

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTA DE MEDICINA

**RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIO-ECONÓMICAS CON
CONOCIMIENTO Y PREFERENCIA SOBRE METODOS
ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES POSTPARTO. HOSPITAL ENRIQUE
GARCÉS 2013**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MEDICO
CIRUJANO**

COSTALES SÁNCHEZ FREDDY AGUSTÍN

VALLE RAMOS JUAN IGNACIO

Director Dr Francisco Hidalgo

Quito, 2013

**RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIO-ECONÓMICAS CON
CONOCIMIENTO Y PREFERENCIA SOBRE METODOS
ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES POSTPARTO. HOSPITAL ENRIQUE
GARCÉS 2013**

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a mi familia en especial a mis padres ya que gracias a su apoyo incondicional he alcanzado mis objetivos, también quiero agradecer a mi compañero y a su familia por la acogida que me han dado en su hogar durante la elaboración de la tesis.

Freddy Agustín Costales.

Mando mis agradecimientos a mi familia, especialmente a mis padres, por el apoyo que siempre me han dado, a mi esposa, a quien también dedico esta tesis, y a mis maestros que han sabido trasmitirme sus conocimientos y experiencias.

Juan Ignacio Valle

CONTENIDO

CAPITULO I.....	1
INTRODUCCION	1
CAPITULO II.....	3
MARCO TEORICO.....	3
DATOS ESTADISTICOS.....	3
PUERPERIO.....	5
Periodo Intergenésico.....	6
CONTROL PRENATAL.....	8
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	9
Beneficios de la planificación familiar.....	9
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES.....	12
Método de la abstinencia.....	12
Método del retiro o coito interrumpido.....	13
Método del calendario, ritmo o de ovino y graus.....	13
Método de temperatura corporal basal.....	14
Método de moco cervical o de billing.....	16
Método sintotérmico.....	17

Lactancia materna y amenorrea (MELA).....	19
MÉTODOS HORMONALES.....	20
Anticonceptivos hormonales orales.....	23
Anticonceptivos orales combinados.....	23
Píldoras solo de progesterona.....	23
Anticonceptivos transdérmicos.....	24
Anticonceptivos inyectables.....	25
Sistemas intrauterinos (SIU) liberadores de hormonas.....	27
Píldoras anticonceptivas de emergencia.....	27
Anticonceptivos emergencia sólo de progestágeno....	28
Anticonceptivos de emergencia combinados.....	29
MÉTODOS DE BARRERA.....	30
Preservativo o condón.....	30
Preservativo femenino.....	32
Diafragma.....	33
MÉTODOS MECÁNICOS.....	33
Dispositivo intra uterino.....	33
MÉTODOS QUÍMICOS.....	35

Espermicidas.....	35
MÉTODOS QUIRÚRGICOS.....	36
Esterilización quirúrgica masculina.....	36
Vasectomía.....	36
Esterilización quirúrgica femenina.....	37
CAPITULO III.....	39
MATERIALES Y METODOS.....	39
Problema de investigación.....	39
Tipo y universo de estudio.....	39
Objetivos.....	39
Objetivo general.....	39
Objetivos específicos.....	39
Hipótesis.....	40
Pacientes criterios de inclusión y exclusión.....	41
Muestra.....	42
Procedimiento de recolección de información.....	43
Plan de análisis de datos.....	44
Aspectos bioéticos.....	44
CAPITULO IV.....	46
RESULTADOS.....	46

CAPITULO V.....	65
DISCUSIÓN.....	65
CAPITULO VI.....	69
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.....	72
ANEXOS.....	73
Anexo 1: Consentimiento informado.....	73
Anexo 2: Encuesta.....	74
Anexo 3: Respuestas de preguntas.....	80
BIBLIOGRAFIA.....	81

LISTAS DE TABLAS

Tabla I	47
----------------	-----------

Características Socio-demográficas de la muestra.

Tabla II	48
-----------------	-----------

Características de la muestra en relación a controles prenatales y embarazo.

Tabla III	50
------------------	-----------

Características de la muestra en relación a Preferencias de métodos anticonceptivos.

Tabla IV	51-58
-----------------	--------------

Respuestas de la encuesta.

Tabla V	59
----------------	-----------

Escala de conocimiento.

Tabla V.a	60
------------------	-----------

Relación entre Nivel de conocimiento con Edad, Ocupación e Instrucción.

Tabla V.b	61
------------------	-----------

Relación entre Nivel de conocimiento con Estado civil, Residencia e Ingreso mensual.

Tabla V.c	62
------------------	-----------

Relación entre Nivel de conocimiento con Religión.

Tabla V.d	62
------------------	-----------

Relación entre Nivel de conocimiento con Número de embarazo, Lugar de controles prenatales y Número de controles prenatales.

Tabla V.e	63
------------------	-----------

Relación entre Nivel de conocimiento con Información sobre métodos A.C. durante los controles prenatales, Información en algún otro momento, y el uso de métodos A.C. antes del embarazo.

Tabla V.f	64
------------------	-----------

Relación entre Nivel de conocimiento con Embarazo planeado y Fuente de información de A.C.

LISTA DE CUADROS

Cuadro I	11
-----------------	-----------

Métodos de planificación familiar

Cuadro II	18
------------------	-----------

Características cervicales en las fases de ovulación

Cuadro III	21
-------------------	-----------

Calcificación de anticonceptivos hormonales

LISTA DE GRAFICOS

Grafico I	14
Método del calendario	
Grafico II	15
Método de temperatura basal	
Grafico III	17
Moco cervical durante el ciclo menstrual	
Grafico IV	25
Implante subdermico.	
Grafico V	32
Colocación del preservativo	
Grafico VI	34
Tipos de dispositivos intrauterinos	

RESUMEN

Si bien en el Ecuador el 96% de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo, la tasa global de fecundidad nacional del periodo 1999-2004 fue la segunda más altas para América del Sur y la tasa para adolescentes, entre 15 y 19 años de edad, la más alta en la región (Endemain).

El presente es un estudio transversal, descriptivo, en el que se determinará la relación entre variables socio-económicas con el nivel de conocimientos y preferencias sobre métodos anticonceptivos de las mujeres en el puerperio inmediato ingresadas en el Hospital Enrique Garcés.

Para el estudio se recolectó información de 211 pacientes mediante el uso de una encuesta sobre condiciones socio-económicas y preferencias sobre métodos anticonceptivos y un cuestionario para medir el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos, tomado del estudio “Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en mujeres en puerperio de los servicio de maternidad del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda Abril – Diciembre 2000. Barquicineto. Venezuela” y adaptado a nuestro medio cultural.

Después de realizadas las encuestas y analizar los datos se pudo observar que la población prevalente son los adultos jóvenes, predominando un conocimiento deficiente (77,7%); la principal fuente de información fueron los Profesionales de la salud seguido por Medios de comunicación, sin embargo, esta no está relacionada con el nivel de conocimiento.

Las pacientes con mayor nivel de instrucción y cuyos ingresos mensuales eran mayores que la canasta básica tuvieron mejores resultados que el resto de pacientes. El uso previo al embarazo de métodos anticonceptivos influyo positivamente sobre el conocimiento de los mismos. Entre los anticonceptivos más usados se encuentran los hormonales orales seguidos de los preservativos, interviniendo la pareja en la elección de los mismos en el 61,1% de los casos.

Se concluyó que el nivel de conocimiento de anticonceptivos es deficiente y que existen varios factores que influyen positivamente en el mismo tales como, la ocupación, instrucción, estado socio económico, y a pesar de que la principal fuente de información fueron profesionales de salud, esto no tuvo impacto sobre el nivel de conocimiento.

Palabras Clave: Planificación familiar, Anticoncepción, Periodo postparto, Comportamiento de anticoncepción.

ABSTRACT

While in Ecuador 96% of women aged 15 to 49 years old have heard of at least one contraceptive method, the total fertility rate for the period of 1999-2004 was the second highest in South America, and the rate for teenagers between 15 and 19 years of age, the highest in the region (ENDEMAIN).

This is a cross-sectional, descriptive study which determines the relationship between socio-economic variables with the level of knowledge and preferences about contraception for women in the immediate postpartum period in the Enrique Garcés Hospital.

For the study data was collected from 211 patients using a survey on socio-economic conditions and preferences on contraceptive methods and a questionnaire to measure the level of knowledge of contraceptive methods, which was taken from the study "Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en mujeres en puerperio de los servicio de maternidad del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda Abril – Diciembre 2000. Barquicineto. Venezuela" and adapted to our cultural background.

After undertaking the surveys and analyzing the data it was observed that the prevalent population were young adults, with a predominantly poor knowledge (77.7%), the main source of information were health professionals followed by media without however, this was not related to the level of knowledge.

Patients with higher levels of education and a monthly income higher than the basic basket had better outcomes than other patients. The use of contraceptives before the

pregnancy positively influenced the knowledge about them. Among the most used contraceptives were the hormonal oral methods followed by the condoms, and the couple intervened in the choosing of the method in 61.1% of cases.

It was concluded that the level of contraceptive knowledge is poor and there are several factors that positively influence the same such as occupation, education, socioeconomic status, and even though the main source of information were health professionals, this had no impact in the level of the knowledge.

Key Words: Family planning, Contraception, Postpartum period, Contraception Behavior

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar se refiere a cómo prever y lograr una mejor alimentación, salud, vivienda, educación, descanso y diversiones para todos los miembros de la familia. En este proceso de búsqueda del bienestar familiar, uno de los aspectos fundamentales es la planeación del número de hijos que se desea y se puede tener y la elección del momento oportuno para su nacimiento, lo cual supone el uso de métodos anticonceptivos. (Endemain, 2004)

Los resultados de la encuesta ENDEMAIN-2004 indican que en el Ecuador, el 96.0 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo y el 95.5 por ciento ha oído hablar siquiera de un método moderno. Con respecto a la edad, se observa mayor prevalencia de uso en las mujeres de 25 a 34 años (78%), frente a las mujeres jóvenes de 15 a 24 años (64%) y las de 35 a 49 años (73%). (Endemain 2004)

Se determinó que el grupo de mayor riesgo para el embarazo adolescente está representado por adolescentes jóvenes que viven en zonas urbanas o rurales, con nivel socio-económico bajo, que no tienen educación formal o tienen educación hasta primaria completa, con bajos conocimientos acerca de las relaciones sexuales y que no utilizan métodos anticonceptivos. (González, 2009)

El uso de métodos anticonceptivos modernos llega al 64 por ciento y el de tradicionales o naturales (ritmo y retiro) tiene tendencia a la disminución. El 72.2 % de las mujeres en edad fértil no está usando métodos anticonceptivos por razones

relacionadas con el embarazo, la fertilidad o la actividad sexual. El 27.8 por ciento de las mujeres dio “otras razones” para no usar anticonceptivos. La más frecuente fue “no le gusta” la anticoncepción (5.9%), que se puede considerar como un rechazo genérico hacia la planificación familiar, ya sea por alguna experiencia negativa en su uso o por desinformación. (Endemain, 2004)

Entre las mujeres casadas o unidas, en Quito y Pichincha la esterilización femenina se consolida como el método de mayor uso (25% y 27%, respectivamente), seguida del DIU (14% y 17%) y las pastillas (10% y 9%). El método más usado por las mujeres solteras es el condón (1,4%), seguida por las pastillas (1%) (Endemain, 2004)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. DATOS ESTADÍSTICOS

En el Ecuador según un estudio realizado por el CEPAR el 27,3 % de las mujeres en unión libre de 15 a 49 años de edad no estaba usando un método anticonceptivo en los 30 días previos a la entrevista, de las cuales el 16,7 % había usado en el pasado, pero no estaba usando, y el 10,6 % nunca ha usado un método, perteneciendo el 5,9 % a mujeres que viven en el área urbana y el 17,4 % al área rural, en pichincha correspondiendo al 6,7 %.

Como es de esperarse, la proporción que nunca ha usado un método es mayor en mujeres de 15 a 19 años de edad (26,2%), en aquellas que no tienen hijos vivos (36,6%) y entre las sin educación formal (32,6%). (Endemain, 2004)

A.1. Razón para no usar anticonceptivos

A las mujeres en unión libre de 15 a 49 años de edad se les preguntó la razón principal para no usarlos.

De esta forma, se observa que en el Ecuador el 72,2 % de las mujeres no está usando por razones relacionadas con el embarazo, la fertilidad o la actividad sexual. El 34,2% de ellas puede considerarse candidatas potenciales para el uso de anticonceptivos después de terminar su embarazo (24,7%) o su período postparto o de amamantamiento (9,5%).

El 27,8 % de las mujeres dio “otras razones” no relacionadas con el embarazo, la fertilidad o la actividad sexual. El 5,9% fue porque “no le gusta”, el 4,1 % dijo que

tiene miedo a los efectos colaterales, mientras que el 1,9 % reportó que habían experimentado dichos efectos y sólo el 2,2% citó por oposición del cónyuge como razón para no usar.

En general, la proporción que reporta razones para no usar que están relacionadas con el embarazo, la fertilidad o la actividad sexual, presenta un comportamiento descendente en la medida en que se incrementa la edad y el número de hijos vivos, y tiene un comportamiento ascendente con el nivel de instrucción.

Entre las mujeres de 40 a 49 años las razones para no usar anticonceptivos son infertilidad y la menopausia (66,9%). (Endemain, 2004)

A.2. Deseo de usar anticonceptivos

Los cuatro métodos con mayor demanda potencial son la inyección (19.2%), la esterilización femenina (16.2%), el DIU (15.5%) y las pastillas (13.3%)

El deseo de usar la esterilización femenina alcanza su mayor preferencia entre mujeres que viven en Quito y en las provincias de Tungurahua, Loja, Pichincha y Manabí. La preferencia es alta entre mujeres de 30 a 39 años de edad, las que tienen 4 o 5 hijos y las sin educación formal.

La demanda para el DIU llega a su máximo en la provincia de Pichincha, mientras que la demanda para las pastillas es mayor en Esmeraldas.

La inyección y las pastillas son los métodos preferidos por las mujeres de 15 a 24 años, mientras que la esterilización femenina por mujeres de 30 a 39 años y las que tienen con 4 o más hijos vivos. (Endemain, 2004)

A.3. Mujeres que necesitan los servicios de planificación familiar

Las mujeres que se estima necesitan los servicios de planificación familiar, se identifican como mujeres expuestas al riesgo de un embarazo no planeado.

A nivel nacional, la proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad que necesita los servicios de planificación familiar es del 5,0%. El porcentaje varía del 1,2 % en mujeres solteras al 7,4% en mujeres en unión libre.

La mayor necesidad de servicios de planificación familiar se encuentra en mujeres del área rural (7,0%), de la Amazonía (6,8%), mujeres en unión libre (7,4%), las mayores de 24 años de edad (5,4% o más), indígenas (11,3%), las sin educación formal (13,5%) y aquellas del nivel económico más bajo (9,7%). (Endemain, 2004)

B. PUERPERIO

El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 semanas posterior al parto, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno. (Peralta M, Octavio, 1996)

Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto.
- Puerperio temprano: incluye la primera semana postparto.
- Puerperio tardío: abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional.

El puerperio inmediato (24 primeras horas desde que ocurre el alumbramiento) se constituye en un período crítico e importante, con un alto riesgo de complicaciones que pueden tener consecuencias fatales para la mujer puérpera y su hijo o hija. De hecho, el 11,9 % de las muertes maternas en el Ecuador en el 2006 tuvieron como causa directa la Hemorragia posparto. El puerperio inmediato es un esfuerzo orgánico para lograr la hemostasia uterina a través de la retracción que es un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina y la contractilidad, que es un fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporáneo de la fibra muscular uterina con lo que se provoca la oclusión y compresión vascular propia de esta fase. (Peralta M, Octavio, 1996) (Conde Jorge Vinacur, 2001)

El cuidado del puerperio inmediato es una práctica necesaria y trascendental destinada a vigilar la involución uterina, detectar tempranamente y tratar las complicaciones que puedan aparecer en este período (hemorragia, shock, preeclampsia) y propiciar un adecuado control de la salud de la mujer y del recién nacido, realizando un mínimo de tres controles en las primeras dos horas después del parto. (Peralta M, Octavio, 1996)

B.1. Periodo Intergenésico

El intervalo intergenésico se define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente.

