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/ENHOGAR%20MICS%202014%20Informe%20b%C3%A1sico.pdf>
 9. Ramos-Macea D, Ramos-De Mota A, Ramírez-Zabala V. Frecuencia y uso de los métodos anticonceptivos en las pacientes de 20-45 años, asistidas en la consulta de Ginecología y Obstetricia. Hospital Municipal Mata Hambre Octubre-diciembre 2014 [Tesis para obtener el título de doctor en medicina]. Santo Domingo (República Dominicana); Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). 2014.
 10. OPS. La gran disparidad en el acceso a métodos anticonceptivos refleja inequidades sociales en los países de América Latina y el Caribe [Pagina Web], 2019.
 11. Jorge Peláez Mendoza. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. RevCubanaObstetGinecol vol.42 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2016
 12. Ramos, S. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes [Sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [última revisión: 1 de agosto de 2014], [consultado en 2020]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/adolescent/cd005215_ramoss_com/es/.
 13. Josué David Ruiz Guido. Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el DIU. 2015.
 14. Protocolos Sociedad Española de Gineco Obstetricia/Sociedad Española de Contracepción. Anticoncepción Intrauterina. Sevilla. 2015.
 15. Centro de prensa de la Organización Mundial de Salud. Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva N°110. [Internet]. Diciembre de 2015.

- [Citado 03 de enero del 2016]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
16. Ministerio de Salud Pública. Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana 2013. Maryland (EE.UU). 2014. Disponible en:
<http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/DRDHS2013-Final02-10-2013.pdf>
 17. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar [Internet]. 2015; 78(1):1-5. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
 18. Gutinab, S. Asociación Médica Argentina de Anticonceptivos. Recuperado el 25 de Enero de 2015.
 19. María, B. M., & Steve, C. B. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en Adolescentes del turno matutino de secundaria del Colegio Nuestra Señora de la Asunción, del municipio de Juigalpa Choontales, (2013).
 20. Planck, A. D. Actitudes y prácticas empleadas por los adolescentes de la ciudad de Somoto en relación al uso de métodos anticonceptivos y al embarazo. *Revista Universidad y Ciencia*, (2013). 7 (10), 2-9.
 21. Beatriz Pérez Rodríguez y Beyda Pérez Cuevas. Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en mujeres que asisten a consulta de planificación familiar. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora De la Altagracia. República Dominicana (2017).
 22. Ricardo S-FF, Melian SC., Valon RO., Reinoso OS., Garcia AE. "Anticoncepción de emergencia" [artículo en línea]. *MEDISAN* 2006; 10(1)
 23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Anticoncepción de urgencia. [Página Web]. 2 de febrero de 2018.
 24. Amada Izquierdo Hernández. Salud sexual y reproductiva. *RevCubanaEnfermer* vol.29 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2016
 25. Trussell J, Vaughan B. Proyecciones del uso de anticonceptivos: 2010 a 2015. *Am J ObstetGynecol* 2015; 167: 1160-1164.

26. Oddens BJ, Visser AP, Vemer HM, Everaerd WTAM. Uso de anticonceptivos y actitudes en la Alemania reunificada. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 2016; 57: 201-208.
27. Palermo T, Bleck J, Westley E. Conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia: un análisis multipaís . *Perspectivas internacionales sobre salud sexual y reproductiva*. 2017; 40 (2): 79-86.
28. Friedman JO. Factores asociados con la satisfacción anticonceptiva en mujeres adolescentes que utilizan el DIU. *J PediarAdolescGynecol*. 2015; 28: 38-42.
29. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2ª edición. Disponible en: [consultado el 2-11-2005]
30. Potter J, Santelli JS. Anticoncepción para adolescentes: revisión y orientación para médicos pediátricos. *MinervaPediatr*. 2015; 67: 33-45.
31. Díaz J, Fauno A, Díaz M, Marchi N. Evaluación del desempeño clínico de un DIU liberador de levonorgestrel, hasta siete años de uso, en Campinas, Brasil. *Anticoncepción* 2013; 47 (2): 169-75.
32. Monteiro I, Bahamondes L, Díaz J, Perrotti M, Petta C. Uso terapéutico del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en mujeres con menorragia: un estudio piloto. *Anticoncepción* 2016; 65 (5): 325-8.
33. Grigorieva V, Chen-Mok M, Tarasova M, Mikhailov A. Uso de un sistema intrauterino liberador de levonorgestrel para tratar el sangrado relacionado con los leiomiomas uterinos. *FertilSteril* 2013; 79 (5): 1194-98.
34. Adams Hillard PJ. Actualización de la anticoncepción, en Atención primaria en obstetricia y ginecología: un manual para médicos, Springers-Verlag, Nueva York, 2016: 117-137.
35. Alfonso JA; Alphonse D, Sosa M. Evolución de la fecundidad y la planificación familiar, en apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba. La Habana: SOCUDEF; 2013.p.1-13.

