



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

TEMA:

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD
REPRODUCTIVA QUE HABITAN EN EL BARRIO ZALAPA –LOJA,
PERIODO ABRIL – AGOSTO 2012”**

Tesis de grado previo a la
obtención del título de
Médico general.

AUTOR:

ALBA EUFEMIA CASANOVA JIMÉNEZ

DIRECTOR:

DRA. GABRIELA CHAMBA



Loja – Ecuador

2012



CERTIFICACIÓN

Dra. Gabriela Chamba

**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

CERTIFICA

Que el presente trabajo de tesis titulado **“Factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en la población femenina en edad reproductiva que habitan en el barrio Zalapa – Loja, periodo Abril – Agosto 2012”** de la autoría de la Srta. Alba Eufemia Casanova Jiménez ha sido revisada en su totalidad y autorizo su presentación

Atte.

Dra. Gabriela Chamba

DIRECTORA DE TESIS



AUTORIA

Los conceptos, ideas, opiniones, criterios y recomendaciones

vertidas en el desarrollo del presente trabajo

Son de absoluta responsabilidad de la autora.

Alba Eufemia Casanova Jiménez



AGRADECIMIENTO

A la Dra. Gabriela Chamba Directora de Tesis por su apoyo incondicional y desinteresado en la ejecución del presente trabajo.

A todos mis Profesores y a través de ellos a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Medicina Humana que ayudaron a mi formación universitaria.

A la directiva del barrio Zalapa y a la población femenina encuestada por su valiosa colaboración en la recolección de la información.

LA AUTORA



DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi abuelita Esthela.

Por haberme apoyado mientras estuviste viva y porque aunque no estés en la tierra siempre serás mi ángel, mi inspiración y mi motivación.

A mi mami Lucía.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi papi Patricio.

Por ser también un pilar importante en mi vida y en el desarrollo de mi carrera, por la motivación brindada y por su amor.

A mis familiares.

A mis hermanos Erika y Alexey, a mi abuelito Raúl, a mis tíos Ángela y Jorge, a mi primo Víctor gracias por ser parte de mi superación y por su apoyo incondicional.

Alba Eufemia Casanova Jiménez



INDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
INDICE.....	6
I. RESUMEN/SUMMARY.....	7 - 10
II. INTRODUCCIÓN.....	11 - 13
III. REVISIÓN DE LITERATURA.....	14 - 58
IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....	59 - 61
V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	62 - 75
VI. DISCUSIÓN.....	76 - 79
VII. CONCLUSIONES.....	80 - 81
VIII. RECOMENDACIONES.....	82 - 83
IX. BIBLIOGRAFIA.....	84 - 87
X. ANEXOS.....	88 -102



I. RESUMEN

El presente trabajo titulado “Factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en la población femenina en edad reproductiva que habitan en el barrio Zalapa –Loja, periodo Abril – Agosto 2012”, tuvo como objetivo establecer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, a qué edad los utilizan más frecuentemente, determinar el tipo de método más usado, la frecuencia y los factores que influyen en su uso, sugerir e implementar cursos – talleres, formativos e informativos así como la entrega de trípticos a la ciudadanía femenina del barrio Zalapa, en cuestión de Planificación Familiar como parte de la vinculación con la comunidad.

El tipo de investigación es de carácter descriptivo- prospectivo, que se lo realizó en el Barrio Zalapa de la ciudad de Loja, la población en estudio estuvo constituida por todas las pacientes mujeres en edad reproductiva, la muestra fueron 60 mujeres con edades entre 14 – 45 años, la recolección de datos se llevó a cabo a través del uso de encuestas dirigidas y guiadas que me permitieron determinar el grado de conocimiento y dudas acerca del tema de estudio.

Luego de realizar el análisis e interpretación de datos de Abril a Agosto 2012, el 83% de las encuestadas tuvieron un nivel básico de conocimientos, la edad está dentro de un rango de 14 – 24 años, el 45% tiene de 1 – 2 hijos, la mayoría es de estado civil soltera con un 43%, el 27% no usa métodos anticonceptivos, el principal factor limitante para el no uso de métodos anticonceptivos es la religión en un 33%, la principal consecuencia psicológica del no uso de métodos anticonceptivos es el miedo en un 65%, el



55% de las pacientes opinan que los métodos anticonceptivos no causan enfermedades, un 68% refirió no haber padecido ninguna enfermedad debido al uso de anticonceptivos.