Se considera que el intervalo intergenésico es la variable más importante y compleja relacionada con la sobrevivencia de un niño. Se ha establecido como intervalo óptimo 18

a 23 meses. Los intervalos menores a 6 meses tienen un riesgo 40% mayor de ser pretérmino o pequeño para la edad gestacional. Las mujeres que esperan más de diez años tienen un riesgo doble de tener un niño pequeño para la edad gestacional y un 50% de tener un pretérmino.

El intervalo promedio entre el nacimiento de un niño vivo y la concepción del siguiente en las mujeres de los países menos desarrollados es de aproximadamente tres años. Este intervalo es más corto en poblaciones con mejor nutrición, aun cuando amamanten y tengan un comportamiento sexual similar al de las mujeres de las áreas menos desarrolladas.

El efecto sobre la madre ha sido menos estudiado. Los nacimientos muy seguidos le dejan menos oportunidades a la madre para recuperarse del desgaste del embarazo y la lactancia antes de repetir el proceso. Las condiciones empeoran si la madre continúa amamantando mientras esta nuevamente embarazada, ya que el intervalo recuperativo es nulo.

La implementación del LAM (método de amenorrea por lactancia) no parece haber producido un adecuado intervalo intergenésico con respecto a la estrategia de iniciar la contracepción precozmente en el periodo postparto y, a menos que se implemente en forma perfecta, los resultados de LAM pueden ser peores. (Conde, Jorge, 2001)

C. CONTROL PRENATAL

Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. (Ministerio de salud pública)

El control abarca:

- Riesgo nutricional.
- Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Consejería pre/postprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- Enfermedades buco – dentales.

Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento):

- Uno en las primeras 20 semanas.
- Uno entre las 22 y 27 semanas.
- Uno entre las 28 y 33 semanas.
- Uno entre las 34 y 37 semanas.
- Uno entre las 38 y 40 semanas

D. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En 1970, la OMS definió y describió la Planificación Familiar de la siguiente forma: “Se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a alcanzar determinados objetivos: evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular los intervalos entre los embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de hijos que constituirán la familia”, y en 1971, se definió como “una manera de pensar y de vivir, adoptada voluntariamente por los individuos y las parejas, que se basa en 10 conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, a fin de promover la salud y el bienestar de la familia y la comunidad”. (Chávez, 2011)

D.1. Beneficios de la planificación familiar

Los servicios de planificación familiar de buena calidad aportan una amplia gama de beneficios a las mujeres, sus familias y la sociedad. (WHO, 2011)

D.1.a. Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres

La planificación familiar permite espaciar el intervalo inter-genésico de los embarazos y posponerlos en mujeres jóvenes que corren mayor riesgo de muerte lo cual disminuye la mortalidad materna. (WHO, 2011)

D.1.b. Reducción de la mortalidad de los menores de un año

La planificación familiar previene embarazos cercanos entre sí y en un momento inoportuno, lo que contribuye una de las causas de las tasas de mortalidad de

menores de un año más elevadas del mundo. Los niños productos de madres que mueren a causa del parto también tienen riesgo de morir o enfermar. (WHO, 2011)

D.1.c. Prevención de la infección por el VIH y el SIDA

Los preservativos disminuyen la tasa de criaturas infectadas provenientes de madres que portan el virus del VIH. Al mismo tiempo proporcionan doble protección: para el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual. (WHO, 2011)

D.1.d. Disminución de la necesidad de recurrir al aborto peligroso

La planificación familiar al evitar el embarazo no deseado disminuye la necesidad de recurrir al aborto que en muchas ocasiones terminan en muerte materna la cual representa el 13% de la mortalidad materna mundial. (WHO, 2011)

D.1.e Poder de decisión

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. (WHO, 2011)

D.1.f. Disminución del embarazo de adolescentes

Las mujeres adolescentes que quedan embarazadas tienen un mayor riesgo de dar a luz niños pretérmino y de bajo peso al nacer y para su edad gestacional los cuales a su vez tienen tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Concomitantemente estas adolescentes tienen que dejar sus estudios, lo cual repercute negativamente en un futuro en ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad. (WHO, 2011)

D.1.g. Menor crecimiento de la población

La planificación familiar es clave fundamental para reducir la tasa neonatal y los efectos que esta tiene sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo. (WHO, 2011)

La clasificación de los diferentes métodos de planificación familiar se muestra en el cuadro I.

CUADRO I

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
REVERSIBLES	MÉTODOS NATURALES	ABSTINENCIA. MÉTODO DEL RETIRO (COITO INTERRUMPIDO). BASADOS EN EL CALENDARIO (RITMO). MÉTODO DE LA TEMPERATURA CORPORAL BASAL. MÉTODO DE MOCO CERVICAL O DE BILLING. SINTOTÉRMICO. LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA).
	MÉTODOS HORMONALES	ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES. 1. Anticonceptivos orales combinados. 2. Píldoras solo de progestágeno (PSP). ANTICONCEPTIVOS TRANSDERMICOS Y SUBDERMICOS. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES. SISTEMA INTRAUTERINOS LIBERADORES DE HORMONAS. ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA. 1. Anticonceptivos orales de emergencia solo de progestágeno. 2. Anticonceptivos orales de emergencia combinados.
	MÉTODOS DE BARRERA	PRESERVATIVO DIAFRAGMA CAPUCHÓN CERVICAL
	MÉTODOS	DISPOSITIVO INTRAUTERINO

	MECÁNICOS	
	MÉTODOS QUÍMICOS	ESPERMICIDAS
IRREVERSIBLES	MÉTODOS QUIRÚRGICOS	ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA

Elaborado por: Freddy Costales Sánchez, Juan Valle Ramos.

D.2. METODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

La OMS define a la planificación familiar natural como; métodos para planear embarazos o para evitarlos por medio de observación de los signos y síntomas naturales de las fases de fecundidad e infecundidad del ciclo menstrual. (Chávez, 2011)

Estos métodos no evitan en lo absoluto la posibilidad de transmisión de enfermedades y por otra parte condicionan en gran medida la vida sexual de la pareja, viéndose limitadas a tener el acto sexual en días determinados. En general son muy poco fiables, ya que su efectividad depende en gran medida del ciclo menstrual el cual puede variar y producirse ovulaciones inesperadas. (Instituto asturiano de la mujer)

D.2.a. Método de la abstinencia.

Aunque este es un método real de planificación familiar, es casi improbable que la pareja use esta medida como método definitivo.

D.2.b. Método del retiro (coito interrumpido).

El coito interrumpido (coitus interruptus) es cuando durante el coito el hombre retira su pene de la vagina antes de eyacular. Esto impide que el semen sea depositado en el canal vaginal y los espermatozoides vayan hacia el óvulo. (Goldstein B, Glejzer C. 2006)

Incluso si el coito se interrumpe, algo de semen puede liberarse antes de que el hombre retire el pene. Durante la erección del pene, puede existir líquido preseminal en su punta el cual contiene espermatozoides suficientes para que la mujer quede embarazada.

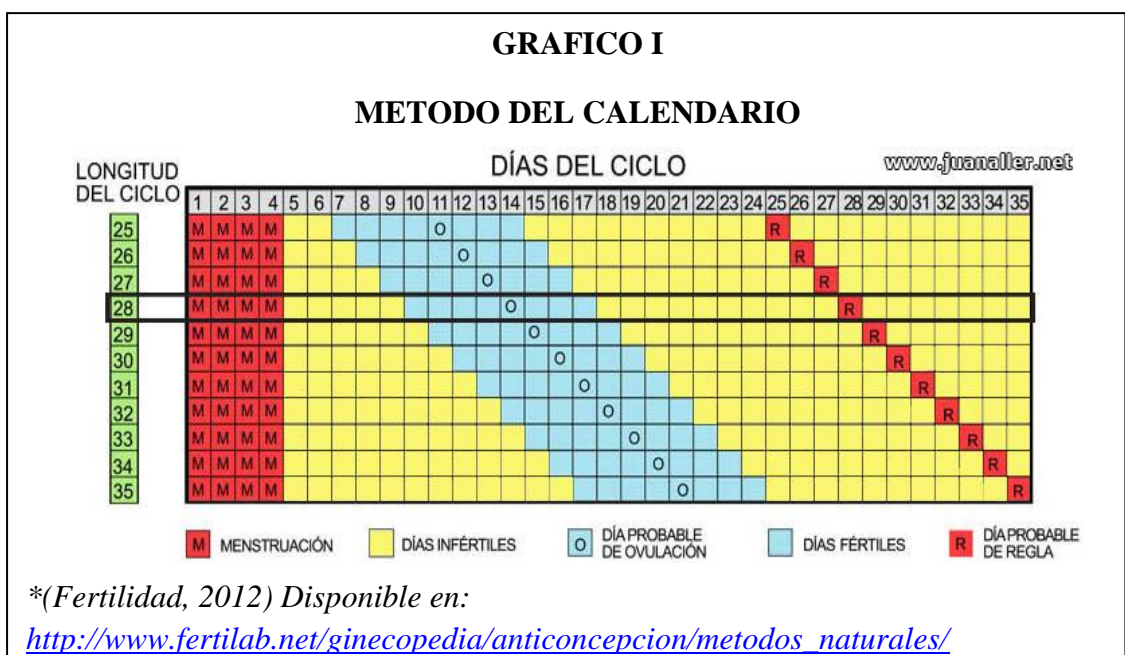
El coito interrumpido no protege de infecciones de transmisión sexual. (Womenshealth.gov, 2009)

D.2.c. Método del calendario, ritmo o de Ogino y Knaus.

Este método fue descrito por K. Ogino y H. Knaus, los cuales demostraron que 14 días antes de la menstruación se libera un ovocito el cual puede sobrevivir hasta dos días en las trompas de Falopio. Los espermatozoides a su vez pueden vivir hasta cinco días en un medio adecuado. (Goldstein B, Glejzer C. 2006). Así, dejando un margen de seguridad por la supervivencia del espermatozoide de 72 horas, y de 12 a 24 horas para el óvulo, se puede determinar el periodo en el cual la mujer es fértil. Calculando así un periodo fértil de 7 días.

Esta fase de fertilidad se calcula determinando el ciclo menstrual más corto y el más largo, en el transcurso de 12 ciclos previos. Restando 18 al ciclo más corto se obtiene el primer día fértil, restando 11 al ciclo más largo se obtiene el último día fértil.

Con el resultado debería guardarse abstinencia de coito entre los días obtenidos contándolos desde el primer día del ciclo, recordando que un ciclo es comprendido entre el primer día de una menstruación y el primer día de la menstruación siguiente. Actualmente no se recomienda el uso de este método como único indicador de fertilidad. (Schwarcz R, 2002)



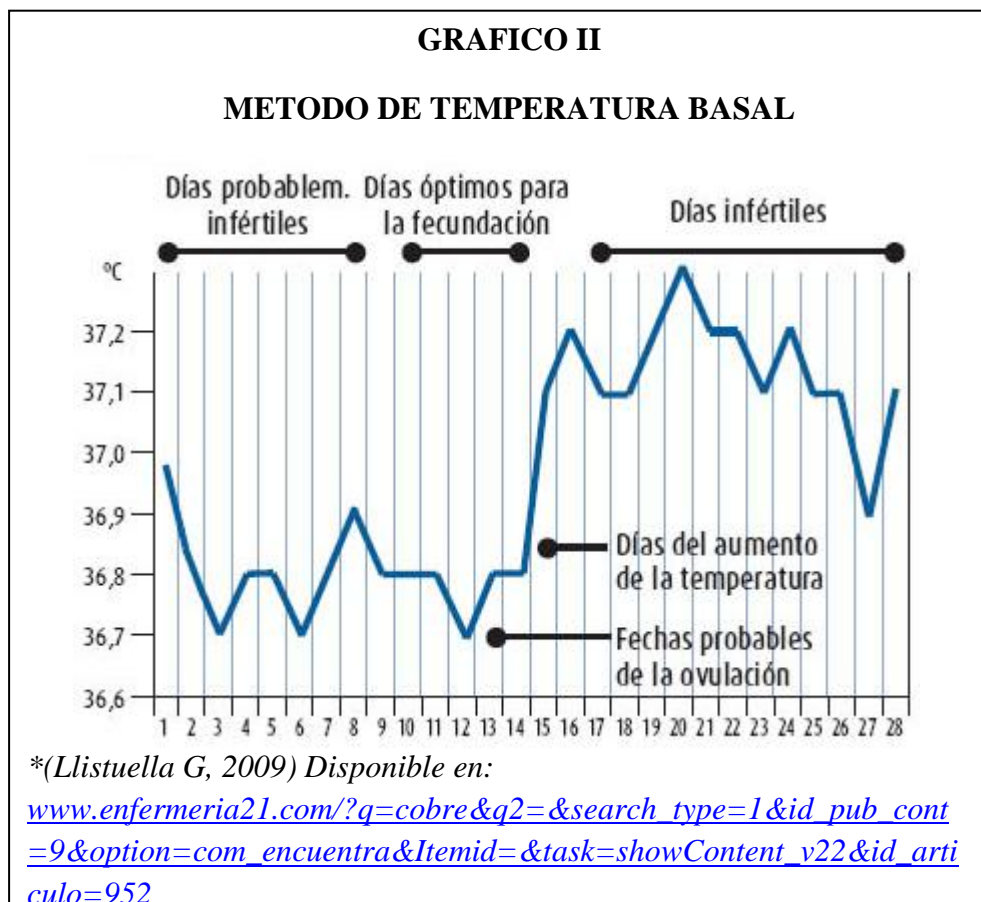
D.2.d. Método de la temperatura corporal basal.

La temperatura corporal basal, es la que es obtenida en descanso completo o después de un período de sueño y antes de empezar actividades cotidianas como comida y bebida. (Schwarcz R, 2002)

Este método se enfoca en prever la ovulación por medio de cambios que se produce en dicha temperatura (Coccio E, A.M.A.DA). La temperatura se la cuantifica diariamente siendo bucal (5 min), rectal (3min) o vaginal (3min) en las mañanas antes de realizar cualquier actividad que podría influenciarla. Dichos datos se anotan y luego se controlan los datos registrados. Después de la ovulación la temperatura

sube aproximadamente medio grado y se mantiene así hasta la menstruación. Teóricamente, tres días después del aumento de la temperatura comienza el periodo infértil. Durante los tres días en que la temperatura se eleva el ovocito puede ser fecundado, siendo el día de mayor fertilidad el anterior al ascenso de temperatura. (Goldstein B, Glejzer C. 2006) (Coccio E, A.M.A.DA)

Este método si se lo usa aisladamente en la práctica tiene poca utilidad ya que la temperatura puede fluctuar con varios factores como un cuadro febril o el cambio de localidad donde la temperatura ambiente sea diferente. En estos casos se recomienda iniciar el registro desde el siguiente ciclo menstrual.



