

Adherencia y barreras en el uso de anticonceptivos en mujeres adultas jóvenes atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención, Perú

Adherence and barriers to contraceptive use in young adult women attending first level health care facilities, Peru

Hugo Gutiérrez-Crespo¹, Luis Huaman-Carhuas², Efraín Antonio Cehua-Alvarez³, Juan Pedro Matzumura-Kasano¹, Diana Valdíglesias-Ochoa²

¹Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Perú.

²Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería, Perú.

³Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Ciencias de la Salud, Perú



Recibido: 31/03/2023

Revisado: 11/04/2023

Aceptado: 24/04/2023

Autor correspondiente

Hugo Gutiérrez-Crespo
Universidad Nacional Mayor de
San Marcos, Perú.

hgutierrezc@gmail.com

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer
conflictos de interés.

Fuente de financiación

Los autores no recibieron apoyo
financiero de entidades
gubernamentales o instituciones
para realizar esta investigación

Este artículo es publicado bajo una
[licencia de Creative Commons](#)
[Reconocimiento 4.0 Internacional](#).



RESUMEN

Introducción: En los países en vías de desarrollo, la existencia de barreras de acceso de las mujeres a la anticoncepción genera baja adherencia al uso de los diferentes métodos anticonceptivos. **Objetivo:** Describir la adherencia y barreras en el uso de los métodos anticonceptivos en una población de mujeres adultas. **Metodología:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte trasversal, con una muestra no probabilística de mujeres mayores de 18 años atendidas en un centro de salud de primer nivel, a quienes se aplicó criterios de selección y se obtuvo consentimiento voluntario para su participación. El estudio siguió los principios de Helsinki y contó con la aprobación del Comité de Ética de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. El instrumento utilizado fue el IRB Study (Barriers to adolescent contraception adherence) con una consistencia Alfa de Cronbach de 0,79. Se usó estadística descriptiva y la prueba exacta de Fisher para el análisis bivariado. **Resultados:** Participaron 353 mujeres, la edad media fue $24,6 \pm 4,2$ años. El 65,7 % fueron solteras y 19,5 % convivientes; el 58,4 % refirió nivel de estudios universitarios; el 73,7 % son de religión católica frente al 26,3% de evangélicos. Los métodos más usados fueron el condón masculino con 37,2 % y las píldoras orales con 23%. Los principales obstáculos fueron el temor por los efectos colaterales de los anticonceptivos con 66,2% y el desplazamiento al centro de salud para su control con 23,5 %. **Discusión:** La edad y la práctica de actividad sexual son factores que estuvieron vinculados a la adherencia de los anticonceptivos. La preocupación por el aumento de peso, sangrado y riesgo para la salud fueron las principales barreras..

Palabras clave: acceso; anticoncepción; mujeres.

ABSTRACT

Introduction: In developing countries, the existence of barriers to women's access to contraception generates low adherence to the use of different contraceptive methods. **Objective:** To describe the adherence and barriers in the use of contraceptive methods in a population of adult women. **Methods:** Quantitative, observational, descriptive, cross-sectional study, with a non-probabilistic sample of women over 18 years of age attended at a first level health center, to whom selection criteria were applied and voluntary consent was obtained for their participation. The study followed the Helsinki principles and was approved by the Ethics Committee of the Peruvian Society of Obstetrics and Gynecology. The instrument used was the IRB Study (Barriers to adolescent contraception adherence) with a Cronbach Alpha consistency of 0.79. Descriptive statistics and Fisher's exact test were used for bivariate analysis. **Results:** A total of 353 women participated, the mean age was 24.6 ± 4.2 years; 65.7% were single and 19.5% were cohabiting; 58.4% reported university education; 73.7% were Catholic compared to 26.3% Evangelical. Male condoms (37.2%) and oral pills (23%) were the most commonly used methods. Fear of the side effects of contraceptives (66.2%) and travel to the health center for control (23.5%) were the main obstacles. **Discussion:** Age and sexual activity were factors associated with contraceptive adherence. Concern about weight gain, bleeding and health risk were the main barriers.

Keywords: access; contraception; women.

INTRODUCCIÓN

Los objetivos de desarrollo sostenible son metas mundiales de desarrollo cuyo propósito es mejorar la calidad de vida para todos. Uno de estos objetivos es lograr la igualdad de género para las mujeres y niñas, que incluye el derecho al acceso universal a la atención de salud sexual y reproductiva así como el acceso a la anticoncepción moderna (1). La accesibilidad de los métodos anticonceptivos (AC) modernos ha sido objeto de debates en la comunidad científica y algunas autoridades gubernamentales de países en vías de desarrollo, donde la fecundidad sigue siendo elevada (2).

Entre los métodos AC más utilizados se considera a las píldoras anticonceptivas, que brindan dos beneficios principales para la salud. Por una parte, se prescriben a mujeres sanas en edad fértil para evitar un embarazo no deseado. De otro lado, se utilizan como tratamiento no anticonceptivo para la cefaleas, migrañas, dolores articulares o inflamatorios, menstruaciones irregulares y acné asociado a patologías ginecológicas (3–5).