Palabras claves: métodos anticonceptivos, población femenina.



SUMMARY

This paper entitled "Factors influencing the choice of contraceptive methods among women of reproductive age who live in the neighborhood Zalapa-Loja, period April-August 2012", aimed to establish the level of knowledge about contraception, what age most frequently used, determine the type of method used, the frequency and factors influencing their use, suggest and implement courses - workshops, training and information and delivering leaflets to citizens Zalapa female ward, within family planning as part of community outreach.

The research is descriptive-prospective, which was conducted in the Barrio Zalapa Loja city, the study population consisted of all women of reproductive age patients, the sample were 60 women aged 14 - 45, data collection was carried out through the use of surveys directed and guided that allowed me to determine the level of knowledge and concerns about the subject matter.

After performing the analysis and interpretation of data from April to August 2012, 83% of respondents had a basic level of knowledge, age is within a range of 14 to 24 years, 45% having 1-2 children , most civil status is single



with 43%, 27% not using birth control, the main limiting factor for non-use of contraception is religion by 33%, the main psychological consequence of not using contraception is fear by 65%, 55% of patients say that contraception does not cause disease, 68% felt they had not suffered any illness due to contraceptive use.

Keywords: contraception, female population.



II. INTRODUCCION

La elección de métodos anticonceptivos en la población femenina se ha visto condicionada por varios factores que afectan directa o indirectamente a la población.

La gran importancia del uso de métodos anticonceptivos tiene la finalidad de reducir las tasas de natalidad y mortalidad materno – neonatal, reduciendo embarazos en adolescentes, embarazos múltiples, embarazos con periodos intergenésicos cortos o incluso para evitar embarazos no deseados que terminen en abortos poniendo más en riesgo la salud de la madre. Mi estudio, tomando en consideración lo anterior, va encaminado en ese sentido, velar por la salud de este sector vulnerable de la Ciudad de Loja, población que a la vez, es marginada socialmente, con familias disfuncionales, con hogares desintegrados en los cuales a la cabeza del hogar quedan las hijas mayores de 14 años que al no tener una suficiente y adecuada información son potenciales casos de embarazos no deseados.

Se puede evidenciar que en concordancia a los resultados obtenidos y al análisis realizado y demostrado en los gráficos, indicar lo siguiente: en cuanto al conocimiento sobre métodos anticonceptivos, la población conoce lo básico que vendría a representar un 83% de la población encuestada, que los métodos anticonceptivos más usados por esta población son inyecciones con un 18%, preservativo y método del ritmo alcanzan un 15%, la T de Cobre (DIU) un 10% y en menores porcentajes las pastillas anticonceptivas y otros. Cabe indicar que el 27% de la población encuestada no utiliza ningún



método anticonceptivo; en cuanto a la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos podemos informar que el 43% no los utiliza nunca, el 32% a veces y el 15% siempre; los factores que influyen en el no uso de métodos anticonceptivos son: 33% factores religiosos, el 25% influyen las familias o familiares, el 15% otros y un porcentaje menor están las amistades, otras personas y costumbres; de las encuestadas el 55% informaron que los métodos anticonceptivos no causan enfermedades y el 45% causan enfermedades evidenciándose claramente la desinformación y el bajo nivel educacional de las encuestadas.

En estudios realizados a nivel de Ecuador sobre el tema propuesto hemos evidenciado que el uso de los anticonceptivos en la población en general ha tenido un incremento paulatino, que no deja de ser significativo de acuerdo a la población que ha sido investigada.

Países como Uruguay, Chile, Argentina, Brasil en donde tienen un mayor ingreso per-capital, un mayor desarrollo, crecimiento económico y la población tiene un margen de educación más avanzada que la nuestra, tiene porcentajes que oscilan entre el 80% - 86% que usan anticonceptivos en forma responsable; y nuestro país no se queda atrás, oscila en el 64% – 66% que la población utiliza en forma responsable los anticonceptivos.

Concretamente hablando de nuestro estudio puedo decir que la población va en mejora y en más, porque anterior a nuestro análisis nunca habían tenido una información de esta naturaleza y hoy quedaron comprometidas a velar por su salud, por su vida sexual y reproductiva que les llevara a un disfrute



de una vida sexual libre de prejuicios, miedos, tabúes y sobre todo de una sexualidad responsable.