D.2.e. Método de moco cervical o de billing

Este método consiste en la observación que se provoca a nivel del moco cervical con el que se determina los días fértiles de la mujer. (Riojasalud.es. 2011)

Antes de la ovulación aproximadamente de 5-6 días, los folículos en crecimiento aumentan su producción de estrógenos los cuales estimulan el cuello uterino provocando la secreción de moco tipo E (estrogénico), este moco está diseñado bioquímica y biofísicamente para el transporte y la supervivencia de los espermatozoides. Una vez que la ovulación finaliza el cuerpo lúteo empieza a secretar mayor cantidades de progesterona, ésta estimula el cuello cervical provocando la formación de un tipo de moco diferente, tipo G o progestacional, el cual está diseñado para bloquear el paso de espermatozoides y disminuir su supervivencia. Este cambio es llamado válvula biológica cervical. (Haghenbeck, 2012)

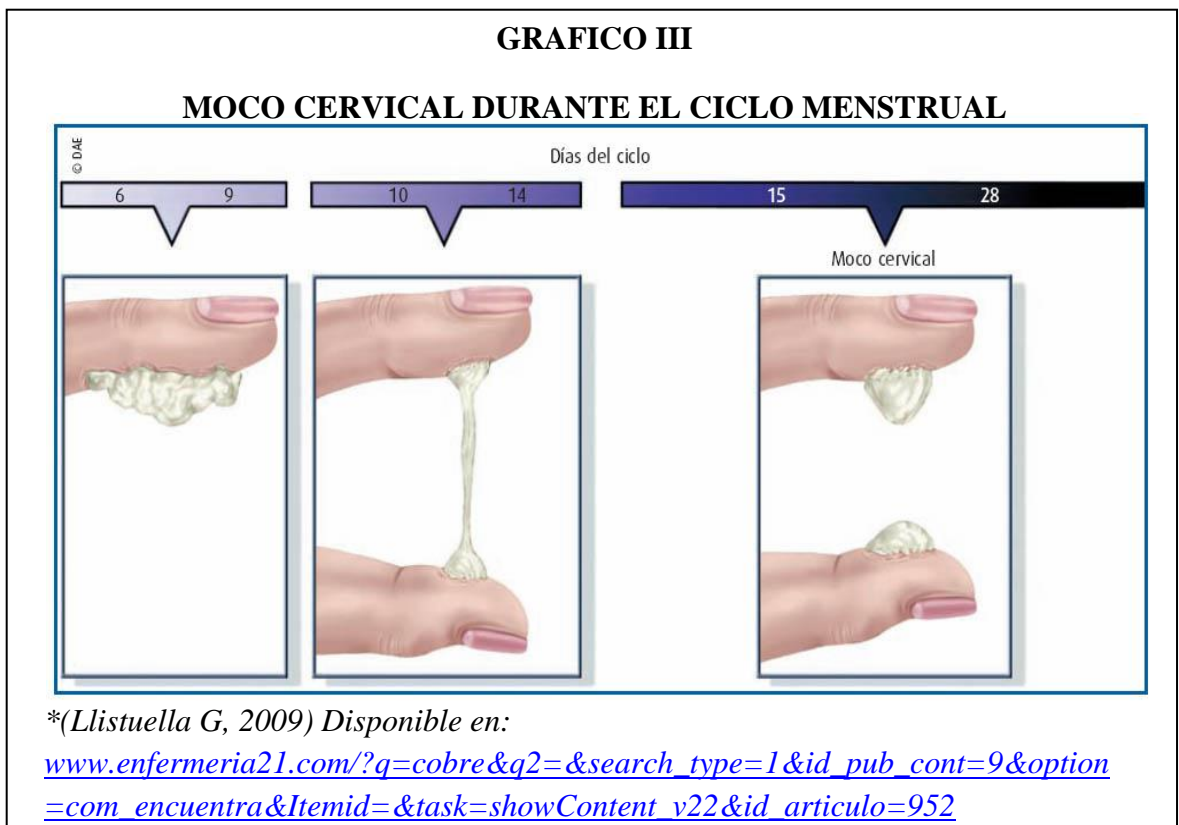
Comparando los dos tipos de moco, el moco tipo E es transparente, filante y lubricante; su aparición empieza 5 a 6 días antes de la ovulación. El moco tipo G o progestacional se produce en cantidad mínima o nula y con características diferentes al moco tipo E, esto señala la finalización de la ovulación. (Haghenbeck, 2012)

El moco va volviéndose cada día más elástico y lubricante lo que indica los días de mayor fertilidad hasta llegar al día “pico” donde los días de fecundidad posible van decreciendo, hasta llegar al cuarto después del día pico donde empieza el periodo de infertilidad. (Haghenbeck, 2012)

Para usar este método, se tiene que tener en consideración que se debe llevar un registro sobre el moco cervical que se produce durante un ciclo completo, para así

determinar qué tipo de moco se está produciendo y determinar los días fértiles e infértiles del mismo.

Este método tiene una eficacia limitada y en personas en postparto no se aplicaría ya que en este periodo se ve implicado el ciclo menstrual.



D.2.f Método sintotérmico

Este método se basa en la observación de varios indicadores de la fertilidad para determinar así los días posibles de ovulación. Entre estos indicadores se encuentran los indicadores mayores son, la temperatura basal corporal y el moco cervical ya antes descritos. (García. Z) (I.R.H, Jennings V, Arevalo M, Kowal D.)

Entre los indicadores menores más relevantes se encuentran, cambios en el cérvix, dolor en fosas iliacas, hemorragia inter menstrual, tensión mamaria y todos los cambios producidos a consecuencia del aumento hormonal estrogénico.

1. Cérvix: el uso de la palpación del cuello uterino no es indispensable en este método para determinar días de fertilidad ya que con la temperatura basal, moco cervical y otros cambios producidos por los estrógenos son suficientes para su determinación. (García Z.)

La auto-exanimación del cuello uterino es un método sencillo que puede realizar la mujer. Se debe realizar siempre a la misma hora, de preferencia en las noches y en bipedestación, introduciendo el segundo y tercer dedo para determinar así las características del mismo. Dependiendo del momento del ciclo se encuentran diferentes características (Cuadro II). Muchas de las ocasiones las mujeres deben recurrir a maniobras manuales sobre el fondo uterino para que la exploración cervical sea eficaz. (García Z.)

CUADRO II

CARACTERÍSTICAS CERVICALES EN LAS FASES DE OVULACIÓN.

CARACTERÍSTICAS	FASES			
		Preovulatoria	Ovulatoria	Postovulatoria
Resistencia	DURO	BLANDO	DURO	
Altura	BAJO	ALTO	BAJO	
Apertura	CERRADO	ABIERTO	CERRADO	
Inclinación	INCLINADO	EN EJE VAGINAL	INCLINDO	

(García Z.)

2. Dolor abdominal durante el ciclo: este dolor se presenta en algunas mujeres 4 días después y 4 antes de la ovulación.
3. Hemorragia intermenstrual: cuando se produce la ovulación algunas mujeres presentan pequeñas hemorragias.
4. Tensión mamaria: este fenómeno se produce por el aumento y acción de la progesterona en la fase postovulatoria. (García Z.)

Para interpretar este método se reúne todos los datos recogidos tanto de los indicadores mayores como de los menores y se determina los días de mayor fertilidad.

Este método si es empleado adecuadamente es de gran utilidad. Según la OMS revela datos que su efectividad puede alcanzar el 80% (Reproline, 2006).

D.2.g. Lactancia materna y amenorrea (MELA).

Este método de planificación familiar de amenorrea y lactancia tiene su fundamento en la fisiología que ocurre durante el periodo del posparto. En estado gravídico la placenta se encarga de la producción de estrógenos y progesterona, en el momento que se produce el parto y posteriormente el alumbramiento estos niveles de estrógenos y progesterona descienden, concomitantemente con el aumento de la hormona prolactina, en cierta medida por la influencia de la succión del pezón de la madre por parte del recién nacido con lo que se asocia con la falta de ovulación. (Reproline, 2006) (A.L.B.A), (Guyton).

Este método de planificación familiar para que sea eficaz requiere de 3 condiciones que son:

1. Amenorrea
2. Lactancia exclusiva o casi exclusiva con frecuencia, durante el día y noche
3. Estar dentro de los primeros 6 meses postparto.

La lactancia exclusiva se refiere que la alimentación del recién nacido se limita a seno materno, a diferencia de la lactancia casi exclusiva donde el recién nacido recibe ocasionalmente agua, frutas, vitaminas o algún otro alimento, pero en la mayoría de su ingesta es leche materna (fphandbook.org, cap19).

Sobre su validez como método de anticoncepción, si se sigue al pie de la letra las condiciones este alcanza un 98% de eficacia.

En cuanto a los efectos secundarios, no hay. Este método ayuda a proteger contra el riesgo de embarazo durante los primeros 6 meses posparto y asegura una adecuada nutrición para el bebé (fphandbook.org, cap19).

D.3. MÉTODOS HORMONALES

Todos los tipos de anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales. La inhibición total o parcial de la ovulación es uno de los mecanismos de acción. Las hormonas que contienen estos anticonceptivos actúan en el cerebro. Hacen que el hipotálamo y la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación. Los anticonceptivos combinados orales e inyectables y los inyectables sólo de progestágenos inhiben sistemáticamente la ovulación. (Frenk, J, 2002)

El espesamiento del moco cervical, causado por el progestágeno, es otro mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales. El moco más espeso actúa como una barrera contra los espermatozoides, dificultándoles la entrada a la cavidad uterina. Si la mujer ovulara, esta barrera de moco reduce considerablemente las probabilidades de que el óvulo sea fecundado. (Frenk, J, 2002)

Todos los anticonceptivos hormonales también tienen efectos en el endometrio y lo hacen más delgado. Teóricamente, esto podría reducir las probabilidades de que un óvulo fecundado se implante, pero no se han notificado pruebas científicas acerca de este efecto. (Frenk, J, 2002)

Ninguno de los métodos hormonales es eficaz una vez que se ha establecido un embarazo. No tienen un efecto abortivo. (Frenk, J, 2002)

CUADRO III

CLASIFICACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Anticonceptivos orales en combinación (la «pastilla» o «píldora»)	Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno)	Evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación)	>99% si se usa de manera correcta y sostenida	Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico; no debe tomarse mientras se amamanta
			92% como se usa comúnmente	
Pastillas de progestágeno solo «minipastilla» o «minipíldora»	Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno)	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los	99% si se usa de manera correcta y sostenida	Puede usarse mientras se amamanta; debe tomarse todos los días a la misma hora
			Entre 90% y	

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
		espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación	97% como se usa comúnmente	
Implantes	Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno	>99%	Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Progestágeno en forma inyectable	Se inyecta por vía intramuscular cada 2 o 3 meses, según el producto	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno solo	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (entre 1 y 4 meses); las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	Se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno	El mismo mecanismo de los anticonceptivos orales en combinación	>99% si se usan de manera correcta y sostenida 97% como se usan comúnmente	las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas

Cuadro tomado de WHO, 2011

D.3.a. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES

D.3.a.1 Anticonceptivos orales combinados

Los anticonceptivos orales se han clasificado de dos maneras. La primera los divide en formulaciones de alta dosis (conteniendo ≥ 50 mcg de etinilestradiol) y de baja dosis (conteniendo 15, 20, 30, o 35 mcg de etinilestradiol, o 50 mcg de mestranol). La segunda clasificación está basada según si los niveles del estrógeno o del gestágeno varían o permanecen constante en el curso del ciclo. Si la dosis de hormonas varía durante el ciclo, las píldoras son multifásicas (bifásicas o trifásicas); si la dosis es constante durante todo el ciclo, las píldoras son monofásicas. (Frenk, J, 2002)

Formulaciones monofásicas: donde cada tableta activa contiene una dosis constante de estrógenos y gestágenos a lo largo del ciclo.

Formulaciones bifásicas: en que la dosis del estrógeno se mantiene constante a lo largo de las tabletas activas pero la dosis del gestágeno aumenta en la segunda mitad del ciclo.

Formulaciones trifásicas: en las que la dosis de estrógenos aumentan en la mitad del ciclo para disminuir la tasa de sangrado disfuncional, mientras la dosis del gestágeno es inicialmente baja y se aumenta a lo largo del ciclo

La mayoría de los anticonceptivos orales se dan en un ciclo de 28 días, con 21 días de píldoras activas que contienen hormonas y 7 días sin píldoras o píldoras de placebo. (Frenk, J, 2002)

D.3.a.2 Píldoras solo de progesterona (PSP)

Los PSP también se conocen como mini-píldoras; contienen sólo gestágenos y se toman a diario sin intervalos libres. Tienen dosis más bajas de gestágenos que los

anticonceptivos combinados y usados correctamente, la tasa de fallos es menor de 1% (Trusell et al 1990).

Las PSPs deben tomarse todos los días a la misma hora y la eficacia anticonceptiva no se garantiza si se tarda más de 3 horas. La irregularidad menstrual es el efecto secundario más común. Se resuelve espontáneamente con el uso, o puede ayudar si se cambia a otro gestágeno diferente. (Frenk, J, 2002)

Los gestágenos actúan sobre el moco cervical. El espesamiento del moco cervical previene el paso de espermatozoides al tracto reproductor superior. El efecto de su corta vida-media requiere la dosis de forma puntual. Otros mecanismos incluyen la supresión de la ovulación (en aproximadamente 50% de los ciclos), adelgazamiento y atrofia del endometrio que evita la implantación; y retarda la movilidad tubárica. (Sánchez, R, 2003)

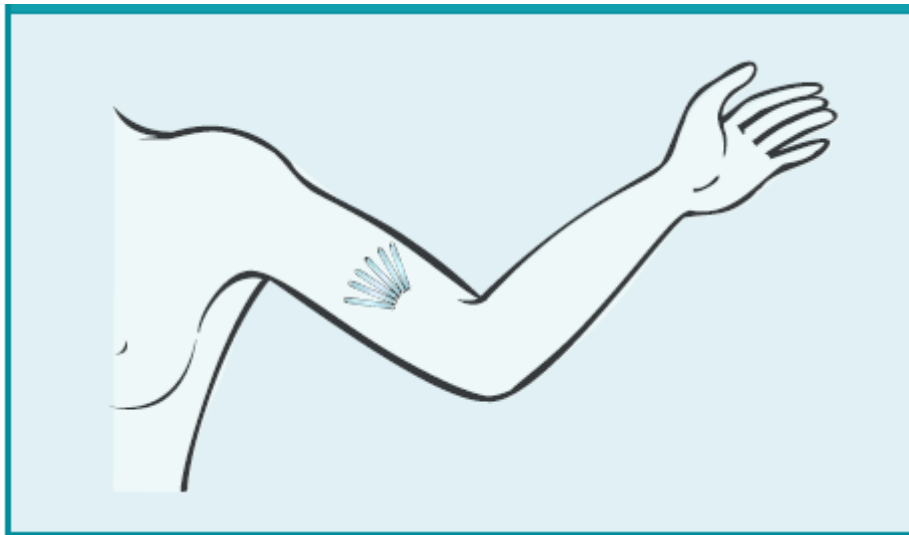
D.3.b. ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS

Los implantes subdérmicos son cápsulas que se colocan debajo de la piel del brazo de la mujer y que liberan lentamente un progestágeno en el torrente sanguíneo. De todos los implantes subdérmicos, el más estudiado y utilizado es el Norplant. Este método consiste en seis cápsulas del mismo tamaño que se implantan y que durante cinco años liberan continuamente en el torrente sanguíneo dosis bajas de levonorgestrel. (Frenk, J, 2002)

También se han elaborado sistemas de implantes que usan una o dos cápsulas. Norplant II o Jadelle, que consiste en dos cápsulas que liberan levonorgestrel, también es eficaz por lo menos durante cinco años. Implanon, que consiste en una cápsula que libera 3-ketodesogestrel, se recomienda para tres años de uso. (Frenk, J,

2002). En una revisión de la OMS el anticonceptivo Implanon fue significativamente más rápido de insertar y quitar comparado con Norplant, probablemente debido a que Implanon es un implante de una sola varilla. (Bahamondes L, 2008)