36. Dunson D, Colombo B, Baird D. Cambios con la edad en el nivel y la duración de la fertilidad en el ciclo menstrual. *Hum Reprod* 2016; 17 (5): 1399-1403.
37. Hewitt G, Cromer B. Actualización sobre anticoncepción adolescente. *ObstetGynecol Clin North Am* 2016; 27 (1): 143-162.
38. Otoide VO, Orosaye F, Okonofua FE. Por qué los adolescentes nigerianos abandonaron el aborto en lugar de la anticoncepción, 2016; 27 (2): 77-81.
39. Mathier S, Greene M, Malhotra A. Demasiado joven para casarse: la vida, los derechos y la salud de los jóvenes casados Girlos. Nueva York, 2014.
40. Bedoya JM. Historia. En: *Contracepción por dispositivo intrauterino*. Madrid: Ed. ELA. 2013.
41. Herrera H. Resolución laparoscópica de translocación abdominal de dispositivo intrauterino. Reporte de un caso. *RevPerinatolReprod Hum* 2013; 26 (2): 129-132.
42. Azpilcueta A. Romero S. Motta E. Perforación uterina y rectosigmoide por dispositivo intrauterino, presentación de un caso con revisión de la literatura. *Gaceta Médica de México* 2013; vol 139, N° 1, 73-75
43. Cheliz G. García E Hernández C. Migración Intravesical de un dispositivo intrauterino. *Revista Argentina de Urología*, 2015; Vol. 58:29-31
44. Perucca E. Rojas V. León M. Dispositivo intrauterino intravesical en expulsión en embarazo de tercer trimestre: reporte de un caso. *RevChilObstetGinecol* 2016; 76(3): 180-182
45. Fernández A. Norbert A. Sánchez A. Migración de un dispositivo intrauterino al ovario. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*; 2016; 37(3):409-413.
46. Factores que influyen en la toma de Decisiones [internet] 2013 [citado 13 de diciembre del 2015].
47. Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Mitos y métodos anticonceptivos. [Internet] 2014[citado 06 de diciembre del 2015]

48. Medina C. Uso del dispositivo intrauterino reversible y de larga duración en mujeres asistidas en la sala de puerperio normal. Revista de Facultad de Ciencias Médicas, Republica Dominicana, 2014.
49. Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Mitos y métodos anticonceptivos. [internet] 2015.
50. Fronteras de la Salud Reproductiva. Clientas y proveedores requieren mayor apoyo y orientación sobre el DIU. 2013 Julio.
51. Katz y colaboradores. Factores que inciden en el uso limitado del DIU en el Salvador. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. 2014.
52. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2000; VI (2): 321.
53. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2017.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2020-2021	
Selección del tema	2021- 2022	Junio 2021
Búsqueda de referencias		Junio 2021
Elaboración del anteproyecto		Julio 2021
Sometimiento y aprobación		Agosto 2021
Ejecución de las encuestas		Noviembre 2021
Tabulación y análisis de la información		Diciembre 2021
Redacción del informe		Enero 2022
Revisión del informe		Enero 2022
Encuadernación		
Presentación		

XII.2. Instrumento de recolección de datos.

BARRERAS SOCIALES Y CULTURALES ASOCIADAS AL USO DEL
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) EN EL HOSPITAL MUNICIPAL MATA
HAMBRE, JUNIO, 2021- ENERO, 2022.

I. Perfil biológico

I.1. Edad: _____

I.2. Estado civil:

Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada

I.3. Grado de instrucción:

Ilustrada Primeria Incompleta Primaria Completa Secundaria
incompleta Secundaria Completa Superior no universitario Incompleta
 Superior no universitario completo Superior Universitario Completo
 Superior universitaria Incompleto

I.4. Ocupación

Ama de casa Comerciante Estudiante Docente Otro:

II. Barreras sociales

II.1. Religión

Católica No católica Ninguna

II.2. Medios o fuentes de información relacionada al dispositivo intrauterino de
cobre.

a) Radio, televisión. b) Libros, revistas, folletos. c) Personal de salud
d) Institución educativa e) Familiares, amigos, vecinos.