El propósito del presente estudio es: establecer el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, a qué edad las mujeres los utilizan más frecuentemente, el número de gestas y el estado civil, determinar el tipo, la frecuencia y los factores que influyen en el uso de anticonceptivos, establecer las repercusiones sociales, las consecuencias psicológicas y patológicas de su uso, sugerir e implementar cursos – talleres formativos e informativos así como a la entrega de trípticos a la ciudadanía femenina del barrio Zalapa en cuestión de Planificación familiar como parte de la vinculación con la comunidad.



III. REVISIÓN DE LITERATURA

3.1	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	16
3.1.1	Definición.....	16
3.2	CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.	16
3.2.1	Métodos Naturales.....	16
3.2.1.1	Método de la Lactancia Materna.....	17
3.2.1.2	Método del calendario o método de Ogino.....	18
3.2.1.3	Método de registro de la temperatura basal.....	19
3.2.1.4	Método de Billings.....	19
3.2.1.5	Coitus interruptus.....	19
3.2.2	Anticonceptivos de barrera.....	19
3.2.2.1	Preservativo o condón.....	20
3.2.2.2	Diafragma.....	21
3.2.2.3	Capuchón cervical.....	24
3.2.2.4	Compresa anticonceptiva vaginal.....	25
3.2.3	Anticoncepción hormonal.....	26
3.2.3.1	Píldora – Minipíldora.....	33
3.2.3.2	Dispositivo intrauterino o DIU.....	35
3.2.3.3	Anticonceptivos inyectables.....	37
3.2.3.4	Píldora de emergencia.....	40
3.2.4	Métodos quirúrgicos.....	41
3.2.4.1	Esterilización femenina o ligadura de trompas.....	41
3.2.4.2	Esterilización masculina o vasectomía.....	42
3.3	EFICACIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	43
3.4	CRITERIOS DE ELECCIÓN PARA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	44
3.5	ANTICONCEPCIÓN EN GRUPOS O SITUACIONES ESPECIALES.....	45



3.5.1	Anticoncepción en la adolescencia.....	45
3.5.2	Anticoncepción en mujeres con desórdenes médicos.....	46
3.6	ANTICONCEPCIÓN EN ETAPAS BIOLÓGICAS.....	48
3.6.1	Anticoncepción en el posparto o la lactancia.....	48
3.6.2	Anticoncepción en el posaborto.....	50
3.6.3	Anticoncepción en la premenopausia.....	50
3.7	NEOPLASIAS Y ANTICONCEPTIVOS.....	51
3.7.1	Anticonceptivos y su relación con el Cáncer de Cérvix.....	51
3.7.2	Anticonceptivos y su relación con el Cáncer de Mama.....	51
3.8	AVANCES EN ANTICONCEPCIÓN.....	52
3.8.1	Nuevas vías de administración.....	52
3.9	ASPECTOS ÉTICOS, CULTURALES, LEGALES RELIGIOSOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	52
3.9.1	Aspectos éticos que influyen en el uso de métodos anticonceptivos.....	52
3.9.2	Aspectos culturales que influyen en el uso de métodos anticonceptivos	54
3.9.3	Aspectos legales que influyen en el uso de métodos anticonceptivos.....	55
3.9.4	Aspectos religiosos que influyen en el uso de métodos anticonceptivos	56



3.1 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

3.1.1 Definición de métodos anticonceptivos

Se entiende como anticoncepción los métodos y técnicas que puede emplear una pareja para mantener relaciones sexuales satisfactorias libremente, de forma que el embarazo se produzca en el momento en que ellos lo consideren oportuno. Los métodos anticonceptivos son técnicas concretas para prevenir embarazos no deseados.

El término de anticoncepción, en un sentido más estricto, significa evitar la concepción o fecundación. No obstante, desde un punto de vista práctico, estos métodos incluyen todos los procedimientos que existen para evitar la fecundación, la implantación y el crecimiento de la célula huevo.

3.2 CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

3.2.1 MÉTODOS NATURALES

Son los que no se basan en ningún mecanismo físico o químico para evitar el embarazo.