GRAFICO IV
IMPLANTE SUBDERMICO



* (Frenk J, Ruedas E) Disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>

D.3.c. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

Los anticonceptivos inyectables, y nos referiremos a ellos como “inyectables”. Los inyectables contienen hormonas femeninas que se inyectan profundamente en el músculo y se liberan gradualmente en el torrente sanguíneo; de este modo, proporcionan anticoncepción por largo tiempo. El tiempo que cada tipo de inyectable

surte efecto después de la inyección depende principalmente de los tipos y las cantidades de hormonas que contiene. (Frenk, J, 2002)

Los inyectables son seguros y se encuentran entre los métodos anticonceptivos más eficaces. Las tasas típicas anuales de embarazo son del 0,4 por ciento o menos. Hay dos tipos de anticonceptivos inyectables. El primer tipo son los inyectables sólo de progestágeno, que contienen una forma sintética de la hormona femenina progesterona. Los 2 disponibles en el mercado son:

Acetato de medroxiprogesterona de depósito (o DMPA), que se administra en una dosis de 150 mg cada **tres** meses, y comúnmente se conoce con el nombre comercial de Depo Provera. (Frenk, J, 2002)

Enantato de noretisterona (o NET-EN), que se administra en una dosis de 200 mg cada **dos** meses, y comúnmente se conoce con el nombre comercial de Noristerat o Norigest. (Frenk, J, 2002)

El segundo tipo se conoce como inyectables combinados (o AIC), que contienen progestágeno y estrógeno. Se administran una vez al mes. (Frenk, J, 2002)

Dos inyectables combinados se conocen comúnmente con el nombre comercial de Cyclofem (que contiene 25 mg de DMPA y 5 mg de cipionato de estradiol) y Mesigyna (que contiene 50 mg de NET-EN y 5 mg de valerato de estradiol). Hay otros AIC que se han usado por muchos años. Entre ellos están el feladroxato (combinación de 150 mg de acetofenida de dihidroxiprogesterona), que se usa ampliamente en algunos países latinoamericanos, donde se vende con los nombres comerciales de Perlutal, Perlutan y Topasel. (Frenk, J, 2002)

D.3.d. SISTEMAS INTRAUTERINOS (SIU) LIBERADORES DE HORMONAS

Los sistemas intrauterinos (o SIU) liberadores de hormonas constituyen un nuevo método de anticoncepción hormonal. Así como los DIU de uso más generalizado, tienen forma de T y se insertan en el útero. Sin embargo, a diferencia de los DIU, los SIU contienen progestágeno que se libera lentamente en el útero. (Frenk, J, 2002)

En algunas partes del mundo pueden obtenerse dos tipos de SIU. El primero es el sistema liberador de levonorgestrel o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU de LNG), que se comercializa con los nombres de Mirena o Levonova y es eficaz durante cinco años. El segundo es el sistema liberador de progesterona, que se comercializa como Progestasert en los Estados Unidos y es eficaz durante un año.

Los SIU liberadores de hormonas ofrecen la ventaja de ser sumamente eficaces, de tener efecto prolongado y de ser seguros y reversibles. Los mecanismos de acción principales de estos sistemas son iguales a los de otros métodos hormonales: supresión parcial de la ovulación y prevención de la fertilización, principalmente debido al espesamiento del moco cervical, que impide que los espermatozoides entren en el útero. Estos sistemas también causan adelgazamiento del endometrio que, teóricamente, puede contribuir a su efecto anticonceptivo. (Frenk, J, 2002)

D.3.e. PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA

La anticoncepción de emergencia se refiere al uso de píldoras anticonceptivas para prevenir el embarazo poco después de haber tenido un coito sin protección.

La anticoncepción de emergencia no se ha diseñado como una forma habitual de anticoncepción. Después del uso, se debe iniciar o continuar un método habitual si no

se desea el embarazo. Las píldoras anticonceptivas de emergencia o PAE, son un régimen especial de píldoras sólo de progestágeno o de anticonceptivos orales combinados. (Frenk, J, 2002)

Se pueden usar en cualquier momento durante el ciclo menstrual y más de una vez durante un ciclo, si es necesario. Puesto que se recetan por un tiempo breve, estas píldoras de emergencia casi no tienen contraindicaciones. Esto quiere decir que casi todas las mujeres que por razones médicas no pueden usar con regularidad las píldoras anticonceptivas que contienen estrógeno, sí pueden usar las PAE. Así mismo, parece que estas píldoras no tienen los beneficios para la salud o los beneficios a largo plazo relacionados con el uso habitual de las píldoras anticonceptivas. (Frenk, J, 2002)

La información existente indica que el efecto anticonceptivo ocurre antes de la implantación. Cuando ya hay implantación, las PAE ya no surten efecto. Por lo tanto, las PAE no perturbarán ni perjudicarán un embarazo ya establecido. Las PAE son mucho más eficaces si se toman poco después del coito sin protección. (Frenk, J, 2002)

D.3.e.1 Anticonceptivos orales de emergencia sólo de progestágeno

Para la anticoncepción de emergencia, el régimen especial de píldoras sólo de progestágeno es más eficaz y produce menos efectos secundarios que el régimen especial de anticonceptivos orales combinados. La mujer que está tomando píldoras sólo de progestágeno para la anticoncepción de emergencia debe tomar una sola píldora que contenga 0,75 mg de levonorgestrel dentro de un período de 72 horas después del coito sin protección, seguida de la misma dosis 12 horas después.

Según las investigaciones, cuando se usan antes de haber transcurrido 24 horas después del coito sin protección, las píldoras que contienen levonorgestrel previenen el 95 por ciento de los embarazos previstos.

D.3.e.2. Anticonceptivos orales de emergencia combinados

El régimen especial de anticonceptivos orales combinados, conocido como la “pauta Yuzpe”, es el método de anticoncepción de emergencia que más se usa. Se ha estudiado ampliamente y se ha demostrado que es seguro y relativamente eficaz. Este régimen consiste en tomar dos dosis de píldoras, la primera dosis antes de haber transcurrido 72 horas después del coito sin protección, y la segunda dosis a las 12 horas después de la primera. (Frenk, J, 2002)

Cada una de las dos dosis debe contener por lo menos 100 mcg (0,1 mg) de etinil estradiol y 500 mcg (0,5 mg) de levonorgestrel. Cada dosis se puede obtener tomando ya sea cuatro píldoras de “baja dosis” o dos píldoras de “alta dosis”. (Frenk, J, 2002)

Según un estudio de la OMS, los AOC usados dentro de un período de 24 horas después del coito sin protección impidieron aproximadamente el 77 por ciento de embarazos previstos. En cambio, cerca del 57 por ciento de los embarazos previstos no ocurrieron cuando los AOC se usaron dentro de las 72 horas después del coito sin protección. (Frenk, J, 2002)

D.4. MÉTODOS DE BARRERA.

Estos métodos de planificación familiar evita que el espermatozoide entre a la cavidad uterina, impidiendo la unión del espermatozoide con el ovulo.

D.4.a. Preservativo o condón.

El preservativo o condón es una funda fabricada de látex o poliuretano, se coloca en el pene erecto antes de la penetración y retirada después del coito. Este evita que el contenido seminal sea depositado en la cavidad vaginal y así evitar que los espermatozoides lleguen a fecundar al ovulo (Schwarcz R, 2002) (Portaljovenclm.com).

Entre las ventajas de este método se encuentran:

- Previene el embarazo no desea.
- Su uso es fácil.
- Es económico.
- Su fácil asequebilidad.
- Sus efectos adversos son casi nulos, por lo que su control por parte del médico es limitado.
- Alta eficacia para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Entre las desventajas encontramos:

- En ciertos casos pueden existir reacciones alérgicas al látex por lo que se puede usar preservativos de poliuretano.
- Si la técnica usada para su uso es la incorrecta podría disminuir su eficacia.

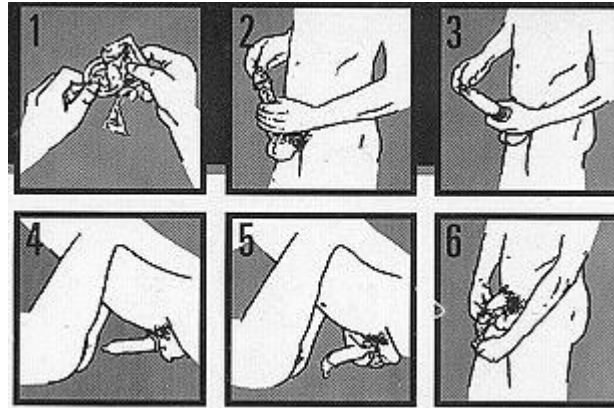
Para su uso adecuado se debe tener presente las siguientes recomendaciones:

1. El condón es de solo un uso, por lo que se debe usar un condón en cada relación sexual
2. Al retirar el preservativo de su empaque evitar usar tijeras o los dientes.
3. Evitar tener el preservativo en que podrían dañarlo tales como; bolsillo de pantalones, billeteras, lugares calientes, lugares húmedos etc.
4. Antes de la primera penetración, colocar el preservativo en la punta del pene erecto, oprimiendo la punta del preservativo, descenderlo por todo el glande.(Grafico V)
5. Una vez que se produzca la eyaculación se debe retirar el preservativo sosteniéndolo desde su base para evitar que este se salga dentro de la vagina.
(Grafico V)
6. Si es posible asegurarse que no existan fugas en el preservativo.
7. Desechar el preservativo en un trozo de papel.
8. Si se desea usar lubricante se aconseja usar los que son a base de agua ya que los de base oleosa deterioran el látex (Schwarcz R, 2002)
(Portaljovenclm.com).

En términos generales es un método de planificación familiar eficaz alcanzando el 98% si se lo usa adecuadamente y de forma sostenida y alcanza el 85% de eficacia empleándolo como se usa comúnmente (WHO, 2011).

GRAFICO V

COLOCACIÓN DEL PRESERVATIVO



*(PMSIDA) Disponible en:

<http://www.pmsida.gov.ar>

D.4.b. Preservativo femenino.

Este método de planificación familiar es una vaina fabricada de poliuretano autolubricado el cual se ajusta a las paredes vaginales, consta de dos anillos. Uno interno, que mantiene fijo al preservativo en su posición. Un anillo externo que se adapta sobre a los labios, protegiendo así los genitales externos (Portaljovenclm.com).

Entre las ventajas de este método son similares al del preservativo masculino a diferencia que este un poco más costoso.

Las desventajas son que requiere de entrenamiento previo para su colocación y muchas mujeres no adaptan a este método.

Según la OMS es un método de planificación familiar que tiene una eficacia del 90% si se lo usa adecuadamente y alcanza el 79% de eficacia empleándolo como se usa comúnmente (WHO, 2011).

D.4.c. Diafragma.

Este método anticonceptivo es una semiesfera formada de látex, en su parte interna tiene un aro metálico el cual le da forma al diafragma y ayuda de sostén en el interior de la vagina, tapando el cérvix (Portaljovenclm.com).

Las características de este instrumento de planificación familiar son; que puede mantenerse colocado hasta 24 horas, después del coito se puede volver a usar tan solo colocando nuevamente espermicida alrededor de este. Por ultimo después de un aborto se modifica la talla del diafragma (Portaljovenclm.com) (Abizanda G., Doval J., Toquero de la Torre F., Vega M., Villegas M., España 2005).

Las ventajas de este método son que a diferencia de los preservativos este se puede volver a usar. Las desventajas son que podría producir reacciones alérgicas, infecciones de vías urinarias, irritación en la piel y no previene las infecciones de transmisión sexual (Portaljovenclm.com).

D.5. MÉTODOS MECÁNICOS.

D.5.a. Dispositivo intra uterino

Los dispositivos intrauterinos son pequeños aparatos que se introducen en la cavidad uterina. Aunque la T de cobre no se ha considerado peligrosa, su uso declinó hacia el final de los años 80s excepto para la T-Cu 380 A (Para-Gard) y para el Progestasert que también tiene forma de T pero con impregnación de progesterona. (Alarcón, M, 2007)



El mecanismo de acción es impedir la fecundación y no como se piensa que la implantación. El cobre presente el dispositivo intrauterino crea una intensa reacción inflamatoria local que favorece una activación lisosomal y otras acciones infamatorias que son espermicidas y que afectan tanto al endometrio como al moco cervical interfiriendo en el transporte del esperma y la fecundación del ovulo. Su vida útil es de 10 años, pero se recomienda su cambio a los 5 años (Family Health International, 2004) (Provida press, 2011). En el caso del DIU hormonal (levonorgestrel 15 ug/día), la liberación de progestágeno inhibe la ovulación y dificulta la implantación por el medio hostil que se produce en la cavidad uterina, este dispositivo tienen una vida media de 3-5 años (Portaljovenclm.com) (Vida sana, 2007).

Las ventajas de este método son:

- No interfiere con el coito
- Es reversible, una vez retirado puede quedar embarazada de inmediato.
- No repercute sobre la lactancia.

- No interfieren con algún otro medicamento.
- Se puede colocar después del parto (excepto el DIU hormonal) o después del aborto.

Las desventajas son:

- Efectos comunes
 - Cambios en la menstruación
 - Sangrado vaginal.
 - Cólicos o dolor durante la menstruación.
- No previene la transmisión de enfermedades sexuales (Schwarcz R, 2002).

Es muy aconsejable usar este método de planificación familiar ya que su eficacia esta sobre el 99%. (WHO, 2011)

D.6. MÉTODOS QUÍMICOS.

D.6.a. Espermicidas

Los espermicidas son agentes químicos que se encargan de eliminar a los espermatozoides, vienen en diferentes presentaciones como, el gel, espuma, crema, óvulos, supositorio vaginal o tabletas. Entre los componentes del espermicida se encuentran, nonoxinol-9, octoxinol-9 y el menfegol (Center for Health Training, 2007).

Su manera de aplicación es introducir el espermicida en la vagina hasta el cérvix, con una hora de anticipación antes del coito y no menos de 10-15 min para que el producto se disuelva en el caso que sean óvulos o tabletas. Se recomienda no realizar higiene vaginal por lo menos siete horas después del coito (Schwarcz R, 2002).

Se recomienda su uso con algún otro tipo de anticonceptivo como el condón o diafragma.

D.7. MÉTODOS QUIRÚRGICOS.

Estos métodos son irreversibles y se debe llegar a un acuerdo con la pareja para no llegar a un posible conflicto en el futuro.

D.7.a. Esterilización quirúrgica masculina.

D.7.a.1. Vasectomía.

La vasectomía es una técnica quirúrgica que consiste en la ligadura de los conductos deferentes a nivel escrotal con el consiguiente bloqueo del paso de los espermatozoides hacia el epidídimo (Ministerio de salud Presidencia de la nación, 2008) (Sociedad española de fertilidad, 2009). Para este procedimiento se puede usar varias técnicas como; sección, ligadura, compresión, oclusión química, electrocoagulación etc. (Sociedad española de fertilidad, 2009).

La persona que va a ser intervenida debe estar segura del procedimiento que se va a realizar por lo que el médico debe dar toda la información sobre dicho procedimiento, posteriormente el paciente debe firmar un consentimiento informado donde se detalla el propósito de la cirugía, complicaciones y riesgos.

Las ventajas de este método de planificación familiar son:

- Es la técnica de elección para los hombres que buscan un método de planificación permanente.

- No existe efecto adverso.
- Es un método simple y seguro.
- Es totalmente efectivo después de veinte eyaculaciones o posterior a tres meses de la cirugía.
- No interviene en el placer sexual ni en su desempeño.

Las desventajas:

- Sangrado o infección en el lugar de la incisión, coágulos en el escroto.
- No es efectivo inmediatamente.
- No protege contra infecciones de transmisión sexual. (Schwarcz R, 2002)

Su eficacia alcanza >99% si se tiene relaciones sexuales después de la evacuación el semen por 3 meses de lo contrario alcanza una eficacia de 97% al 98% (WHO, 2011).

D.7.a.2. Esterilización quirúrgica femenina

La esterilización quirúrgica en la mujer consiste en el cierre de las trompas de Falopio, cortándolas, atándolas o cauterizándolas. Este método impide que los óvulos lleguen a su destino, al útero, impidiendo así su fecundación (Womenshealth.gov, 2009).