Diversas investigaciones han demostrado que existe una necesidad insatisfecha de AC en mujeres en edad fértil en las zonas rurales de los países en vías de desarrollo (6,7). Aproximadamente el 41 % de las mujeres en edad fértil se enfrentan a barreras para buscar un método AC, especialmente las mujeres de escasos recursos o aquellas que residen en zonas rurales (8,9). Se describen diversas barreras, como el conocimiento limitado de las mujeres sobre los efectos secundarios. Si bien la literatura brinda importantes perspectivas, tiende a atribuir la falta de uso de anticonceptivos a las propias mujeres, sin tener en cuenta los factores sociales, que constituyen y exacerban las barreras de acceso, repercutiendo en la toma de decisiones dentro del ámbito de los anticonceptivos (10,11). Otra barrera identificada con frecuencia es el acceso de las mujeres a la AC, que depende de factores como la cobertura, su disponibilidad, el acceso a los servicios en los hospitales, el transporte y su costo, entre otros (12).

Por otra parte, las mujeres expresan ansiedad por sus efectos secundarios, como dolor, incremento de peso, cambios de estado de ánimo, infecciones, infertilidad o cáncer (13). También expresan su preocupación por la incompatibilidad de la AC con su autonomía reproductiva, ya que algunas mujeres pueden percibirlos de forma negativa; es el caso de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada o los dispositivos intrauterinos y los implantes, porque requieren de la intervención de un médico especialista para interrumpir su uso, interfiriendo en su

planificación del embarazo (11). Además, el conocimiento de las mujeres sobre los anticonceptivos determina su uso, ya que las mujeres que tienen menos conocimiento de los métodos AC son menos propensas a usarlos, ocasionando un déficit en el uso de ciertos anticonceptivos durante un determinado tiempo (14,15). Por otra parte, las adolescentes siguen recibiendo información errónea sobre la disponibilidad de los anticonceptivos. Aunque la mayoría de las farmacias disponen de anticonceptivos, es frecuente encontrar información inexacta sobre las restricciones de edad y/o la necesidad de su prescripción (16,17).

Es importante señalar que la mayoría de las mujeres utiliza píldoras anticonceptivas con fines anticonceptivos, mientras que, aproximadamente, un 14 % lo hace por motivos no anticonceptivos (18). Se han reportado similares tasas de adherencia para los tratamientos ginecológicos y anticonceptivos, con una alta tasa de abandono de 50 % de los anticonceptivos en los primeros 12 meses de inicio al tratamiento, debido a la aparición de efectos secundarios y a la falta de adherencia al tratamiento, lo que ocasiona un grave problema (19,20). El incumplimiento de las pautas respecto a la medicación anticonceptiva es una de las causas que conlleva a un elevado costo económico. En los casos de embarazo no deseado, además de la probabilidad de un embarazo, las consecuencias del abandono de los anticonceptivos conllevan a una mayor tasa de abortos y a dificultades en la planificación familiar (21–23).

En los casos de problemas ginecológicos, el hecho de no continuar con la AC oral podría provocar dificultades para el control de síntomas, la exacerbación de la enfermedad y una mayor angustia. Así, la prevalencia de dismenorrea es más probable en las mujeres que no utilizan anticonceptivos orales (24). La principal razón para la no adherencia es el miedo a enfermarse gravemente, mientras que el uso previo de anticonceptivos y las sesiones educativas sobre los problemas del uso de anticonceptivos hormonales mejoran significativamente la tasa de continuación, previniendo los diversos problemas para los cuales fue prescrita (25).

Recientes estimaciones realizadas en el Perú, sostienen que 57 % de las mujeres utilizan algún método anticonceptivo moderno. Pero esta cifra es menor al promedio de América Latina que alcanza 69,9 %; asimismo, se sostiene que su uso es más bajo en mujeres con menor nivel de instrucción, con menores ingresos o en quienes se autoidentifican como indígenas. Para el año 2021, el uso de métodos anticonceptivos modernos presentó una disminución, y en una mayor proporción en las regiones más

vulnerables (26). Por ello, la investigación tiene el objetivo de describir la adherencia y barreras en el uso los métodos anticonceptivos en una población de mujeres atendidas en consulta en el primer nivel de atención.

METODOLOGÍA

La investigación es de enfoque cuantitativo, diseño observacional, tipo descriptivo de corte trasversal. Se incluyó a una población de mujeres mayores de 18 años que fueron atendidas en el consultorio de un establecimiento de salud de primer nivel, en el distrito de Chorrillos de Lima (Perú), en el periodo comprendido entre octubre y diciembre del año 2022. Se trabajó sobre una muestra no probabilística a quienes se les aplicó ciertos criterios de inclusión como, tener edad mínima de 18 años e interés de participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado. Se excluyó a mujeres que tenían controles previos del embarazo. Para la recolección de la información se utilizó el instrumento IRB Study: Barriers to adolescent contraception adherence, diseñado por C. Clare y colaboradores (27).

El instrumento contiene 26 preguntas y está conformado por dos secciones; la primera describe las características sociodemográficas, como edad, sexo, creencia religiosa y tipo de seguro de salud. La segunda sección contiene preguntas que evalúan el acceso y la preferencia de acceso a la información sobre anticoncepción. Contiene preguntas sobre preocupaciones acerca de los efectos secundarios de la anticoncepción, el aumento de peso, las hemorragias irregulares, la caída del cabello y las náuseas. Se permitieron selecciones múltiples para ciertas preguntas cuando se consideró apropiado, incluyendo fuentes de información sobre anticoncepción y preocupaciones sobre anticoncepción. El instrumento se considera aplicable al tener una buena consistencia interna mediante alfa de Cronbach, cuyo valor obtenido en el estudio previo fue 0,79 (27).