De estos métodos, los únicos recomendables son los que se basan en la continencia periódica, que consiste en no realizar el coito durante los días previos y posteriores a la ovulación. Es decir, que se basan en evitar el coito vaginal durante los días del ciclo menstrual en que se podría producir la fecundación. En cada ciclo menstrual existe un período fértil durante el cual, de realizarse un coito, podría producirse la fecundación, y un período no fértil, durante el cual la fecundación no es posible. Los óvulos solo se mantienen viables hasta 24 horas después de la ovulación, y los espermatozoides solo pueden sobrevivir hasta un máximo de 72 horas dentro del aparato genital femenino. Así, el período fértil comprende desde



tres días antes de la ovulación hasta un día después de ésta, y dura, en total, cuatro días. Por el contrario, el período no fértil se inicia un día después de la ovulación y se extiende hasta tres días antes de la siguiente ovulación, comprendiendo un total de 24 días.

Los ciclos menstruales no duran siempre 28 días, y la ovulación no se produce en todos los casos el día 14 de cada ciclo. Por ello, en la práctica, al emplear estos métodos, el período de continencia o abstinencia del coito vaginal debe extenderse a unos 6 o 7 días, para garantizar un margen mínimo de seguridad.

Estos métodos poseen la ventaja de ser naturales y resultar económicos, pero requieren un largo período de preparación y entrenamiento y una gran dosis de disciplina. Además, la abstinencia de coito vaginal durante períodos repetidos a menudo comporta trastornos emocionales. Por todo ello, su índice de fracaso es bastante elevado.

Dentro de este tipo de métodos encontramos los siguientes:

3.2.1.1 Método de la Lactancia Materna (MELA):

Es un método anticonceptivo post parto, moderno y temporal basado en la infertilidad fisiológica que se da durante la lactancia. La lactancia regular y frecuente resulta de una inhibición de la ovulación por la desorganización folicular.

El MELA, tiene 3 requisitos fundamentales que son:

- Que la madre permanezca en Amenorrea
- Que la lactancia sea exclusiva
- Que el hijo tenga menos de 6 meses.



Cuando una mujer cumple con los 3 requisitos, este método brinda una tasa de fallo de menos de 2 embarazos por cada 100 mujeres que lo usan.

Beneficios: Para el niño: El acto de mamar reafirma el vínculo madre-hijo, proporciona los requerimientos nutricionales del niño, Protege al niño contra enfermedades infecciosas (inmunización pasiva).

Para la madre: Ayuda a que el sangrado post-parto, sea más corto, disminuye el riesgo de infección puerperal, La protección anticonceptiva empieza después del parto, No representa gasto económico adicional.

Limitaciones: Puede ser un método difícil de practicar por circunstancia de separación del bebé por periodos prolongados, no brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Este método tiene la ventaja que es fácil de aplicar especialmente durante los 6 meses de edad del bebé, protección a la madre y el niño, a la madre favorece el retardo de la ovulación, no es comprado, es muy factible y accesible, es de bajo costo, no tiene efectos secundarios ni complicaciones. Sus beneficios; evitar un embarazo no deseado, la hemorragia del post parto disminuye, ayuda al niño en su crecimiento y favorece su factor inmunológico.

3.2.1.2 Método del calendario o método de Ogino

Es el método mediante el cual se puede predecir la fecha de la ovulación teniendo en cuenta las fechas de ovulación de los ciclos precedentes. Este cálculo se realiza apuntando, durante 12 meses seguidos, la fecha del primer día de cada regla, considerándola como el primer día de ciclo menstrual. Para establecer las fechas en que se puede producir el período fértil se resta 18 al número de días que ha durado el ciclo más corto y 11 al número de días que ha durado el ciclo más largo. La primera de las cifras obtenidas es



la fecha del ciclo menstrual en que debe comenzar la continencia, y la segunda, la fecha en que acaba el período de continencia.

3.2.1.3 Método de registro de la temperatura basal

Este método consiste en registrar la temperatura del cuerpo diariamente, y se basa en el hecho de que, durante la ovulación y en los días posteriores la temperatura corporal se incrementa unas décimas por encima de lo normal.

3.2.1.4 Método de Billings

Consiste en observar las características del flujo vaginal a lo largo del ciclo menstrual, y se basa en que en el momento de la ovulación el flujo vaginal es más abundante y líquido que en el resto del ciclo.

3.2.1.5 Coitus interruptus

Este método consiste en retirar el pene antes de la eyaculación, no se considera un método anticonceptivo, porque ya antes de la eyaculación se expulsa por la uretra un flujo que contiene cantidades importantes de espermatozoides.