III. Barreras sociales y culturales

Contesta encerrando en un círculo seleccionando sólo 1 opción:

III.1. Sociales

1. ¿Conoces el método anticonceptivo DIU?

-Si -No

2. ¿Has usado el DIU alguna vez?

-Si -No

Si respondes si, ¿cuál fue tu experiencia?

- a) Mis periodos menstruales se tornaron dolorosos
- b) Mis periodos menstruales se tornaron abundantes
- c) Mis periodos menstruales se tornaron irregulares
- d) Salí embarazada utilizando este método
- e) Sentía cambios de humor constantes
- f) Expulsé el Diu

Si respondes no, ¿por qué no lo utilizarías?

- a) Porque he escuchado que produce cáncer
- b) Porque las personas cercanas que lo han utilizado no les ha funcionado
- c) Mi familia está en desacuerdo
- d) Mi religión prohíbe los métodos anticonceptivos
- e) He escuchado que ocasiona abortos
- f) He escuchado que molesta a la hora de las relaciones sexuales.

3. ¿Vives cerca de algún lugar donde pongan el DIU?

-Si -No

4. Sabía usted que el DIU lo ponen de manera gratuita?

-Si -No

5. Se le ha negado en algún centro la puesta del DIU?

-Si -No

6. ¿Te da vergüenza solicitar este método anticonceptivo?

-Si -No

III.2. Culturales

7. ¿Por qué no utilizarías el DIU?

- He escuchado que produce cáncer.
- Las personas cercanas que lo han utilizado, no les ha funcionado.
- Mi familia está en desacuerdo.
- Mi religión prohíbe los métodos anticonceptivos.
- He escuchado que ocasiona abortos.
- He escuchado que molesta a la hora de las relaciones sexuales.

XII.3. Consentimiento informado

BARRERAS SOCIALES Y CULTURALES ASOCIADAS AL USO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) EN EL HOSPITAL MUNICIPAL MATA HAMBRE, JUNIO, 2021- ENERO, 2022.

Estimada paciente:

Somos estudiantes de término de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y estamos llevando a cabo un estudio con el propósito de determinar las barreras sociales y culturales asociadas al uso del Dispositivo Intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre. Se le pedirá llenar un cuestionario en el que se requerirá que proporcione datos personales, así como ciertos datos sobre estado civil, religión, grado de instrucción, entre otros. El proceso será estrictamente CONFIDENCIAL, los datos no serán divulgados, ni utilizados con otros fines fuera de la investigación. La participación será totalmente VOLUNTARIA y SIN COSTO alguno. El estudio no llevará ningún RIESGO ni recibirá ningún BENEFICIO. En caso de preguntas o dudas puede hacérsela a la RESPONSABLE, Dra. Ruth Phirelli Santos Tejada.

Este estudio estará avalado tanto por la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), como por el Departamento de Enseñanza del Hospital Municipal Mata Hambre.

AUTORIZACIÓN

He leído la hoja de información que se me ha entregado y he comprendido en todos sus términos. He sido suficientemente informada y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y metodología aplicados en el proyecto de investigación bajo el título «Barreras sociales y culturales asociadas al uso del Dispositivo Intrauterino (DIU) en el Hospital Municipal Mata Hambre».

Nombre del paciente

Firma

Fecha _____

XII.4. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 2 sustentante • 2 asesores (1 metodológico y 1 clínico) • Personal médico calificado en número de cuatro • Personas que participaron en el estudio 			
XII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	80.00	240.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	540.00
Lápices	2 unidades	3.00	36.00
Borras	2 unidades	4.00	24.00
Bolígrafos	2 unidades	3.00	36.00
Sacapuntas	2 unidades	3.00	18.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.; CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700			
Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0			
Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	600.00	1,200.00
Calculadoras	2 unidades	75.00	150.00
XII.4.3. Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XII.4.4. Económicos*			
Papelería (copias)	1200 copias	00.35	420.00
Encuadernación	12 informes	80.00	960.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción de la tesis	2 integrantes	15,000	30,000.0
Imprevistos			0
Total			\$41,824.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

XII.5. Evaluación

Sustentantes:

Jameri Andreina Estevez Reina

Abdulai Josué Espinoza Rivera

Asesores:

Dra. Ruth Phirelli Santos Tejada
(Clínico)

Dr. Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Jurado:

Autoridades:

Dra. Claudia Scharf
(Directora de Escuela de Medicina)

Dr. William Duke
(Decano Facultad Ciencias de la Salud)

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____