El análisis de los datos fue realizado utilizando tablas de distribución de frecuencia y, para establecer diferencias estadísticas en el análisis bivariado, se utilizó la prueba exacta de Fisher. Los datos se clasificaron por demografía, hábitos anticonceptivos y percepciones de las pacientes. En cuanto a la demografía, se analizaron los datos para evaluar el uso de anticonceptivos por nivel educativo, edad, situación laboral, idioma principal, tipo de seguro y embarazos previos. En cuanto a los hábitos anticonceptivos, se describieron según anticoncepción actual, anticoncepción anterior, duración del uso de anticonceptivos y constancia del uso. Por último, se

evaluaron las percepciones de las pacientes, incluidas las preocupaciones sobre los efectos de las hormonas, la discreción y el deseo de embarazo.

Con respecto a los aspectos éticos, la investigación se desarrolló dentro de los estándares establecidos por la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento de todos los participantes informándoles que la participación era voluntaria. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes y esta se utilizará exclusivamente para fines de la investigación.

RESULTADOS

En el estudio participaron un total de 353 mujeres que acudieron al consultorio de gineco obstetricia. La edad media de las mujeres fue de $24,6 \pm 4,2$ años, predominando el grupo de mujeres mayores de 21 años con 74,2 % (n=262). Respecto al estado civil el 65,7 % (n=232) refirió ser soltera, mientras que 58,4 % (n=206) declaró tener nivel de estudios universitario.

Cuando se indagó sobre el tipo de seguro que tenían al momento de la encuesta, el 43,9 % (n=155) pertenecían al Seguro Integral de Salud (SIS), el 24,4 % (n=86) al Seguro Social y 14,4 % (n=51) no tenían ningún seguro. En cuanto a la creencia religiosa, el 73,7 % (n=260) son de religión católica. Respecto a la práctica de relaciones sexuales, el 92,9 % (n=328) respondieron que sí tienen y el 7,1 % (n=25) que no practican. Adicionalmente, el 89,8 % (n=317) utiliza métodos anticonceptivos (Tabla 1).

Sobre el método anticonceptivo que usan, el 37,2 % (n=118) refirió usar condones, 23 % (n=73) píldoras anticonceptivas, 14,2 % (n=45) inyectable Depoprovera y 2,5 % (n=8) usa otros métodos. Respecto al tiempo que vienen usando métodos anticonceptivos, el 41,8 % (n=133) dijo más de 2 años y el 17,6 % (n=56) menos de 6 meses. Cuando se les preguntó a las mujeres si utilizaron otro método, el 57,5 % dijo que no. Del grupo que sí utilizó otro método (n=138), los anticonceptivos inyectables, preservativos y anticonceptivos orales fueron los más usados con 29 % (n=40), 28,3 % (n=39) y 27,5 % (n=38), respectivamente. Al preguntarles si usaban el método según indicación médica, el 75,4 % (n=266) respondió que tuvieron adherencia a la indicación. El 74,8 % (n=264) de las encuestadas refirieron que sí usan algún tipo de método anticonceptivo durante sus relaciones sexuales, mientras que el 25,2 % (n=89) no los usa. Por otra parte, se les consultó si el método anticonceptivo actual es el mejor para cada una, el 88,6 % (n=312) consideró que sí es el mejor (Tabla 2).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MUJERES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE PRIMER NIVEL DE SALUD (N=353).

Características	n	%
Grupo de Edad		
16 a 21 años	91	25,8
Mayor de 21 años	262	74,2
Estado civil		
Soltera	232	65,7
Casada	51	14,4
Conviviente	69	19,5
Otro	1	0,3
Nivel Educativo		
Primaria	4	1,1
Secundaria	68	19,3
Educación técnica	71	20,1
Universitaria	206	58,4
Sin educación	4	1,1
Seguro		
EsSalud	86	24,4
SIS	155	43,9
Compañía de Seguro	61	17,3
No tiene	51	14,4
Creencia Religiosa		
Católica	260	73,7
Adventista	14	4,0
Mormona	7	2,0
Otra religión	25	7,1
Sin Religión	47	13,3
Actualmente tiene relaciones sexuales		
Tiene	328	92,9
No tiene	25	7,1
Utiliza método anticonceptivo		
Utiliza	317	89,8
No utiliza	35	10,2

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOBRE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (N=353).

Características	n	%
¿Conoce el método de emergencia?	317	
Condomes	118	37,2
Píldoras anticonceptivas	73	23,0
Depopovera	25	7,9
Mirena (DIU)	17	5,4
T de cobre	15	4,7
Anillo vaginal	3	0,9
Implante subdérmico	45	14,2
Coito interrumpido	12	3,8
Abstinencia	1	0,3
Otros	8	2,5
Tiempo que usa un método anticonceptivo	318	
0 a 6 meses	56	17,6
7 a 12 meses	67	21,1
1 a 2 años	62	19,5
Más de 2 años	133	41,8
Método que usó	138	
Anticonceptivos inyectables	40	29,0
Anillo vaginal	2	1,4
Coito interrumpido	2	1,3
Collar	1	0,7
Preservativo	38	28,3
Anticonceptivos orales	38	27,5
DIU	4	2,9
Implante subdérmico	6	4,3
T de cobre	3	2,2
Varios	2	1,4
Ninguno	1	0,7

¿Utiliza el método tal y como te ha explicado tu médico?	353	
Sí lo utiliza	266	75,4
No lo utiliza	87	24,6
¿Utiliza el método cada vez que tiene relaciones sexuales?	353	
Sí lo usa	264	74,8
No lo usa	89	25,2
¿El método actual es el mejor para ti?	352	
Sí es el mejor	312	88,6
No es el mejor	40	11,4