Además, puede provocar insatisfacción sexual y frustración, porque requiere un alto grado de control por parte del hombre, y las relaciones sexuales no suelen vivirse como completas.

3.2.2 MÉTODOS DE BARRERA

Se basan en el empleo de dispositivos y/o sustancias químicas que impiden por una u otra vía, que los espermatozoides penetren en el útero. Los más importantes son el condón o preservativo, el condón femenino, el diafragma y



los espermicidas, que se pueden presentar en forma de óvulos vaginales, cremas, geles y aerosoles. Su índice de eficacia es bastante elevado, especialmente si se emplean conjuntamente los que implican una barrera física con los espermicidas.

3.2.2.1 Preservativo o condón

Es una funda de látex que se coloca sobre el pene antes de realizar el coito, impidiendo que el semen entre en contacto con el aparato genital femenino.

El preservativo posee varias ventajas como anticonceptivo. En primer lugar, es fácil de emplear, es relativamente económico y no requiere prescripción médica. Además, es un método relativamente eficaz para prevenir embarazos no deseados, especialmente si se utiliza conjuntamente con sustancias espermicidas. Por otra parte, es útil para la prevención de diversas enfermedades de transmisión sexual. En general, está especialmente recomendado en las relaciones sexuales esporádicas y en los adolescentes.

Los preservativos se mantienen en buen estado durante dos años. No se deben usar después de su fecha de caducidad, y deben conservarse en un sitio fresco y seco. Se han de colocar antes de que el pene contacte con los genitales femeninos, ya que las secreciones uretrales suelen contener espermatozoides. Para que este sea colocado, el pene debe estar erecto, y el prepucio replegado hacia atrás, dejando el glande al descubierto.

Tras desenrollarlo, el preservativo se ha de adherir a lo largo de la superficie del pene sin que se formen bolsas de aire. Los preservativos suelen presentar, en su extremo, un depósito para el semen. Si no existe tal depósito, hay que dejarlos sobresalir un centímetro en la punta. Los preservativos suelen tener incorporadas sustancias espermicidas y



lubricantes. No obstante, para aumentar su eficacia, conviene untar el preservativo, el pene y la vagina con crema espermicida, antes de colocarlo. Nunca debe usarse vaselina o algún otro lubricante soluble en grasas, que pueden desintegrar el látex.

Los lubricantes deben ser hidrosolubles. Una vez que ha tenido lugar la eyaculación, se debe retirar el pene de la vagina lo antes posible, para evitar que, al reducir este su tamaño, el preservativo se desprenda y caiga dentro de la vagina.

Por la misma razón al retirar el pene de la vagina, conviene sujetar el condón por su base.

Los preservativos sólo pueden usarse una vez. Así, después de usarlos, hay que tirarlos y, si se desea seguir practicando el coito, debe emplearse uno nuevo.

Beneficios colaterales:

- Prevención de infecciones vaginales o transmitidas por contacto sexual y, posiblemente, de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Mayor comodidad y placer sexual con los dispositivos lubricados.
- Inclusión del condón en el juego sexual.
- Reducción de títulos de anticuerpos en las parejas en que la mujer los produce contra los espermatozoides de su compañero.

3.2.2.2 Diafragma

Es una especie de gorro de látex que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo y obstruyendo la entrada del cuello uterino, y que impide que el semen se introduzca en el útero.



Los diafragmas no son desechables sino que pueden usarse durante varios meses, hasta un máximo de dos años. Existen diversas medidas de diafragmas, que se adaptan a la anatomía de la mujer que los usa, y conviene que sea una especialista quien decida cuál es la medida adecuada para cada persona.

El diafragma es relativamente fácil de emplear y no interfiere en el funcionamiento normal del aparato genital femenino. No obstante, es conveniente que lo seleccione un especialista y que la mujer se someta a un control ginecológico con cierta periodicidad. En general, tiene las mismas ventajas, inconvenientes e indicaciones que el preservativo. Sin embargo, su eficacia es algo inferior, incluso cuando se emplea con espermicidas.

El diafragma debe colocarse antes del coito. Lo ideal es unos 10 minutos antes, y nunca más de 2 horas antes, ya que podría irritar y molestar. Conviene utilizarlo con una crema espermicida, que ha de colocarse sobre la superficie convexa, que es la queda, tras la colocación, mirando hacia la vagina. Para colocar es conveniente que la mujer esté agachada, con las piernas separadas.