La intervención quirúrgica puede realizar en varios momentos:

1. Ligadura de trompas asilada del parto.

En este caso la ligadura de las trompas se realiza totalmente desvinculada del parto, en una mujer con paridad satisfecha. Para esto la intervención se realiza en los

primeros días del ciclo menstrual, que nos indica que no existe embarazo y en los cuales existe menos vascularización en tejidos y esto favorece al cirujano.

2. Ligadura de trompas asociada a cesárea.

Este procedimiento se realiza posterior al nacimiento del niño producto de la cesárea.

3. Ligadura asociada al posparto.

Esta ligadura se realiza posterior al parto preferentemente dentro de las 48 horas, beneficiándose de la estancia de la mujer en la unidad médica, ya que muchas mujeres a pesar de desear la salpingectomía y dadas de alta no retornan al médico para su realización. (Ministerio de salud Presidencia de la nación, 2008)

Entre las ventajas es un método definitivo, eficaz, sencillo y tiene pocas complicaciones.

Su eficacia alcanza el >99% por lo que se convierte en el método quirúrgico de elección (WHO, 2011).

CAPITULO III

PROBLEMA DE INVESTIGACION.

¿Cuál es la relación entre variables socio-económicas con el nivel de conocimientos y preferencias sobre métodos anticonceptivos en mujeres en puerperio inmediato en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Enrique Garcés en el periodo de enero a febrero del 2013?

TIPO Y UNIVERSO DE ESTUDIO.

Estudio transversal, descriptivo, en el que se estudian las variables simultáneamente en un momento determinado. El universo del presente estudio estuvo conformado con las pacientes que se encontraban cursando el puerperio inmediato (primeras 24 horas postparto) en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Enrique Garcés

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la relación entre variables socio-económicas, el nivel de conocimiento y las preferencias sobre uso de métodos anticonceptivos en mujeres en puerperio inmediato en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Enrique Garcés.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres que se encuentran en el puerperio inmediato.
- Identificar la relación entre conocimiento de métodos anticonceptivos y controles prenatales previos en el Hospital Enrique Garcés.

- Determinar las preferencias de métodos anticonceptivos en las mujeres que se encuentran en el puerperio inmediato.
- Determinar las características sociodemográficas de las mujeres en función del tipo de método anticonceptivo que utilizaban.
- Determinar la relación entre conocimiento de métodos anticonceptivos y las características socio demográficas del paciente tal como; edad, número de gestas planeadas o no, nivel de instrucción, religión y su influencia sobre el uso de los mismos, estado civil,
- Determinar la relación entre conocimiento de métodos anticonceptivos y la fuente del mismo.
- Determinar la relación entre conocimiento de métodos anticonceptivos y el nivel socioeconómico, determinado por el valor de la canasta básica.
- Establecer la relación entre condiciones socio demográficas y la preferencia sobre el uso de determinados anticonceptivos.
- Analizar la relación entre variables del embarazo (número, lugar de controles prenatales y número de gestas) y el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos

HIPÓTESIS

- El nivel de instrucción bajo afecta negativamente el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos.
- La religión es una barrera importante al momento de decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos.

- Las mujeres que se encuentra en una relación estable tienen mayor nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos.
- Las pacientes con un nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos bajo tuvieron embarazos no planeados.
- Las pacientes primíparas tienen un nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos más bajo en comparación a las mujeres multíparas.
- Las pacientes que pertenecen a familias que están bajo la línea de pobreza tienen un nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos más bajo en comparación a las que están sobre la línea de pobreza.
- Las mujeres solteras prefieren los métodos anticonceptivos de barrera.
- Las mujeres unidas prefieren la esterilización femenina como método anticonceptivo.

PACIENTES

Criterios de inclusión y exclusión.

Se consideran criterios de inclusión:

- Pacientes que cursan el puerperio inmediato de un embarazo independientemente de la edad gestacional y de vía de finalización del embarazo.
- Pacientes ingresadas en el servicio el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Enrique Garcés.

- Mujeres postparto que consientan la participación en el estudio previo a que hayan firmado el consentimiento informado de autorización de manera voluntaria.

Se consideran criterios de exclusión:

- Se excluyen pacientes que por alteraciones físicas o mentales no puedan responder a la encuesta.
- Se excluyen pacientes que no hayan firmado el consentimiento informado de autorización.

MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculó en base al estudio “Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en mujeres en puerperio de los servicio de maternidad del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda Abril – Diciembre 2000. Barquicineto. Venezuela” donde se obtuvo una prevalencia de pacientes con nivel de conocimiento bueno de 15,7%, obteniéndose así un valor de p de 0,15%. (Cabrera M, 2000)

A continuación se usa la fórmula de muestreo aleatorio simple, en la que se selecciona un tamaño de muestra de una población de tal manera que cada muestra posible tenga la misma probabilidad de ser seleccionada, usando un error estándar de 5%:

$$n = pqZ^2 / (e)^2$$

$$n = (0,15)(0,85)(1,96)^2 / (0,05)^2$$

n = 0,48 / 0,0025

n = 192

Por lo tanto es una muestra de 192 pacientes, al que hay que sumar el 10% tomando en cuenta pérdidas insensibles, dando un total de 211 pacientes.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Los datos fueron recolectados mediante una encuesta (Anexo 2), aprobada y avalada por una prueba piloto realizada en pacientes de las mismas características de la muestra evaluada, los pacientes fueron interrogados personalmente, previamente a la firma del documento de consentimiento informado (Anexo 1), en el periodo de diciembre del 2012 a febrero del 2013 en el hospital Enrique Garcés.

La encuesta consta de una primera parte en donde se recolectara información general del paciente, como son edad, escolaridad, estado civil, Ocupación, Si su sueldo mensual supera el valor establecido por la canasta básica de 556 dólares para Junio de 2012 (última actualización), religión, barrera religiosa, fuente de información sobre métodos anticonceptivos, Controles prenatales realizados en el Hospital Enrique Garcés, Embarazo actual fue planeado, Método anticonceptivo que usaba antes del embarazo, Motivo de elección del método sobre los demás. La segunda parte medirá el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y se realizará en base a un estudio similar realizado en Venezuela y adaptado al ámbito cultural correspondiente, constando de 20 preguntas, cada una con una respuesta correcta.

El conocimiento fue evaluado con una escala del 0 a 20 de la siguiente manera: Excelente (17-20 puntos), Bueno (13-16 puntos), regular (10-12 puntos), Deficiente (0-9), basados en el cuestionario sobre nivel de conocimiento de anticonceptivos usado en un estudio previo en la Universidad centroccidental Lisandro Alvarado en el 2001 (Cabrera M, 2001). Las respuestas del cuestionario se citan en el Anexo 3.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.

Se realizará un análisis descriptivo de cada variable y un análisis bivariado y asociación con prueba Z y nivel de significancia con Chi² mediante el programa estadístico SPSS versión 20 disponible en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

ASPECTOS BIOÉTICOS

El siguiente estudio seguirá las Pautas Éticas Internacionales para la Experimentación Biomédica en Seres Humanos propuestas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). De acuerdo a estas toda investigación en seres humanos debiera realizarse acorde con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios guían la preparación responsable de protocolos de investigación. (CIOMS, 2002)

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales, respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o

deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables. (CIOMS, 2002)

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño y además prohíbe causar daño deliberado a las personas

La justicia, en la ética de la investigación en seres humanos, se refiere a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

En todos los casos de investigación biomédica realizada en seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado de quien presumiblemente participará en la investigación; en el caso de una persona que no sea capaz de dar un consentimiento informado, el investigador debe obtener el consentimiento por poder de un representante debidamente autorizado (CIOMS, 2002)

El presente estudio tiene la autorización por parte del director del Hospital Enrique Garcés, Pontificia Universidad Católica del Ecuador y el consentimiento informado del paciente, para la realización del mismo.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el presente estudio se contó con la participación de 211 mujeres que cursaban el postparto. Posterior a la recolección de datos se obtuvo los siguientes resultados.

En la siguiente tabla (Tabla I) se resume las características socio demográficas de la muestra; se puede observar que en cuanto a la edad el mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas fueron adultos jóvenes con el 71,6% (151) de las mujeres. El mayor porcentaje de las pacientes se encuentran desempleadas (57,3%), y 19% afirman tener un empleo fijo. (Ver Tabla I.)

Sobre el grado de instrucción, 35,5% (75) son bachiller, 27% (57) no acabaron la secundaria y 14,2% (30) tienen estudio universitario.

En el estado civil, 40,8% (86) están en unión libre, 33,6% (71) señalan que son casadas, y 23,7% (50) mujeres son madres solteras. La mayoría de las mujeres (82,5%) residen en el área urbana.

En cuanto a los ingresos mensuales (tomando en cuenta el valor de la canasta básica)¹, el 71,6% (151) tienen un ingreso menor a la canasta básica, y 28,4% (60) tienen un ingreso mensual superior a este valor. Sobre la religión, la mayoría de las mujeres (82%) manifestó pertenecer a la religión católica.

¹ Canasta básica representa el conjunto de bienes y servicios más importantes dentro del consumo habitual y representativo de las preferencias de los consumidores. Valor para junio del 2012 corresponde a 556 \$.

Tabla I. Características Socio-demográficas de la muestra

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	Adolescente (10-19 años)	33	15,6
	Adulto Joven (20-34 años)	151	71,6
	Adulto Maduro (35-59 años)	27	12,8
Ocupación	Estudiante	28	13,3
	Empleada	40	19
	Subempleo	22	10,4
	Desempleada	121	57,3
Instrucción	Ninguna	2	0,9
	Primaria incompleta	17	8,1
	Primaria completa	30	14,2
	Secundaria incompleta	57	27
	Secundaria completa	75	35,5
	Universitaria	30	14,2
Estado Civil	Soltera	50	23,7
	Casada	71	33,6
	Unión libre	86	40,8
	Divorciada / Separada	4	1,9
Sector de Residencia	Urbano	174	82,5
	Rural	37	17,5
Ingreso Mensual	Más de 556	60	28,4
	Menos 556	151	71,6
Religión	Ninguna	5	2,4
	Católica	173	82
	Evangélica	7	3,3
	Testigos de Jehová	2	0,9
	Cristiana	22	10,4
	Otras	2	0,9

Encuesta a mujeres postparto. Elaborado: Costales, F. Valle, J. 2013

En cuanto a las características de la muestra en relación a controles prenatales y embarazo se encontró lo siguiente; de las 211 mujeres que intervinieron en el estudio 61,1% pacientes son multíparas, 34,6% pacientes son primíparas y 3,8% corresponden a gran multíparas.

El 79,1% (167) de las mujeres tuvieron controles adecuados, en relación a la recomendación de por lo menos 5 controles del MSP. El 91% (192) no se realizaron sus controles prenatales en el Hospital Enrique Garcés, pero si en otra casa de salud.

El 55% (116) de las entrevistadas no recibió información sobre planificación familiar durante sus controles prenatales. Fuera de los controles prenatales, 51,2% (108) han recibido alguna vez información sobre planificación familiar, y de estas, el 79,6% (86) la recibió en una unidad publica de primer nivel, 12% (13) en unidad publica de segundo nivel, y 7,4% (8) en una institución privada.

De las 211 participantes, el 45,5% (96) de las entrevistadas reportaron que su embarazo fue planeado, mientras que el 54,5% (115) dijeron que no. El 48,8% (103) estaban usando algún método anticonceptivo antes del embarazo; de estas, el 36,9% (38) mencionaron que su embarazo fue producto del fallo del método anticonceptivo que estaban usando, y 63,1% (65) que no fue debido a este.

Tabla II. Características de la muestra en relación a controles prenatales y embarazo

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Clasificación por número de embarazo	Primípara	73	34,6
	Múltipara	130	61,6
	Gran Múltipara	8	3,8
Controles prenatales	Insuficiente	44	20,9
	Adecuado	167	79,1
Controles prenatales en HEG	Si	19	9
	No	192	91
Recibió información de PNF. durante controles prenatales	Si	95	45
	No	116	55
Algún servicio de salud brindo información de	Si	108	51,2
	No	103	48,8

PNF.			
Donde recibió información sobre PNF*	Publica 1er nivel	86	79,6
	Publica 2do nivel	13	12
	Privada	8	7,4
	Unidad educativa	1	0,9
Embarazo planeado	Si	96	45,5
	No	115	54,5
Embarazo por fallo del A.C.**	Si	38	36,9
	No	65	63,1

*Datos considerados solo para mujeres que han recibido alguna vez información sobre planificación familiar.

**Datos considerados solo para las mujeres que usaban un método anticonceptivo antes del embarazo.

* Encuesta a mujeres postparto. Elaborado: Costales, F. Valle, J. 2013

Se observa que en cuanto a la barrera religiosa², el 94,3% (199) no tienen este impedimento. De las mujeres que estaban usando algún método anticonceptivo (103), el 35% (36) usaba métodos hormonales orales, el 21,4% (22) usaba los métodos hormonales inyectables, y el 14,6% (15) reportaron usar el preservativo. En cuanto a si la pareja participa en la elección del método anticonceptivo, el 64,1% (66) afirman que sí participa.

Entre las respuestas más relevantes de porque eligieron el método se puede observar que 44,7% (46) mujeres lo escogen “por qué el médico le dijo que era el más adecuado” y 40,8% (42) señalan que fue porque “Usted decidió por su cuenta”.

Entre las razones por las cuales descontinuaron el uso del método anticonceptivo 35% (36) de las mujeres lo hicieron por “deseo de embarazo”, 26,2% (27) por efectos secundarios y 17,5% (18) por descuido.

² Barrera religiosa; refiere a si la religión impide uso de algún método anticonceptivo.

Del total de todo el universo, 59,2% (125) mujeres refieren que su principal fuente de información fue profesionales de la salud, 21,8% (46) de medios de comunicación y el porcentaje restante repartido entre padres, amigos y otros.

Tabla III. Características de la muestra en relación a Preferencias de métodos anticonceptivos.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Barrera Religiosa	Si	12	5,7
	No	199	94,3
Usaba algún método anticonceptivo antes de embarazarse	Si	103	48,8
	No	108	51,2
Cual método usaba*	Naturales	8	7,8
	H. inyectables	36	35
	H. orales	22	21,4
	Parches	3	2,9
	D.I.U	14	13,6
	Condomes	15	14,6
	Implantes	5	4,9
Pareja participa en la elección del A.C.*	Si	66	64,1
	No	37	35,9
Por qué eligió ese método anticonceptivo*	Medico dijo que era el adecuado	46	44,7
	Escucho en medios de comunicación	3	2,9
	Su esposo tomo la decisión	7	6,8
	Usted decidió por su cuenta	42	40,8
	Otros	5	4,9
	Por el costo	1	1
Por qué descontinuó el A.C.*	Efectos secundarios	27	26,2
	No se siente igual al tener relaciones	1	1
	No me explican en el SCS	3	2,9
	Deseo de embarazo	36	35
	Descuido	18	17,5
	Otros	17	16,5

Principal fuente de información sobre A.C.	Profesionales de la salud	125	59,2
	Medios de comunicación	46	21,8
	Padres	20	9,5
	Amigos	10	4,7
	Otros	10	4,7

*Datos considerados solo para las mujeres que usaban un método anticonceptivo antes del embarazo

Encuesta a mujeres postparto. Elaborado: Costales, F. Valle, J. 2013

TABLA IV RESPUESTAS DE LA ENCUESTA

Sobre la planificación familiar 27,5% (58) de las mujeres contestaron correctamente, y el 53,1% (112) señalan que sirve para que “ la pareja decide cuando y cuantos hijos tener”.