Acerca del conocimiento sobre el método anticonceptivo de emergencia, el 90,7 % (n=320) de las encuestadas dijeron que sí lo conocen y un 48,7 % (n=172) que no lo han utilizado. Ante la pregunta de cuántas veces han usado este método de emergencia, respondieron 181 mujeres, de las cuales el 36,5 % (n=66) reportó haber usado 2 veces, el 23,8 % usó solo 1 vez; mientras que el 10,5 % (n=19) y 1,7 % (n=3) lo utilizó 5 y 8 veces, respectivamente. Se indagó acerca de la preocupación por los efectos secundarios de los anticonceptivos, donde el 66,2 % (n=230) se siente preocupada y al 34,8 % (n=123) no le preocupa. En este contexto, el 47,8 % (n=109) teme que los anticonceptivos generen aumento de peso, el 21,5 % (n=49) cree que los anticonceptivos producen

sangrado irregular y el 13,6 % (n=31) cree que es un riesgo para la salud a largo plazo. De otro lado, el 74,6 % (n=262) de mujeres refirieron no preocuparse que sus padres u otras personas se enteren sobre la utilización de métodos anticonceptivos; igualmente, al 77,3 % (n=273) no le preocupa volver al establecimiento de salud para obtener anticonceptivos. También se les preguntó sobre la actitud que tomarían después de quedar embarazadas, el 36,8 % (n=130) dijo que continuaría con sus estudios, el 16,4 % (n=58) estaría molesta, pero tendría a su bebé, el 13,6 % (n=48) refirió que se sentiría molesta y abortaría al bebé, mientras que el 9,3 % (n=33) estaría feliz (Tabla 3).

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS SOBRE EL MÉTODO DE EMERGENCIA Y SUS EFECTOS SECUNDARIOS (N=353)

Características	n	%
¿Conoce el método de emergencia?	353	
Sí conoce	320	90,7
No conoce	33	9,3
¿Ha utilizado el método de emergencia?	353	
Sí ha utilizado	181	51,3
No ha utilizado	172	48,7
Número de veces que ha usado el método de emergencia	181	
1 vez	43	23,8
2 veces	66	36,5
3 veces	27	14,9
4 veces	13	7,2
5 veces	19	10,5
6 veces	8	4,4
7 veces	2	1,1
8 veces	3	1,7
¿Se siente preocupada por los efectos secundarios de los anticonceptivos?	353	
Sí se siente preocupada	230	65,2
No se siente preocupada	123	34,8
Efectos secundarios de los anticonceptivos	228	
Aumento de peso	109	47,8
Pérdida de cabello	7	3,1
Náuseas	11	4,8
Sangrado irregular	49	21,5
Riesgo para la salud a largo plazo	31	13,6
No poder quedar embarazada en el futuro	17	7,5
Otros	4	1,8
¿Me preocupo de que mis padres u otras personas se enteren que uso anticonceptivos?	351	
Sí me preocupo	89	25,4
No me preocupo	262	74,6

¿Me preocupa si podré volver al hospital o centro de salud para obtener los anticonceptivos?	353	
Sí me preocupa	80	22,7
No me preocupa	273	77,2
Si quedara embarazada me gustaría	353	
Ser feliz	33	9,3
Estar molesta, pero tener al bebé	58	16,4
Estar molesta y abortar al bebé	48	13,6
Estar molesta y dar al bebé en adopción	5	1,4
Continuar estudiando	130	36,8
Dejar de estudiar y quedarme en casa	18	5,1
Dejar de estudiar e ir a trabajar	17	4,8
Obtener el título universitario	44	12,5

En la [Tabla 4](#), se observan las fuentes de obtención de información sobre los AC, antecedentes de embarazo y paridad, 51 mujeres consideraron no ideal para ellas los métodos anticonceptivos actuales; de este grupo, el 23,5% (n=12) dijo no recordar haberlo tomado, otro 23,5 % (n=12) consideró demasiado molesto tener que ir al hospital o centro de salud para su control, mientras que el 11,8 % (n=6) refirió sentir dolor al usar el método anticonceptivo. Se les preguntó si conocían todos los métodos anticonceptivos disponibles, el 62,9 % (n=222) reportó que sí, mientras que el 37,1 % (n=131) no los conoce todos. Acerca de la fuente de información sobre los métodos anticonceptivos, el 60,6

% (n=214) indicó que su médico le brindó información, el 21,6% (n=77) buscó información en internet, el 8,2 % (n=29) y 5,4% (n=19) encontró información en la universidad y amigos, respectivamente. Por otra parte, se indagó sobre el método anticonceptivo ideal para prevenir las infecciones de transmisión sexual, el 94,6 % (n=334) sostuvo que los preservativos son más seguros para este fin. Ante la pregunta sobre embarazos previos, el 68,3 % (n=260) refirió que nunca los tuvo y el 31,7 % (n=112) respondió que al menos tuvo un embarazo en su vida. Del total de mujeres en estudio, el 26,1 % (n=92) tiene hijos y el 73,9 % (n=269) no tiene hijos.

TABLA 4. BARRERAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPTIVOS (N=353).