Se sujeta el diafragma con una mano, de forma que este quede formando un 8, y se introduce hasta el fondo de la vagina, de manera que cubra el cuello del útero.

El diafragma ha de permanecer colocado un mínimo de 8 horas después de la última eyaculación, porque durante este tiempo aún pueden quedar espermatozoides viables, pero nunca más de 2 días, porque su permanencia favorece el desarrollo de infecciones. Si se desea practicar el coito antes de retirarlo, basta con untar la vagina y el pene con espermicidas.



Tras extraerlo, el diafragma debe lavarse con agua y jabón neutro, comprobando que este íntegro. Si es así, se conserva en un lugar fresco y seco para usarlo la próxima vez. En caso contrario, se ha de adquirir uno nuevo.

Ventajas:

- No interfiere la lactancia.
- Puede insertarse de 2 a 6 horas antes del coito.
- Se evita la ingestión diaria de comprimidos.
- No altera los procesos metabólicos o fisiológicos.
- Los beneficios colaterales del empleo consiste en cierta protección contra enfermedades de transmisión sexual y contra el desarrollo de displasia cervical.

Efectos secundarios y complicaciones:

- Prurito, ardor o inflamación del tejido vaginal, por alergia al látex, el caucho o a la jalea o cremas espermicidas.
- Posible dificultad en las evacuaciones o alteración del tamaño de las heces; asimismo, hemorroides cuando el dispositivo ejerce presión sobre el colon descendente a través de la pared vaginal, a causa de su gran tamaño.
- Dolor por tejido vaginal o episiotomía no cicatrizados cuando el dispositivo se coloca demasiado pronto después de parto a término.

Contraindicaciones:

- Alergias al caucho o a los espermicidas.
- Antecedentes de infección recurrente de vías urinarias.



- Anomalías de las vías genitales a causa de musculatura débil, con prolapso uterino; cistocele, rectocele y disminución del tono vaginal, casi siempre en multíparas.
- Útero fijo en retroflexión o retroversión.
- Falta de tiempo o de personal capacitado para ajustar el diafragma e instruir a la paciente sobre su uso.
- Antecedentes de síndrome de shock tóxico.
- Incapacidad de la mujer para aprender a insertar y retirar el diafragma.
- Falta de medios y de intimidad para la inserción, la higiene, o de un sitio apropiado para guardar el dispositivo.
- Musculatura vaginal muy tensa que impide la inserción del diafragma.
- Escotadura por detrás del pubis demasiado superficial para dar apoyo al reborde del diafragma.

3.2.2.3 Capuchón cervical

Se trata de un dispositivo de caucho blando, en forma de capuchón, que se ajusta firmemente sobre el cuello uterino e impide el paso de los espermatozoides. Es más profundo y de menor diámetro que el diafragma, y se mantiene en su sitio por efecto de vacío.

El capuchón debe llenarse hasta la mitad con jalea espermicida para mejorar su eficacia, puede ser más difícil de colocar y extraer que el diafragma y se considera de eficacia semejante a la de este último.

Contraindicaciones:

- Falta de personal capacitado para colocar el dispositivo e instruir a la paciente sobre su empleo.
- Alergia al caucho o a los espermicidas.
- Anomalías anatómicas del cuello uterino o de la vagina.



- Incapacidad de la mujer para aprender la técnica de inserción.
- Infecciones cervicales o vaginales.
- Frotis de Papanicolau anormal.

3.2.2.4 Compresa anticonceptiva vaginal

Se trata de compresas de colágeno natural o material sintético en las que se incorpora un agente espermicida. La compresa tiene la forma de una pequeña almohadilla, en uno cuyos lados presenta una depresión cóncava para que se ajuste al cuello uterino, mientras que en el reverso dispone de una tira que facilita la extracción del dispositivo. Además de sus propiedades espermicidas, actúa como barrera cervical y atrapa los espermatozoides.

Antes de su introducción, la compresa debe humedecerse con agua. El dispositivo brinda protección durante 24 horas, período durante el cual puede repetirse el coito varias veces sin tomar más precauciones, aunque conviene complementar el método con el añadido de espermicidas. A las 24 horas se extrae y se desecha.

La compresa anticonceptiva vaginal se considera de eficacia similar a la del diafragma, aunque tal vez sea menor.