1. La planificación familiar sirve para:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESPUESTAS Que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tener.	112	53,1
Para ser informado de los métodos anticonceptivos.	23	10,9
Prepararse para cuando nazca el siguiente hijo.	4	1,9
**Sirve para todo lo anterior.	58	27,5
No sé	14	6,6

El 82,9% (175) de las mujeres contestaron correctamente que el método debe ser “el que usted elija luego de conversar junto con su médico”, seguida del 8,1% (17) que responden que debe ser “el que le digan en la farmacia”.

2. El método anticonceptivo debe ser:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
RESPUESTAS	El que su marido elija.	4	1,9
	El que le digan en la farmacia.	17	8,1
	**El que usted elija luego de conversar junto con su médico.	175	82,9
	El que le aconseje su amiga.	1	0,5
	No sé	14	6,6

Sobre la lactancia materna como método anticonceptivo y la posibilidad de quedar embarazadas 31,3% (66) mujeres contestaron correctamente “si puede quedar embarazada si no da de lactar regularmente”, y el 64% (135) no conocen dicha relación; 9% (19) de las mujeres conocen las tres condiciones para que este método sea eficaz y el 91% (192) desconocen dichas condiciones.

3. Después dar a luz. ¿Existe la posibilidad de que quede embarazada?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
RESPUESTAS	No puede quedar embarazada si da el pecho pasando un día.	6	2,8
	No puede quedar embarazada alimenta a su hijo con fórmula (leche en polvo).	4	1,9
	**SI puede quedar embarazada si no da de lactar regularmente	66	31,3
	No sé	135	64

8. Dar el pecho es un método anticonceptivo y:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
RESPUESTAS	Sirve hasta 6 meses después de dar a luz.	15	7,1
	Sirve mientras no haya tenido su regla (sangrado)	17	8,1
	Sirve siempre que alimente a su hijo solo con el pecho.	27	12,8
	**Todas las anteriores.	19	9
	No sé	133	63

Sobre los anticonceptivos orales en cuanto a quien puede usarlos el 24,6% (52) contestaron correctamente, y la gran mayoría desconocen sobre esta pregunta (64,9%), centrándose a las pastillas anticonceptivas 20,4% (43) contestaron correctamente “ayudar a regular la menstruación”, y 33,6% (71) no conocen la respuesta

4. Sobre las pastillas anticonceptivas es **VERDAD** que las pueden usar:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
RESPUESTAS	Mujeres mayores de 35 años.	16	7,6
	Mujeres con diabetes no controlada.	2	0,9
	Mujeres que fuman.	4	1,9
	**Ninguna de las mujeres anteriores pueden usarla.	52	24,6
	No sé	137	64,9

18. Las pastillas anticonceptivas puede:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
RESPUESTAS	**Ayudar a regular la menstruación.	43	20,4
	Tomarlas cualquier mujer.	29	13,7
	Tomárselas durante el embarazo.	7	3,3
	Todas son falsas	61	28,9
	No sé	71	33,6

Sobre cuales identificar a los anticonceptivos, 76,8% (162) mujeres identificaron los 3 métodos anticonceptivos citados, y 15,7% (33) identificaron uno de los métodos, en una pregunta similar, 28% (59) mujeres identificaron los 3 métodos anticonceptivos, y una gran mayoría con 35,1% (74) solo señala que el implante es un anticonceptivo, y 50 (23,7%) no conocen sobre estos métodos anticonceptivos, en cuanto a conocimiento general de anticonceptivos el 41,7% (88) contestaron correctamente “todas las respuestas son falsas”, y 42,2% (89) mujeres no saben la respuesta. Para más información ver las tablas adjuntas.

5. Son métodos anticonceptivos:

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESPUESTAS	Pastillas anticonceptivas.	16	7,6
	La T de cobre.	13	6,2
	Los condones	4	1,9
	**Todos los anteriores.	162	76,8
	No sé	16	7,6

7. Cual o cuales son métodos anticonceptivos:

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESPUESTAS	El método del ritmo.	21	10
	La lactancia materna.	7	3,3
	El implante.	74	35,1
	**Todos los anteriores	59	28
	No sé	50	23,7

13. Señale lo **CORRECTO** sobre los métodos anticonceptivos.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESPUESTAS	La T de cobre produce cáncer.	9	4,3
	Cuando se usa un método anticonceptivo, muchas mujeres quedan infértiles.	15	7,1
	La Ligadura produce que las mujeres queden locas.	10	4,7
	**Todas son falsas.	88	41,7
	No sé	89	42,2

En cuanto a métodos anticonceptivos naturales sobre cuándo se pueden iniciar después del parto, 24,6% (52) mujeres contestaron correctamente señalando que “en cualquier momento después del parto”, y 37,9% (80) desconocen cuándo hacerlo, de estos diferentes métodos, el 31,8% (67) conocen cuales son naturales, y 24,2% (51) no saben cuáles son. En cuanto a quienes puedes usar estos métodos anticonceptivos, el 51,2% (108) contestaron correctamente, y 31,3% (66) no tienen conocimiento sobre los mismos.

Específicamente sobre el método del ritmo el 28,4% (60) de las mujeres contestaron correctamente “ayuda a conocer cuando una mujer puede quedar embarazada”, y el 33,6% (71) señalaron que no conocen la respuesta.

6. Los métodos anticonceptivos naturales después del parto pueden iniciarse:

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESPUESTAS	Durante los primeros 8 días después del parto.	19	9
	Una vez que ha tenido su primera menstruación.	45	21,3
	Cuando le quite el pecho al niño.	15	7,1
	**En cualquier momento después del parto.	52	24,6
	No sé	80	37,9

10. Cual es o son métodos anticonceptivos naturales:

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESPUESTAS	El método del ritmo o la regla.	51	24,2
	Terminar afuera de la vagina.	30	14,2
	La abstinencia.	12	5,7
	**Todas son ciertas.	67	31,8
	No sé	51	24,2

11. ¿Quién puede utilizar métodos anticonceptivos naturales?

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESPUESTAS	Las mujeres sin útero.	9	4,3
	**Mujeres que tiene su menstruación regular	108	51,2
	Las mujeres con menstruación irregular.	28	13,3
	No sé	66	31,3

12. Señale lo **CORRECTO** sobre el método del ritmo (la regla).

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESPUESTAS		
**Ayuda a conocer cuando una mujer puede quedar embarazada	60	28,4
Es un método muy confiable.	8	3,8
Basta con saber cuánto dura un ciclo menstrual para poder usarlo.	39	18,5
Todas las respuestas anteriores	33	15,6
No sé	71	33,6

En cuanto a con cual método se puede quedar embarazada, el 50,7% (107) contestan correctamente, y 20,9% (44) no conocen la respuesta.

9. Con cuál de estos métodos puede volver a embarazarse:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESPUESTAS		
La ligadura de trompas.	16	7,6
La extracción del útero.	6	2,8
**La T de cobre.	107	50,7
Ninguno.	38	18
No sé	44	20,9

Referente a lo correcto del preservativo, 55,5% (117) de las mujeres contestaron correctamente, 23,7% (50) contestaron que “sirve para prevenir enfermedades de transmisión sexual por ejemplo el VHI-SIDA”, y 8,5% (18) señalan que no conocen sobre esta pregunta.

14. Sobre el preservativo (condón) que es lo **CORRECTO**.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESPUESTAS		
No se lo usa más de una vez	13	6,2
Se coloca en el pene	13	6,2
Sirve para prevenir enfermedades de transmisión sexual por ejemplo el VHI-SIDA	50	23,7
**Todas son correctas	117	55,5
No sé	18	8,5

Sobre el espermicida, solo 2,4% (5) contestaron correctamente “es una crema que se coloca en la vagina 1 hora antes de la relación sexual”, y 91,5% (193) no tienen conocimiento sobre dicho método anticonceptivo.

15. Sobre los espermicidas señale lo **CORRECTO**.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESPUESTAS		
**Es una crema que se coloca en la vagina 1 hora antes de la relación sexual.	5	2,4
Se coloca en el pene.	6	2,8
Se coloca en la vagina después de la relación.	3	1,4
Después de la relación se realiza una limpieza para eliminar el espermicida.	4	1,9
No tengo conocimiento sobre este anticonceptivo.	193	91,5

Sobre información general sobre la T de cobre, en una de las preguntas 26,1% (55) contestaron correctamente, y 46% (97) desconocen la respuesta. De la misma forma en la pregunta veinte, 36,5% (77) contestaron correctamente “es una pieza de metal que se coloca dentro del útero”, y 40,8% (86) desconocen la respuesta

16. Sobre la T de cobre que es lo **CORRECTO**.

	Frecuencia	Porcentaje
RESPUESTAS		
Son de varias formas.	6	2,8
La T de cobre no afecta a su bebé cuando le da de lactar.	17	8,1
Duran largo tiempo.	36	17,1
**Todas las respuestas son correctas.	55	26,1
No sé	97	46

20. Sobre la T de cobre que es **CORRECTO**.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
RESPUESTAS	Produce aumento de peso.	15	7,1
	**Es una pieza de metal que se coloca dentro del útero.	77	36,5
	Produce muchos dolores de cabeza.	12	5,7
	Si queda embarazada, la T de cobre puede lastimar al bebe.	21	10
	No sé	86	40,8

En anticonceptivos inyectables solo 18% (38) conocen la respuesta correcta “Funcionan con hormonas femeninas”, y 66,4% (140) desconocen la respuesta.

17. Señale lo **CORRECTO** los anticonceptivos inyectables :

	Frecuencia	Porcentaje	
RESPUESTAS	Funcionan con hormonas masculinas	4	1,9
	**Funcionan con hormonas femeninas.	38	18
	No tienen hormonas.	9	4,3
	Protege contra enfermedades de transmisión sexual.	20	9,5
	No sé	140	66,4

En cuanto a la ligadura, 31,3% (66) mujeres contestaron correctamente “es un método de anticoncepción aproximadamente 100% eficaz”, y 46% (97) mujeres no conocen la respuesta.

19. Sobre la ligadura que es lo **CORRECTO**:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
RESPUESTAS	Produce muchos efectos en las mujeres como; vómitos, pérdida de la memoria, insomnio etc.	7	3,3
	Se requiere una nueva cirugía para que funcione al 100%	6	2,8
	**Es un método de anticoncepción aproximadamente 100% eficaz.	66	31,3
	Solo se puede realizar después del parto.	35	16,6
	No sé	97	46

Como se muestra en la tabla sobre el nivel de conocimientos de las 211 mujeres que entraron en el estudio, 77,7% (164) obtuvieron una calificación entre 0- 9 puntos ubicándolas en la escala de conocimiento de **deficiente**, 16,1% (34) obtuvieron 10-12 puntos ubicándose en conocimiento **regular**, 5,2% (11) obtuvieron entre 13-16 puntos ubicándose en conocimiento **bueno**, y tan solo 0,9% (2) obtuvieron una calificación de 17-20 ubicándolas en la escala de **excelente**.

Tabla IV. Nivel de conocimientos

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
		A	E
ESCALA DE CONOCIMIENTO	Deficiente	164	77,7
	Regular	34	16,1
	Bueno	11	5,2
	Excelente	2	0,9

Tabla V.a Relación entre Nivel de conocimiento con Edad, Ocupación e Instrucción.

		Edad			Ocupación				Instrucción							
		Adolescente	Adulto Joven	Adulto Maduro	Estudiante	Empleada	Subempleado	Desempleada	Ninguna	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Universitaria		
Categorías de calificación	Deficiente	29 (87,9%)	115 (76,2%)	20 (74,1%)	19 (67,9%)	24 (60%)	19 (86,4%)	102 (84,3%)	2 (100%)	15 (88,2%)	29 (96,7%)	49 (86%)	53 (70,7%)	16 (53,3%)		
	Regular	2 (6,1%)	27 (17,9%)	5 (18,5%)	4 (14,3%)	12 (30%)	3 (13,6%)	15 (12,4%)	0	2 (11,8%)	1 (3,3%)	7 (12,3%)	15 (20%)	9 (30%)		
	Bueno	2 (6,1%)	8 (5,3%)	1 (3,7%)	4 (14,3%)	3 (7,5%)	0	4 (3,3%)	0	0	0	1 (1,8%)	5 (6,7%)	5 (16,7%)		
	Excelente	0	1 (0,7%)	1 (3,7%)	1 (3,6%)	1 (2,5%)	0	0	0	0	0	0	2 (2,7%)	0		
Prueba Z		Sig: 0,45	Sin diferencia significativa		Sig: 0,018	Diferencia significativa para la calificación deficiente entre Desempleadas y Empleadas				Sig: 0,017	Diferencia significativa para la calificación deficiente entre pacientes con Primaria completa con Secundaria completa y Universitarias Diferencia significativa para la calificación deficiente entre pacientes con Secundaria incompleta con Universitarias Diferencia significativa para la calificación Buena entre pacientes Universitarias y con Secundaria Incompleta					

Tabla V.b Relación entre Nivel de conocimiento con Estado civil, Residencia e Ingreso mensual.

		Estado civil				Residencia		Ingreso mensual	
		Soltera	Casada	Unión libre	Divorciada / Separada	Urbano	Rural	Más de 556	Menos 556
Categoría de calificación	Deficiente	37 (74%)	49 (69%)	74 (86%)	4 (100%)	132 (75,9%)	32 (86,5%)	39 (65%)	125 (82,8%)
	Regular	8 (16%)	16 (22,5%)	10 (11,6%)	0	30 (17,2%)	4 (10,8%)	12 (20%)	22 (14,6%)
	Bueno	4 (8%)	5 (7%)	2 (2,3%)	0	10 (5,7%)	1 (2,7%)	7 (11,7%)	4 (2,6%)
	Excelente	1 (2%)	1 (1,4%)	0	0	2 (1,1%)	0	2 (3,3%)	0
Prueba Z		Sig: Sin diferencia significativa 0,374				Sig: 0,533 Sin diferencia significativa		Sig: 0,03 Diferencia significativa para la calificación deficiente entre pcts con ingreso Menor a 556 con ingreso Mayor a 556 Diferencia significativa para la calificación Buena entre pcts con ingreso Mayor a 556 con ingreso Menor a 556	

Tabla V.c Relación entre Nivel de conocimiento con Religión.

		Religión					
		Ninguna	Católica	Evangélica	Testigos de Jehová	Cristiana	Otras
Categoría de calificación	Deficiente	4 (80%)	135 (78%)	5 (71,4%)	2 (100%)	18 (81,8%)	0
	Regular	0	29 (16,8%)	1 (14,3%)	0	2 (9,1%)	2 (100%)
	Bueno	0	8 (4,6%)	1 (14,3%)	0	2 (9,1%)	0
	Excelente	1 (20%)	1 (0,6%)	0	0	0	0
Prueba Z		Sig: 0,003	Diferencia significativa en la calificación Excelente entre pacientes con Ninguna religión con pacientes Católicas				

Tabla V.d Relación entre Nivel de conocimiento con Número de embarazo, Lugar de controles prenatales y Número de controles prenatales.

		Categoría de embarazo			Controles prenatales en HEG		Controles prenatales	
		Primípara	Múltipara	Gran Múltipara	Si	No	Insuficiente	Adecuado
Categorías de calificación	Deficiente	59 (80,8%)	98 (75,4%)	7 (87,5%)	13 (68,4%)	151 (78,6%)	40 (90,9%)	124 (74,3%)
	Regular	8 (11%)	25 (19,2%)	1 (12,5%)	5 (26,3%)	29 (15,1%)	4 (9,1%)	30 (18%)
	Bueno	5 (6,8%)	6 (4,6%)	0,00%	0,00%	11 (5,7%)	0,00%	11 (6,6%)
	Excelente	1 (1,4%)	1 (0,8%)	0,00%	1 (5,3%)	1 (0,5%)	0,00%	2 (1,2%)
Prueba z		Sig: 0,748	Sin diferencia significativa		Sig: 0,080	Sin diferencia significativa	Sig: 0,095	Sin diferencia significativa

Tabla V.e Relación entre Nivel de conocimiento con Información sobre métodos A.C. durante los controles prenatales, Información en algún otro momento, y el uso de métodos A.C. antes del embarazo.