Barreras y fuentes de información	N	%
El método anticonceptivo actual, es mejor para ti, ¿por qué no?	51	
No recuerdo haberlo tomado	12	23.5
Me provoca una hemorragia irregular	7	13.7
Me hace parar la regla	4	7.8
Me causa dolor	6	11.8
Es demasiado molesto tener que venir al hospital o centro de salud para mi control	12	23.5
Otros	10	19.6
¿Conoces todos los métodos anticonceptivos disponibles?	353	
Sí los conozco	222	62.9
No los conozco	131	37.1
¿Dónde se puede obtener información sobre los métodos anticonceptivos?	353	
Médico	214	60.6
Universidad	29	8.2
Internet	77	21.6
Amigos	19	5.4
Padres	7	2.0
Tv	3	0.8
Otros	4	1.1
¿Dónde me gustaría obtener información sobre los métodos anticonceptivos?	353	
Médico	117	50.1
Universidad	43	12.2
Internet	63	17.8
Amigos	5	1.4
Padres	25	7.1
Tv	32	9.1
Otros	8	2.3
¿Qué método anticonceptivo es ideal para prevenir las infecciones de transmisión sexual?	353	
Preservativos	334	94.6
Píldoras anticonceptivas	8	2.3
Depopovera	3	0.8

Barreras y fuentes de información	N	%
T de cobre	5	1.4
Otros	3	0.8
¿Has estado embarazada alguna vez?	353	
Sí	112	31.7
No	241	68.3
¿Tiene hijos?	352	
Sí tiene hijos	92	26.1
No tiene hijos	260	73.9

Para el análisis bivariado se aplicó la prueba exacta de Fisher; para esto se tomó a las variables sociodemográficas en el uso de métodos AC. En el grupo de mujeres que usa métodos AC hay predominio de mayores de 21 años con 76,3 % (n=242), sobre las mujeres con edades de 18 a 21 años con 23,7 % (n=75). En el grupo de mujeres no usuarias de AC, 55,6 % son mayores de 21 años y el 44,4 % tiene edades entre 18 y 21 años. Estas diferencias que observamos tienen significancia estadística porque su valor de $p = 0,007$ es menor de 0,05 con un OR de 2,58 y un intervalo de confianza de 1,27 a 5,23. Por el OR podemos afirmar que hay una probabilidad de usar métodos anticonceptivos por mujeres mayores de 21 años de 2,58 veces. En cuanto al estado civil, las mujeres solteras destacan en el uso de anticonceptivos con 65,0 % (n=206), las casadas usan en un 14,3 % (n=47) y las convivientes en un 19,9 % (n=63). De otro lado, en el grupo de mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos, el 72,2 % (n=26) son solteras. La prueba exacta de Fisher ($p=0,83$) evidencia que estas diferencias no tienen significancia estadística. En relación al nivel educativo, en el grupo que usa

anticonceptivos, el 58,7 % (n=186) son universitarias, el 19,6 % (n=62) tienen secundaria y educación técnica por igual. Entre las que no usan métodos anticonceptivos, el 55,6 % (n=20) son universitarias, 25,0 % (n=9) tienen nivel de educación técnica y 16,7 % (n=6) tienen nivel de educación secundaria. Las diferencias encontradas resultan sin significancia estadística ($p=0,72$).

Con respecto a la creencia religiosa, en el grupo que usa anticonceptivos, el 74,8 % (n=237) son católicas, el 12,9 % (n=41) sin religión y el 6,3 % (n=21) practica otra religión. En el grupo que no usa anticonceptivos, el 63,9 % (n=23) son católicas, el 16,7 % (n=6) sin religión y el 11,1 % (n=4) practican otra religión. Las diferencias resultantes no guardan significancia estadística ($p=0,70$). Finalmente, respecto a la variable "Actualmente tiene relaciones", en el grupo que usa anticonceptivos, el 98,7 % (n=313) tiene relaciones y el 1,3 % (n=4) no tiene relaciones. En el grupo que no usa anticonceptivos, el 58,3 % (n=21) no tiene relaciones y el 41,7 % (n=15) sí las tiene. Las diferencias tienen significancia estadística ($p<0,001$) (Tabla 5).

TABLA 5. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (N=353).

	Variables	Usa método anticonceptivo		No usa método anticonceptivo		Valor de p
		N	%	N	%	
Grupo de edad	Mayores de 21 años	242	76,3	20	55,6	0,007
	De 18 a 21 años	75	23,7	16	44,4	
	Soltera	206	65,0	26	72,2	
Estado civil	Casada	47	14,3	4	11,1	0,83
	Conviviente	63	19,9	6	16,7	
	Otro	1	0,3	0	0,0	
	Primaria	3	0,9	1	2,3	
Nivel educativo	Secundaria	62	19,6	6	16,7	0,72
	Educación técnica	62	19,6	9	25,0	
	Universitaria	186	58,7	20	55,6	
	Sin estudios	4	1,3	0	0,0	
Creencia religiosa	Católica	237	74,8	23	63,9	0,70
	Adventista	12	3,8	2	5,6	
	Mormona	6	1,9	1	2,8	
	Otra religión	21	6,3	4	11,1	
Actualmente tiene relaciones	Sin religión	41	12,9	6	16,7	<0,001*
	Tiene	313	98,7	15	41,7	
	No tiene	4	1,3	21	58,3	

(*) Se aplicó la Prueba Exacta de Fisher (25% de casilla han esperado un recuento menor de 5).

DISCUSIÓN

En el presente estudio realizado en mujeres sobre adherencia y barreras en el uso de anticonceptivos, los resultados muestran la predominancia de mujeres jóvenes (21 a 30 años), siendo similares a los reportados por Mangimela-Mulundano y colaboradores (28) en un estudio transversal de la autonomía de las mujeres y el uso de métodos anticonceptivos. El estudio refleja cierta preocupación de las mujeres jóvenes en el uso de métodos anticonceptivos, ello puede deberse a la promoción e implementación de nuevas políticas de anticoncepción por parte del Estado (29). La educación es muy importante para la adherencia de muchas prácticas en el contexto de la salud, el resultado evidenció que la mayoría de encuestadas en el uso de AC tenía nivel universitario y secundario, hallazgo que tiene concordancia con otros estudios previos (30,31).

Por otra parte, la religión es diversa y está arraigada en cualquier comunidad y puede influenciar de manera importante en el acceso y uso de la AC. Recientemente, un estudio realizado en Nigeria (32) encontró que menos de un tercio de mujeres protestantes rechazaban toda forma de anticoncepción; nuestros resultados reportaron que solo entre 6 % y 13 % de mujeres profesaban otras religiones o no la tenían y la mayoría reportó ser de religión católica, lo que se asemeja a una investigación nacional realizada en 2022 (33), donde más de la mitad de mujeres eran de religión católica; sin embargo, este resultado también es concordante con lo hallado por Kungu y colaboradores (34), quienes encontraron una mayor proporción de mujeres católicas frente a las musulmanas que usaban anticonceptivos reversibles de acción prolongada.

En la investigación se pudo comprobar que más del 80 % de mujeres refirieron actividad sexual activa y la mayoría de ellas se interesan en algún método de AC, resultados que guardan consonancia con otros estudios similares (35,36), donde nuestros hallazgos evidencian que mujeres jóvenes en edad reproductiva tienden más a preocuparse por alguna forma de AC. De otro lado, a pesar de que últimamente se promueven nuevos métodos AC masculinos y femeninos, el condón es el método de anticoncepción preferido por las mujeres. En este estudio, más de un tercio de las encuestadas respondieron usar el método de barrera, seguido de píldoras orales y como tercer método mencionaron los inyectables. Estos datos son similares a lo encontrado en estudios realizados en Colombia (37), Corea y Camerún (38,39). Sin embargo, un reciente estudio realizado en Arabia Saudita reportó que las píldoras orales son las más usadas en la AC de

mujeres que acuden a centros de salud primarios (40). En esta línea de indagación, tres cuartas partes de mujeres participantes en el estudio seguían las indicaciones médicas para el uso de los AC. Llama la atención que el 25 % de mujeres que practican relaciones sexuales no utilizan ningún método de anticoncepción; en parte se cree que esta actitud está relacionada al temor por los efectos secundarios de los métodos AC. Un estudio realizado en Nueva York reportó la preocupación de las usuarias sobre los efectos colaterales de anticonceptivos como aumento de peso y sangrado (27).

La anticoncepción de emergencia comprende el uso de un fármaco o un dispositivo intrauterino de cobre, con el objetivo de evitar el embarazo después de haber tenido una relación sexual sin protección. En el presente estudio más del 90 % de mujeres los conocen; de este grupo, la mitad refirió haber utilizado el método de emergencia por lo menos una vez durante su actividad sexual, sin embargo, no se pudo obtener información si el AC de emergencia fue oral o dispositivo intrauterino. La tasa de uso del método de emergencia en nuestro país está por debajo de los países de Latinoamérica (41), esto se debe en parte a que, anteriormente, no era considerado oficialmente como método de anticoncepción; y, por otra parte, su disponibilidad sigue siendo limitada para los usuarios. Una de las barreras relevantes que se encontró en el estudio fue la preocupación por los efectos secundarios de los AC, donde dos tercios de la población manifestó su preocupación por ellos; especialmente, reportaron sus temores por el aumento de peso y el sangrado menstrual irregular, mientras que otras los consideran un riesgo para la salud a largo plazo, datos similares encontrados en otros estudios previos (27,42).

Sobre la obtención de información acerca de los métodos AC, dos terceras partes de las mujeres informaron como primera fuente al médico, seguida de internet y la universidad. Aunque un grupo importante de mujeres respondió que una barrera o limitación es tener que visitar el establecimiento de salud para la obtención de AC. Los últimos años, la masificación de las tecnologías de la comunicación e información virtual facilita absolver respuestas de cualquier consulta sobre planificación familiar, métodos AC y otros temas; sin embargo, este acceso dependerá de factores socioeconómicos y culturales de cada población, nuestro hallazgo podría estar relacionado al grado de estudios de las mujeres que usan los AC. Un estudio realizado en México durante el 2020 (43) reportó resultados contrarios, la información que

recibieron las mujeres usuarias de AC, mayormente fue a través de los profesores, seguido de sus padres y finalmente por el médico.

Cuando se analizó la adherencia comparando los dos grupos de edad en el uso de métodos AC, se encontró diferencia estadística, donde mujeres mayores de 21 años tienen 2,5 veces más posibilidades de usar los métodos AC que las mujeres más jóvenes, lo cual sugiere enfatizar los esfuerzos en la promoción de la AC desde los niveles básicos de escolaridad para la prevención de embarazos no deseados. En cuanto al estado civil y el grado de educación, no se encontró diferencia significativa. La creencia religiosa tampoco fue un factor de diferencia estadística importante. Finalmente, se analizó la pregunta "Actualmente tiene relaciones" en el grupo de mujeres usuarias de AC. Más del 98 % respondieron que sí practican relaciones y una mínima proporción que no las tiene; en tanto que en el grupo que no usa anticonceptivos, más de la mitad no tiene relaciones; el resultado estadístico sugiere en esta variable que existe diferencia significativa, lo que se traduce en mayor uso de AC por parte de mujeres con actividad sexual activa.

En cuanto a las limitaciones de la investigación, podemos señalar que el tipo de muestra no probabilística que se utilizó no permite extrapolar los resultados a la población de otras localidades que comparten similares características sociodemográficas. Igualmente, la falta de instrumentos validados para evaluar las variables fue una limitante, y por último, la coyuntura de la pandemia COVID-19 en su fase final restringió la visita de las usuarias a las consultas del establecimiento de salud, prolongando el tiempo de estudio.