		Información de A.C. durante controles prenatales		Algún servicio de salud brinda información de A.C.		Antes del embarazo usaba algún método A.C.	
		Si	No	Si	No	Si	No
Categorías de calificación	Deficiente	67 (70,5%)	97 (83,6%)	79 (73,1%)	85 (82,5%)	69 (67%)	95 (88%)
	Regular	19 (20%)	15 (12,9%)	18 (16,7%)	16 (15,5%)	23 (22,3%)	11 (10,2%)
	Bueno	8 (8,4%)	3 (2,6%)	10 (9,3%)	1 (1%)	9 (8,7%)	2 (1,9%)
	Excelente	1 (1,1%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	1 (1%)	2 (1,9%)	0,00%
Prueba z		Sig: 0,102	Sin diferencia significativa	Sig: 0,055	Sin diferencia significativa	Sig: 0,002*	Diferencia significativa en la categoría Deficiente entre Pcts que No usan AC y que Si usan AC Diferencia significativa en la categoría Regular entre Pcts que Si usan AC y que No usan AC Diferencia significativa en la categoría Bueno entre Pcts que Si usan AC y que No usan AC

Tabla V.f Relación entre Nivel de conocimiento con Embarazo planeado y Fuente de información de A.C.

		Embarazo planeado		Principal fuente de información de A.C.				
		Si	No	Profesionales de la salud	Medios de comunicación	Padres	Amigos	Otros
Categorías de calificación	Deficiente	74 (77,1%)	90 (78,3%)	94(75,2%)	36 (78,3%)	16 (80%)	9 (90%)	9 (90%)
	Regular	17 (17,7%)	17 (14,8%)	22 (17,6%)	8 (17,4%)	3 (15%)	0,00%	1 (10%)
	Bueno	4 (4,2%)	7 (6,1%)	8 (6,4%)	1 (2,2%)	1 (5%)	1 (10%)	0,00%
	Excelente	1 (1%)	1 (0,9%)	1 (0,8%)	1 (2,2%)	0,00%	0,00%	0,00%
Prueba z		Sig: 0,879	Sin diferencia significativa	Sig: 0,924	Sin diferencia significativa			

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la población estudiada fue mayoritariamente Deficiente (77,7%), al igual que el estudio de Cabrera (Cabrera M, 2000). Los resultados de la encuesta ENDEMAIN-2004 indican que en el Ecuador, el 96% de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo; sin embargo, esta no mide la calidad del conocimiento que tienen las mismas, que como vemos en el estudio, es deficiente. (Endemain, 2004)

La principal fuente de información sobre métodos anticonceptivos fue de Profesionales de la salud seguido por Medios de comunicación, sin embargo, esta no está relacionada con el nivel de conocimiento. En un estudio realizado en un colegio en Otavalo (Alba R., Cabrera D., 2010) se encontró que el 87,2% de las adolescentes desconoce el uso de los anticonceptivos; estas tenían fuentes adecuadas de información, pero, al igual que nuestra población, el nivel fue deficiente; esto indica que el mensaje no está siendo transmitido o entendido correctamente. Ese problema también se ve en el estudio de Cabrera.

El grupo de adulto joven fue el mayoritario, ya que constituye el periodo más fértil de la mujer, y, al igual que el resto grupos, presentó un mayor porcentaje de conocimiento deficiente. El grupo adolescente fue el 15,6% del total de la población; esta cifra es muy similar a la reportada por el ENDEMAIN 2004 donde más del 20% de las mujeres ecuatorianas fueron madres o estuvieron embarazadas durante su

adolescencia. (Endemain, 2004) En cuanto a la ocupación, la mayoría de las encuestadas estaban desempleadas o eran amas de casa, y las mujeres con empleo tuvieron una mejor calificación en comparación; estos hallazgos son similares a los obtenidos por el estudio de Cabrera.

Se encontró que las pacientes con mayor nivel de instrucción y cuyos ingresos mensuales eran mayores que la canasta básica tuvieron mejores resultados que el resto de pacientes. El análisis de encuestas nacionales de demografía y salud en Bolivia, Colombia, Paraguay y Perú indica que la probabilidad de embarazos no planeados se incrementa con la edad de la mujer y disminuye con la educación. Generalmente, se supone que las adolescentes de los niveles socioeconómicos más bajos están más expuestas a factores que puedan aumentar la probabilidad de quedar embarazadas. En Ecuador, el 30% de las adolescentes de nivel socioeconómico bajo tuvo su primera relación sexual a los 16 años o antes, mientras que este porcentaje es del 19% para las adolescentes nivel socioeconómico medio y de 12% para las de nivel socioeconómico alto. (González, 2009)

En cuanto al estado civil, predominaron las pacientes con una pareja estable, ya sea en unión libre o casadas, sin embargo, no se encontró que esta tuviera relación con el nivel de conocimiento de las participantes. La mayoría de las participantes pertenecen al área urbana y esto no tuvo relación. Según el Endemain-2004 el conocimiento de métodos varía según estado civil o conyugal, descendiendo del 98% entre mujeres casadas/unidas al 91.9 % entre las solteras. (Endemain, 2004)

La religión más prevalente fue la católica (82%) y se encontró que las mujeres sin ninguna religión tuvieron mejor calificación que el resto. En un estudio realizado en

Cunduatcán, México, se determinó que la religión no influye considerablemente en el uso, ni en el conocimiento de métodos anticonceptivos, posiblemente debido a que las ideas contra la anticoncepción no se encuentran tan arraigadas en la población estudiada. (Vásquez, Suárez, 2005)

La población fue mayoritariamente múltipara, y no se encontró relación entre esto y el nivel de conocimiento. En el Ecuador las mujeres que no tienen ningún hijo vivo y las que tienen 6 o más, tienen menor probabilidad de conocer al menos un método anticonceptivo que el resto de las mujeres. (Endemain 2004)

La mayoría de mujeres se realizó el número de controles prenatales adecuado (79%), y aproximadamente la mitad recibió información sobre métodos anticonceptivos durante o fuera de los controles prenatales. No se encontró diferencia en las calificaciones posiblemente debido a que la información que reciben las pacientes es insuficiente y no es transmitida de manera adecuada a las mismas. Los datos en el Ecuador para el período de julio de 1999 a junio de 2004 muestra que el 84.2% de las madres tuvieron al menos un control prenatal y de estas el 57.5 % recibió los 5 controles. (González, 2009)

Las pacientes que se realizaron sus controles en el hospital Enrique Garcés tuvieron mejores calificaciones, sin embargo estos resultados no fueron significativos.

El uso previo al embarazo de métodos anticonceptivos tuvo un impacto positivo sobre el conocimiento de los mismos. El conocimiento de métodos anticonceptivos está relacionado entre otros factores, con la difusión y la oferta que de ellos han hecho las instituciones de salud y los laboratorios que los elaboran. El menor

porcentaje de uso de métodos anticonceptivos se observa en las mujeres de zonas rurales, las más jóvenes, sin escolaridad, con menos hijas/os y económicamente inactivas. (INMUJERES, México, 2006)

Independientemente del deseo de embarazo predominó la calificación deficiente; estos datos son similares a los encontrados por Cabrera.

En cuanto a las preferencias de métodos conceptivos casi la mitad de las pacientes estaban usando algún método anticonceptivo antes del embarazo actual, y el más usado fueron los métodos hormonales orales, seguido por el preservativo. Según el ENDEMAIN 2004 el uso de métodos anticonceptivos modernos llega al 64 por ciento; entre las mujeres casadas o unidas, en Quito y Pichincha la esterilización femenina es el método de mayor uso (25% y 27%, respectivamente), seguida del DIU (14% y 17%) y las pastillas (10% y 9%). El método más usado por las mujeres solteras es el condón (1,4%), seguida por las pastillas (1%). En el estudio, de las pacientes que usaban métodos anticonceptivos menos de la mitad (37%) atribuyeron su embarazo a un fallo del método anticonceptivo. (Endemain, 2004)

En cuanto a si la pareja participa en la elección del método anticonceptivo, el 64,1% (66) afirman que sí participa.

Entre las limitaciones del presente estudio tenemos que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las participantes se midió mediante el uso de un cuestionario escrito empírico, que, si bien fue basado en el del estudio de Cabrera (Cabrera M, 2000), tiene las mismas limitaciones que cualquier otra prueba escrita al momento de tratar de medir de manera exacta el conocimiento de una persona. Otra

de las limitaciones fue que en el cuestionario no planteamos la cuestión de porqué las pacientes no usaban métodos anticonceptivos, ya que este problema no fue propuesto hasta que ya avanzada la fase de recolección de la muestra. También cabe señalar la falta de colaboración de algunas participantes, y, aunque en poca medida, la ayuda que tuvimos que brindar a las pacientes analfabetas al momento de llenar la encuesta, ya que al explicar ciertas preguntas existía el riesgo de dirigir algunas de sus respuestas.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- El conocimiento sobre métodos anticonceptivos que poseen las pacientes en el puerperio inmediato en el Hospital Enrique Garcés es deficiente (77,7% vs 6,1 % que alcanzo un conocimiento entre bueno y excelente.)
- Tener un empleo a parte de ama casa está relacionado con un mejor conocimiento sobre métodos anticonceptivos (10% de pacientes empleadas vs 84,3% desempleadas con conocimiento deficiente)
- Un mayor nivel de instrucción está relacionado con un mejor conocimiento sobre métodos anticonceptivos (en pacientes con bachillerato 9,4% alcanzaron un conocimiento entre bueno y excelente, 16,7% universitarias con conocimiento bueno mientras las de primaria incompleta el 100% se ubica en conocimiento deficiente y regular)
- Un ingreso mensual igual o superior a la canasta básica está relacionado con un mejor conocimiento sobre métodos anticonceptivos (con ingreso mensual mayor a 556 dólares 15% tienen calificación entre bueno y excelente mientras con ingreso mensual menor a este valor solo 2,6% de pacientes tiene calificación de bueno).
- Realizarse los controles prenatales en el Hospital Enrique Garcés no tuvo impacto sobre el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos (no se obtuvo diferencia significativa)
- El uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo está relacionado con un mejor conocimiento sobre métodos anticonceptivos (10,6% de pacientes

obtuvieron calificación sobre el bueno vs las que no usaron anticonceptivos antes del embarazo solo 1,9% obtuvieron una calificación catalogada como buena).

- Los métodos hormonales inyectables, seguido por hormonales orales y preservativos, son los más usados por la población estudiada. (35%, 21,4%, 14,6% respectivamente)
- La principal fuente de información sobre métodos anticonceptivos es de Profesionales de la salud y de Medios de comunicación, y estos no tuvieron relación con el nivel de conocimiento (59,2%)
- Las principales razones para la elección del método anticonceptivo fueron que “Médico dijo que era el adecuado” y por decisión propia de las pacientes (44,7%, 40,8% respectivamente).
- Las principales razones para discontinuar el uso del método anticonceptivo fueron los Efectos secundarios, el deseo de embarazo y el descuido durante el uso (26,2%, 35%, 17,5% respectivamente).
- La religión no representa una barrera significativa al momento de elegir el método anticonceptivo.

RECOMENDACIONES

- Mejorar los programas de Planificación familiar a nivel hospitalario y ambulatorio.
- Dirigir la información a la pareja y no solo a la mujer, e involucrar al hombre en la toma de decisiones.
- Incorporar la planificación familiar postparto y permitir a la pareja espaciar adecuadamente los embarazos.
- Brindar educación sobre planificación familiar y la importancia del espaciamiento de los embarazos durante los controles prenatales, en los servicios de maternidad durante el puerperio y en los controles postparto
- Realizar proyectos enfocados directamente a la sexualidad en las instituciones educativas.
- Mayor difusión en medios de comunicación, familia, maestros, sobre temas relacionados con la sexualidad que ayuden a los adolescentes a iniciar su vida sexual con responsabilidad y respeto.

Anexo (1)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La siguiente encuesta corresponde a un estudio sobre planificación familiar tiene el objetivo de valorar la calidad el conocimiento de métodos anticonceptivos y su asociación con variables socio-económicas y preferencias, para así dar una mejor atención al paciente.

Sra/Srta.....
..... de años de edad y con N° de CI:
....., manifiesta que ha sido informado/a verbalmente sobre el propósito, procedimiento, beneficio y riesgo que podría suponer mi inclusión en un estudio sobre conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su asociación con variables socio-económicas.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de esta investigación y las mismas me han sido contestadas a mi satisfacción.

También he sido informado/a de que mis datos personales serán tratados respetando el derecho a la intimidad, según la ley y protegidos.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO de forma VOLUNTARIA, a que se me realice la encuesta y que mis datos sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Quito,.....de..... del 2013

Firma

Anexo (2)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

**RECUERDE LA ENCUESTA ES ANONIMA, NO ESCRIBA SU NOMBRE
EN NINGUNA HOJA DE LA ENCUESTA.**

Conteste las siguientes preguntas con una X dentro del paréntesis o llenando los espacios en blanco.

SOCIOECONOMICOS

- Qué Edad tiene:
- Ocupación: * Estudiante ()
 - * Con empleo () (CUAL?):.....
 - * Desempleada ()
- Hasta que curso estudio: Ninguna ()
Primaria incompleta ()
Primaria completa ()
Secundaria incompleta ()
Secundaria completa ()
Universitaria ()
- Cuál es su estado civil?:
- El sector donde vive es: En la ciudad/urbano () En el
campo/rural ()
- Al mes su familia gana más de 556 dólares? SI () NO ()
- Que religión tiene?:
- Su religión le impide usar algún método anticonceptivo: SI () NO ()
- Cuantas veces á quedado embarazada (incluya los abortos)?
- Sus controles de este embarazo se realizó en ESTE hospital: SI () NO ()
- Cuantos controles de este embarazo se realizó (**ponga un número**).

- Durante los controles del embarazo recibió información sobre métodos anticonceptivos:
SI () NO ()
- Algún servicio de salud le brindo información sobre planificación familiar: SI ()
NO (): CUAL CENTRO DE SALUD?:.....
- Antes de quedar embarazada usaba un método anticonceptivo: SI ()
NO () **CUAL** :
- Su pareja le ayuda a escoger el método anticonceptivo: SI () NO ()
- **Si estaba usando un método anticonceptivo**, porque lo eligió:
 - Médico dijo que era el adecuado.
 - Escucho en medios de comunicación.
 - Su esposo tomo la decisión.
 - Usted decidió por su cuenta
 - Otros:.....
- **Si estaba usando un método anticonceptivo** Cuál fue el motivo para dejar de usarlo?
 - Porque no me deja mi pareja.
 - Por el costo.
 - Efectos secundarios
 - No se siente igual al tener relaciones.
 - No me explican en el centro de salud.
 - Otros (especifique):.....
- Quedó embarazada porque falló el método anticonceptivo: SI () NO ()
- Este embarazo fue planeado? SI () NO ()
- Su principal fuente de información de anticonceptivos es:
 - Profesionales de la salud (medico, enfermeras) ()
 - Medios de comunicación: (tv/radio/periódico/libros/internet) ()
 - Padres ()
 - Amigos ()
 - Otros QUIEN.....

FAVOR, MARQUE LA RESPUESTA CON UN CIRCULO SOBRE LA LETRA. SOLO UNA RESPUESTA POR PREGUNTA.