Como conclusión, podemos afirmar con base en los resultados, que la mayor parte de mujeres atendidas en un establecimiento de salud de primer nivel son jóvenes y que hacen uso de los diferentes métodos anticonceptivos priorizando al condón masculino y las píldoras orales. La edad y la práctica de actividad sexual, son variables que se relacionaron a la adherencia de los métodos anticonceptivos. Las principales barreras identificadas fueron, la preocupación por los efectos secundarios de los anticonceptivos y el desplazamiento al centro de salud para obtener los anticonceptivos.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores participaron en la concepción de la idea, diseño de la metodología, síntesis de la evidencia, redacción y aprobación final de este artículo.

REFERENCIAS

1. United Nations. Sexual and reproductive health and rights: OHCHR. Internet. (Consultado 13 Feb 2023). Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/women/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
2. Van den Broeck G. Women's employment and family planning in rural Uganda. *Women Health*. 2020; 60(5): 517-33. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1671948>
3. Sacco S, Merki-Feld GS, Aegidius KL, Bitzer J, Canonico M, Gantenbein AR, et al. Effect of exogenous estrogens and progestogens on the course of migraine during reproductive age: a consensus statement by the European Headache Federation (EHF) and the European Society of Contraception and Reproductive Health (ESCRH). *J Headache Pain*. 2018; 19(1): 76. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0896-5>
4. Paredes S, Cantillo S, Candido KD, Knezevic NN. An Association of Serotonin with Pain Disorders and Its Modulation by Estrogens. *Int J Mol Sci*. 2019; 20(22): 5729. <https://doi.org/10.3390/ijms20225729>
5. Cooper DB, Patel P, Mahdy H. Oral Contraceptive Pills. Actualizado 24 Nov 2022. En: StatPearls. Internet. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 (Consultado 7 Mar 2023). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430882/>
6. Jarolimova J, Kabakyenga J, Bennett K, Muyindike W, Kembabazi A, Martin JN, et al. Contraceptive use following unintended pregnancy among Ugandan women living with HIV. *PLoS One*. 2018; 13(10): e0206325. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206325>
7. Lutalo T, Gray R, Santelli J, Guwatudde D, Brahmbhatt H, Mathur S, et al. Unfulfilled need for contraception among women with unmet need but with the intention to use contraception in Rakai, Uganda: a longitudinal study. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):60. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0551-y>
8. Scott VK, Gottschalk LB, Wright KQ, Twose C, Bohren MA, Schmitt ME, et al. Community Health Workers' Provision of Family Planning Services in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Effectiveness. *Studies in Family*. 2015;46(3):241-61. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2015.00028.x>
9. Kabagenyi A, Reid A, Ntozi J, Atuyambe L. Socio-cultural inhibitors to use of modern contraceptive techniques in rural Uganda: a qualitative study. *Pan Afr Med J*. 2016;25:78. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.78.6613>
10. Berndt VK, Bell AV. "This is what the truth is": Provider-patient interactions serving as barriers to contraception. *Health (London)*. 2021;25(5): 613-629. <https://doi.org/10.1177/1363459320969775>
11. Gomez AM, Fuentes L, Allina A. Women or LARC First? Reproductive Autonomy and the Promotion of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014; 46(3):171-175. <https://doi.org/10.1363/46e1614>
12. Lessard LN, Karasek D, Ma S, Darney P, Deardorff J, Lahiff M, et al. Contraceptive features preferred by women at high risk of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2012;44(3):194-200. <https://doi.org/10.1363/4419412>
13. Littlejohn KE. Hormonal contraceptive use and discontinuation because of dissatisfaction: differences by