1. La planificación familiar sirve para:
 - a. Que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tener.
 - b. Para ser informado de los métodos anticonceptivos.
 - c. Prepararse para cuando nazca el siguiente hijo.
 - d. Sirve para todo lo anterior.
 - e. No sé

2. El método anticonceptivo debe ser:
 - a. El que su marido elija.
 - b. El que le digan en la farmacia.
 - c. El que usted elija luego de conversar junto con su médico.
 - d. El que le aconseje su amiga.
 - e. No sé

3. Después dar a luz. ¿Existe la posibilidad de que quede embarazada?:
 - a. No puede quedar embarazada si da el pecho pasando un día.
 - b. No puede quedar embarazada alimenta a su hijo con fórmula (leche en polvo).
 - c. SI puede quedar embarazada si no da de lactar regularmente
 - d. No sé

4. Sobre las pastillas anticonceptivas es **VERDAD** que las pueden usar:
 - a. Mujeres mayores de 35 años.
 - b. Mujeres con diabetes no controlada.
 - c. Mujeres que fuman.
 - d. Ninguna de las mujeres anteriores pueden usarla.
 - e. No sé

5. Son métodos anticonceptivos:
 - a. Pastillas anticonceptivas.
 - b. La T de cobre.
 - c. Los condones
 - d. Todos los anteriores.
 - e. No sé

6. Los métodos anticonceptivos naturales después del parto pueden iniciarse:
 - a. Durante los primeros 8 días después del parto.
 - b. Una vez que ha tenido su primera menstruación.
 - c. Cuando le quite el pecho al niño.
 - d. En cualquier momento después del parto.
 - e. No sé

7. Cual o cuales son métodos anticonceptivos:
 - a. El método del ritmo.
 - b. La lactancia materna.
 - c. El implante.
 - d. Todos los anteriores
 - e. No sé

8. Dar el pecho es un método anticonceptivo y :
 - a. Sirve hasta 6 meses después de dar a luz.
 - b. Sirve mientras no haya tenido su regla (sangrado)
 - c. Sirve siempre que alimente a su hijo solo con el pecho.
 - d. Todas las anteriores.
 - e. No sé

9. Con cuál de estos métodos puede volver a embarazarse:
 - a. La ligadura de trompas.
 - b. La extracción del útero.
 - c. La T de cobre.
 - d. Ninguno.
 - e. No sé

10. Cual es o son métodos anticonceptivos naturales:
 - a. El método del ritmo o la regla.
 - b. Terminar afuera de la vagina.
 - c. La abstinencia.
 - d. Todas son ciertas.
 - e. No sé

11. Quien puede utilizar métodos anticonceptivos naturales?
 - a. Las mujeres sin útero.
 - b. Mujeres que tiene su menstruación regular
 - c. Las mujeres con menstruación irregular.
 - d. No sé

12. Señale lo **CORRECTO** sobre el método del ritmo (la regla):
- a. Ayuda a conocer cuando una mujer puede quedar embarazada
 - b. Es un método muy confiable.
 - c. Basta con saber cuánto dura un ciclo menstrual para poder usarlo.
 - d. Todas las respuestas anteriores
 - e. No sé
13. Señale lo **CORRECTO** sobre los métodos anticonceptivos:
- a. La T de cobre produce cáncer.
 - b. Cuando se usa un método anticonceptivo, muchas mujeres quedan infértiles.
 - c. La Ligadura produce que las mujeres queden locas.
 - d. Todas son falsas.
 - e. No sé
14. Sobre el preservativo (condón) que es lo **CORRECTO**:
- a. No se lo usa más de una vez
 - b. Se coloca en el pene
 - c. Sirve para prevenir enfermedades de transmisión sexual por ejemplo el VHI-SIDA
 - d. Todas son correctas
 - e. No sé
15. Sobre los espermicidas señale lo **CORRECTO**
- a. Es una crema que se coloca en la vagina 1 hora antes de la relación sexual.
 - b. Se coloca en el pene.
 - c. Se coloca en la vagina después de la relación.
 - d. Después de la relación se realiza una limpieza para eliminar el espermicida.
 - e. No tengo conocimiento sobre este anticonceptivo.
16. Sobre la T de cobre que es lo **CORRECTO**:
- a. Son de varias formas.
 - b. La T de cobre no afecta a su bebe cuando le da de lactar.
 - c. Duran largo tiempo.
 - d. Todas las respuestas son correctas.
 - e. No sé

17. Señale lo **CORRECTO** los anticonceptivos inyectables :
- Funcionan con hormonas masculinas
 - Funcionan con hormonas femeninas.
 - No tienen hormonas.
 - Protege contra enfermedades de transmisión sexual.
 - No sé
18. Las pastillas anticonceptivas puede:
- Ayudar a regular la menstruación.
 - Tomarlas cualquier mujer.
 - Tomárselas durante el embarazo.
 - Todas son falsas
 - No sé
19. Sobre la ligadura que es lo **CORRECTO**:
- Produce muchos efectos en las mujeres como; vómitos, pérdida de la memoria, insomnio etc.
 - Se requiere una nueva cirugía para que funcione al 100%
 - Es un método de anticoncepción aproximadamente 100% eficaz.
 - Solo se puede realizar después del parto.
 - No sé
20. Sobre la T de cobre que es **CORRECTO**:
- Produce aumento de peso.
 - Es una pieza de metal que se coloca dentro del útero.
 - Produce muchos dolores de cabeza.
 - Si queda embarazada, la T de cobre puede lastimar al bebe.
 - No sé

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA AYUDA.

Anexo (3)

Respuestas del cuestionario

1. D
2. C
3. C
4. D
5. D
6. D
7. D
8. D
9. C
10. D
11. B
12. A
13. D
14. D
15. A
16. D
17. B
18. A
19. C
20. B

BIBLIOGRAFIA

1. Abizanda González Mercedes. Doval Conde José Luis, Toquero de la Torre Francisco, Vega Martínez María, Villegas Pablos Manuel, Guía de buena práctica clínica en anticoncepción, Ministerio de sanidad y consumo, España, 2005 [146 páginas] Disponible en:
https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_anticoncepcion.pdf Consultado diciembre 06, 2012.
2. Alarcón, M. Los dispositivos intrauterinos: evolución a través de los tiempos, método de inserción, beneficios y riesgos. Colombia. 2007. Consultado 13 marzo 2013.
3. ALBA, Lactancia materna y anticoncepción, Barcelona. Disponible en:
<http://www.inppares.org/sites/default/files/Anticoncepcion%20y%20lactancia.PDF> Consultado diciembre 05, 2012.
4. Bahamondes L. Intervenciones Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles u otros implantes como métodos efectivos de prevención del embarazo: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de diciembre de 2008). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Consultado 13 marzo 2013.
5. Beatriz Goldstein, Claudio Glejzer. Sexualidad Padres e hijos, capítulo 6, Buenos Aires, 2006. [14 paginas]. Disponible en
<http://www.terras.edu.ar/jornadas/84/biblio/61Los-metodos-anticonceptivos.pdf>
Consultado Diciembre 04, 2012.
6. Center for Health Training, Contraceptive Technology (CT): 19th Rev. Ed., 2007 and CT Update (monthly newsletter). Disponible en:
http://www.cardeaservices.org/resources/documents/cfs/cfs_Espermicidas-spermicidas.pdf Consultado diciembre 06, 2012.

7. Cepar, Endemain, 2004. Disponible en:
http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/provincia/pf_p.htm Consultado diciembre 03, 2012.
8. Chávez Guadrón M. M., Conocimiento, Actitudes y prácticas de métodos de Planificación Familiar en pobladores de la Aldea Los Planes, Acatenango, Chimaltenango, Guatemala noviembre 2011. [10 páginas] Disponible en
<http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/46311.pdf> Consultado diciembre 04, 2012
9. Coccio Elina, Asociación Médica Argentina de anticoncepción, ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos? Disponible en:
http://www.amada.org.ar/PDF/comunidad_met_antic.pdf Consultado Diciembre 04, 2012
10. Conde Jorge Vinacur, Mercedes Fernández, Carlos Guevel, Elida Marconi. Intercalo interembarazo o intergenésico. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires, Argentina 2001
11. El Departamento de Salud y Servicios Humanos, La Oficina para la Salud de la Mujer, Estados Unidos, 6 marzo 2009. [13 páginas] Disponible en:
<http://womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/metodos-anticonceptivos.pdf> Consultado Diciembre 04, 2012.
12. F.J. García Zufía, Planificación familiar natural (II) El método Sintotérmico, Madrid. [5 páginas] Disponible en:
<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/62/1432/33/1v62n1432a13031256pdf001.pdf> Consultado diciembre 05, 2012
13. Family Health International, Dispositivos intrauterinos, 2004. Disponible en:
<http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/ehvlnqiyooov5em3i35hddjgqa2n2sn5gpekal>

udnrx3hcblxcps7rfnb2j2tsax2lrxrs4akcd4zdh/110204SPNewDIUfactsheet.pdf

Consultado diciembre 06, 2012.

14. Fertilab, Método del calendario, 24 noviembre 2012. Disponible en http://www.fertilab.net/ginecopedia/anticoncepcion/metodos_naturales/cual_es_el_metodo_del_calendario_1. Consultado Diciembre 04, 2012
15. fphandbook.org. Método de amenorrea de la lactancia, capítulo 19. [10 paginas] Disponible en : <http://www.fphandbook.org/sites/default/files/chapter19.pdf> Consultado diciembre 05, 2012.
16. Francisco Javier Hagenbeck-Altamirano, Rodrigo Ayala-Yáñez, Héctor Herrera-Meillón, Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la Fertilidad, México DF, Abril 2012. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2012/ABRIL/Femego%20ABRIL%204.9%20Metodos.pdf> Consultado diciembre 05, 2012.
17. Frenk J, Ruedas E, Tapia R, Eugenia M, Gonzalez E, Lomelin G, et al. Introducción a los métodos anticonceptivos; información general. México DF 2002. [80 paginas] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>
18. Goldstein B, Glejzer C. Sexualidad Padres e hijos, capítulo 6, Buenos Aires, 2006. [14 paginas]. Disponible en <http://www.terras.edu.ar/jornadas/84/biblio/61Los-metodos-anticonceptivos.pdf> Consultado Diciembre 04, 2012.
19. Guía de métodos anticonceptivos, Dirección general de salud pública, gobierno de Rioja, 2011. [32 páginas]. Disponible en:

- <http://www.riojasalud.es/ficheros/anticonceptivos.pdf> Consultado diciembre 05, 2012.
20. Guix Llistuella D. Métodos anticonceptivos. En: Torrens Sigales RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la Mujer. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 328-357. Disponible en http://www.enfermeria21.com/?q=cobre&q2=&search_type=1&id_pub_cont=9&option=com_encuentra&Itemid=&task=showContent_v22&id_articulo=952. Consultado diciembre 04, 2012.
21. Guyton
22. Hagenbeck-Altamirano Francisco Javier, Ayala-Yáñez Rodrigo, Herrera-Meillón Héctor, Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la Fertilidad, México DF, Abril 2012. [9 páginas] Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2012/ABRIL/Femego%20ABRIL%204.9%20Metodos.pdf> Consultado diciembre 05, 2012.
- <http://www.observatoriobioetica.com/farma/cientifica/art14.pdf> Consultado Marzo 13, 2013
- http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/GuiaPracticaAnticOral.pdf. Consultado enero 05, 2013
23. Instituto asturiano de la mujer. Gobierno del principado de Asturias, Métodos anticonceptivos: naturales, de barrera, hormonales y quirúrgicos. [6 páginas] Disponible en <http://www.mujoas.org/documentos/ANTICONCEPTIVOS.pdf> Consultado Diciembre 04, 2012.
24. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas. Panorama actual con base en los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica 2006

25. Jennings Victoria, Arevalo Marcos, Kowal Deborah. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, Institute for reproductive health, Contraceptive Technology, 8va edición. [9 páginas] Disponible en:
http://www.irh.org/SDM_Implementation/pdfs/Contraceptive%20Tech%20Chapter%2015%20SDM%20Excerpts%20SPA.pdf Consultado diciembre 05, 2012.
26. Llistuella G. Métodos anticonceptivos. En: Torrens Sigales RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la Mujer. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 328-357. Disponible en
http://www.enfermeria21.com/?q=cobre&q2=&search_type=1&id_pub_cont=9&option=com_encuentra&Itemid=&task=showContent_v22&id_articulo=952. Consultado diciembre 04, 2012.
27. María Magdalena Chávez Guadrón, Conocimiento, Actitudes y prácticas de métodos de Planificación Familiar en pobladores de la Aldea Los Planes, Acatenango, Chimaltenango, Guatemala 2011. [10 páginas] Disponible en
<http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/46311.pdf> Consultado diciembre 04, 2012
28. Métodos anticonceptivos: naturales, de barrera, hormonales y quirúrgicos. [6 páginas] Disponible en
<http://www.mujoas.org/documentos/ANTICONCEPTIVOS.pdf> Consultado Diciembre 04, 2012.
29. Ministerio de salud Presidencia de la nación. Anticoncepción quirúrgica varones. Argentina, mayo 2008. [28 páginas] Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/aqv_vasectomia.pdf Consultado diciembre 07, 2012.

30. Ministerio de salud Presidencial de la nación. Anticoncepción Quirúrgica Mujeres, Argentina. Mayo 2008. [36 páginas] Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/downloads/aqm_ligadura_trompas_falopio.pdf Consultado Diciembre 07, 2012.
31. Ministerio de salud pública , dirección nacional de normatización , componente normativo materno neonatal
32. Peralta M, Octavio. “Salud Reproductiva en el Período Post-parto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud”. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), 1996.
33. Planificación familiar, Nota descriptiva N°351, Abril de 2011, OMS.
Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/index.html>
Consultado diciembre 04, 2012
34. Portaljovenclm.com, Salud sexual, Guía de métodos anticonceptivos, Castilla-La Mancha. [38 páginas]. Disponible en:
http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf Consultado diciembre 06, 2012.
35. Programa municipal de sida, los preservativos masculinos. Disponible en:
<http://www.pmsida.gov.ar> Consultado diciembre 06, 2012.
36. Provida press, Mecanismo de acción del dispositivo intrauterino, N°371. [1 pagina] Disponible en:
37. Reproline, Planificación Familiar Natural. Johns Hopkins University.
Septiembre 2006 Disponible en:
http://www.reproline.jhu.edu/spanish/6read/6multi/6tgwgII/tgnf_s.pdf
Consultado diciembre 05, 2012.

38. Riojasalud.es. Guía de métodos anticonceptivos, Dirección general de salud pública, gobierno de Rioja, 2011. [32 páginas]. Disponible en:
<http://www.riojasalud.es/ficheros/anticonceptivos.pdf> Consultado diciembre 05, 2012.
39. Sánchez R, Martínez O, GUÍA PRÁCTICA EN ANTICONCEPCIÓN ORAL Basada en la evidencia, 2003. Disponible en:
http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/GuiaPracticaAnticOral.pdf. Consultado enero 05, 2013
40. Schwarcz R, Castro R, Dra.Galimberti D, Martínez I, García O, Lomuto C, et al. Guía para el uso de métodos anticonceptivos, ministerio de salud Argentina, octubre 2002. [68 páginas]. Disponible en
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/guia-anticoncepcion.pdf> Consultado diciembre 04, 2012.
41. Sociedad española de fertilidad. Métodos de contracepción masculina, España 2009. [6 páginas]. Disponible en:
<http://nuevo.sefertilidad.com/recomendaciones/44.pdf> Consultado diciembre 07, 2012.
42. Vida Sana, Anticonceptivo intrauterino o dispositivo intrauterino (DIU), 2007. [2 páginas] Disponible en
<http://www.permanente.net/homepage/kaiser/pdf/15437.pdf>. Consultado diciembre 06, 2012.
43. WHO, Planificación familiar, Nota descriptiva N°351, Abril de 2011, OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/index.html> Consultado diciembre 04, 2012

44. Womenshealth.gov. La Oficina para la Salud de la Mujer, Métodos anticonceptivos, Estados Unidos, 6 marzo 2009. [13 páginas] Disponible en: <http://womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/metodos-anticonceptivos.pdf> Consultado Diciembre 04, 2012.