- race and education. *Demography*. 2012;49(4):1433-52. <https://doi.org/10.1007/s13524-012-0127-7>
14. Kavanaugh ML, Jerman J, Finer LB. Changes in Use of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods Among U.S. Women, 2009-2012. *Obstet Gynecol*. 2015;126(5):917-27. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000001094>
 15. Spies EL, Askelson NM, Gelman E, Losch M. Young women's knowledge, attitudes, and behaviors related to long-acting reversible contraceptives. *Womens Health Issues*. 2010;20(6):394-9. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2010.07.005>
 16. Moore A, Ryan S, Stamm C. Seeking emergency contraception in the United States: A review of access and barriers. *Women Health*. 2019;59(4):364-74. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1487905>
 17. Wilkinson TA, Clark P, Rafie S, Carroll AE, Miller E. Access to Emergency Contraception After Removal of Age Restrictions. *Pediatrics*. 2017;140(1):e20164262. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4262>
 18. Guttmacher Institute. Many American Women Use Birth Control Pills for Noncontraceptive Reasons. Internet. 2016 (Citado 7 Mar 2023). Disponible en: <https://www.guttmacher.org/news-release/2011/many-american-women-use-birth-control-pills-noncontraceptive-reasons>
 19. Choi A, Dempsey A. Strategies to improve compliance among oral contraceptive pill users: a review of the literature. *Open Access J Contracept*. 2014;5:17-22. <https://doi.org/10.2147/OAJC.S39111>
 20. Dalewski B, Kamińska A, Białkowska K, Jakubowska A, Sobolewska E. Association of Estrogen Receptor 1 and Tumor Necrosis Factor α Polymorphisms with Temporomandibular Joint Anterior Disc Displacement without Reduction. *Dis Markers*. 2020; 2020:6351817. <https://doi.org/10.1155/2020/6351817>
 21. Kantorová V. Unintended pregnancy and abortion: what does it tell us about reproductive health and autonomy? *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1106-7. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30342-9](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30342-9)
 22. Gharaee M, Baradaran HR. Consequences of unintended pregnancy on mother and fetus and newborn in North-East of Iran. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;33(5):876-9. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1500538>
 23. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health*. 2018;6(4):e380-9. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30029-9](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30029-9)
 24. Abreu-Sánchez A, Parra-Fernández ML, Onieva-Zafra MD, Ramos-Pichardo JD, Fernández-Martínez E. Type of Dysmenorrhea, Menstrual Characteristics and Symptoms in Nursing Students in Southern Spain. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(3):302. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030302>
 25. Manzoor S, Ganie MA, Majid S, Shabir I, Kawa IA, Fatima Q, et al. Analysis of Intrinsic and Extrinsic Coagulation Pathway Factors in OCP Treated PCOS Women. *Indian J Clin Biochem*. 2021;36(3):278-87. <https://doi.org/10.1007/s12291-020-00901-w>
 26. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2021. Internet. INEI; 2021 (Citado 7 Mar 2023). Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/
 27. Clare C, Squire MB, Alvarez K, Meisler J, Fraser C. Barriers to adolescent contraception use and adherence. *Int J Adolesc Med Health*. 2016;30(4). <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0098>
 28. Mangimela-Mulundano A, Black KI, Cheney K. A cross-sectional study of women's autonomy and modern contraception use in Zambia. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):550. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02101-5>
 29. Ministerio de Salud. Anticoncepción en la adolescencia. Internet. Plataforma digital del Estado Peruano. 2023 (Citado 11 mar 2023). Disponible en: <https://www.gob.pe/15121-anticoncepcion-en-la-adolescencia>
 30. Al Kindi RM, Al Sumri HH. Prevalence and sociodemographic determinants of contraceptive use among women in Oman. *East Mediterr Health J*. 2019;25(7):495-502. <https://doi.org/10.26719/emhj.18.064>
 31. Çalikoğlu EO, Bilge Yerli E, Kavuncuoğlu D, Yılmaz S, Koşan Z, Aras A. Use of Family Planning Methods and Influencing Factors Among Women in Erzurum. *Med Sci Monit*. 2018;24:5027-34. <https://doi.org/10.12659/msm.908388>
 32. Aduragbemi D. Women's and male partners' socio-demographic and economic characteristics associated with contraceptive decision making in Nigeria. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):450. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02045-w>
 33. Matzumura-Kasano JP, Gutiérrez Crespo HF, Ruiz-Arias RA. Creencias, actitudes y conocimientos sobre la anticoncepción de emergencia en estudiantes universitarios de medicina. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2022;82(3):350-61. <https://doi.org/10.51288/00820310>
 34. Kungu W, Khasakhala A, Agwanda A. Use of long-acting reversible contraception among adolescents and young women in Kenya. *PLoS One*. 2020;15(11):e0241506. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241506>
 35. Kopp Kallner H, Thunell L, Brynhildsen J, Lindeberg M, Gemzell Danielsson K. Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish Women - A Nationwide Survey. *PLoS One*. 2015;10(5):e0125990. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125990>
 36. Williams BN, Jauk VC, Szychowski JM, Arbuttle JL. Adolescent emergency contraception usage, knowledge, and perception. *Contraception*. 2021;103(5):361-6. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.01.003>
 37. Acevedo-Orsorio GO, Ramírez-García N, Cardona-Orsorio JD, Oliveros-Ruiz CA. Conocimiento y uso de método anticonceptivo de emergencia en estudiantes universitarios, Pereira, Colombia. *Univ Salud*. 2019;21(2):159-65. <https://doi.org/10.22267/rus.192102.150>
 38. Ajong AB, Njotang PN, Kenfack B, Yakum MN, Mbu ER. Knowledge of women in family planning and future desire to use contraception: a cross sectional survey in Urban Cameroon. *BMC Res Notes*. 2016;9:347. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2155-7>
 39. Yi KW, Kim SK, Lee DY, Lee SR, Shin H, Choi D. Perceptions and Knowledge of Women Regarding Contraception and Current Trends in Contraceptive Use in Korea. *Yonsei Med J*. 2022;63(11):999-1006. <https://doi.org/10.3349/ymj.2022.0133>
 40. Abdel-Salam DM, Albahlol IA, Almusayyab RB, Alruwaili NF, Aljared MY, Alruwaili MS, et al. Prevalence, Correlates, and Barriers of Contraceptive Use among Women Attending Primary Health Centers in Aljouf Region, Saudi

- Arabia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3552.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17103552>
41. Chofakian CB do N, Borges ALV, Sato APS, Alencar GP, Santos OA dos, Fujimori E. ¿El conocimiento de la contracepción de emergencia afecta a su uso entre adolescentes de enseñanza media en Brasil? *Cad Saude Pública*. 2016;32(1):e00188214.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00188214>
42. Martin D, Sale C, Cooper SB, Elliott-Sale KJ. Period Prevalence and Perceived Side Effects of Hormonal Contraceptive Use and the Menstrual Cycle in Elite Athletes. *Int J Sports Physiol Perform*. 2018;13(7):926-32.
<https://doi.org/10.1123/ijspp.2017-0330>
43. Contreras G, Ibarra ML, Casas ÓD, Camacho EJ, Velasco DF, Contreras G. El conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la conducta sexual en jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2020;25(2):70-83.
<https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.9>