Contraindicaciones:

- Alergia al espermicida o al poliuretano.
- Anomalías de las estructuras pélvicas que dificultarían su colocación, retención o extracción.
- Incapacidad de la mujer para colocar o extraer el dispositivo.
- Incapacidad de recordar la manera de emplearlo.
- Antecedentes de síndrome de shock tóxico.
- Colonización vaginal por *Staphylococcus aureus*.



3.2.3 METODOS HORMONALES

Dentro de ellos los más utilizados son los anovulatorios (impiden la ovulación) de administración oral, denominados popularmente "píldora" anticonceptivas combinadas contienen estrógenos y progestágenos en diversas proporciones, que brinda la posibilidad de seleccionar entre distintas variedades. Su mecanismo de acción consiste en alterar la secreción hipofisaria de las hormonas gonadotróficas que regulan el ciclo ovárico, de tal modo que se suprime la ovulación. Además de sus efectos anovulatorios, entre otras acciones, los estrógenos interfieren la movilidad de las trompas de Falopio y el eventual transporte del óvulo, mientras que los progestágenos modifican las características del moco cervical, así como la eventual capacitación y el transporte e implantación del óvulo en el endometrio.

Beneficios colaterales:

- Disminuye la frecuencia de la anemia ferropriva: un 50% menor que en las no usuarias.
- Reduce el flujo menstrual.
- Disminuyen los casos de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Reducen la incidencia de mastopatía benigna.
- Disminuye la incidencia de quistes ováricos benignos.
- Protege contra el embarazo ectópico.
- Disminuye la incidencia de artritis reumatoide.
- Disminuyen el riesgo de cáncer endometrial.
- Reduce los cólicos menstruales.
- Disminuye la duración del período menstrual.
- Regula los periodos menstruales.
- Elimina el dolor intermenstrual.



- Disminuye el temor al embarazo.
- Puede ser útil para tratar el acné, los quistes ováricos y la endometriosis.
- Puede incrementar el placer sexual.
- Disminuye la tensión premenstrual.

Factores que deben considerarse en la elección del anticonceptivo oral:

- Las mujeres menores de 30 años de edad, sin contraindicaciones.
- Las pacientes mayores de 35 años, que fuman, no deben usarlos, independientemente de su estado de salud.
- Deben emplearse inicialmente píldoras que contengan 35 mg o menos de estrógenos.
- Las mujeres con contraindicaciones relativas o posibles que insisten en usar la píldora deben consultar al médico.
- La paciente debe recordar que es indispensable tomar la píldora todos los días.
- Las creencias culturales o religiosas pueden producir ambivalencia sobre el empleo de la píldora.

Contraindicaciones absolutas:

- Tromboflebitis, trastornos tromboembólicos, enfermedad vascular cerebral, enfermedad coronaria; antecedentes de estos trastornos o alteraciones que predisponen a sufrirlos.
- Alteraciones notables de la función hepática.
- Diagnóstico o sospecha del carcinoma de mama.
- Diagnóstico o sospecha de una neoplasia dependiente de estrógenos, en especial carcinoma endometrial.
- Hemorragia genital anormal sin causa diagnosticada.
- Diagnóstico o sospecha de embarazo.



- Ictericia obstructiva del embarazo.
- Hiperlipidemia congénita.
- Obesidad en fumadores mayores de 35 años de edad.

Contraindicaciones relativas:

- Migrañas.
- Hipertensión.
- Liomioma uterino.
- Operaciones planeadas: debe suspenderse la toma, de ser posible, un mes antes de la operación, para evitar un mayor riesgo de trombosis postoperatoria.
- Epilepsia.
- Enfermedad de las células falciformes.
- Diabetes mellitus.
- Inmovilización de miembros inferiores o lesiones importantes en pierna por debajo de la rodilla.
- Edad: 45 años o más; o bien, 40 años o más si hay un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular.
- Alteraciones del funcionamiento hepático durante el último año.

Posibles contraindicaciones:

- Terminación del embarazo durante los últimos 14-15 días.
- Aumento ponderal de 4,5 kg o más mientras la paciente estaba tomando la píldora.
- Ciclos menstruales irregulares.
- Perfil sugerente de problemas de ovulación y esterilidad.
- Alteraciones cardíacas o renales.



- Trastornos que dificulten a la paciente seguir las instrucciones sobre la ingestión de la píldora.
- Alteración de vesícula biliar o colecistectomía reciente.

Señales de peligro:

- Dolor abdominal intenso, que puede indicar colecistitis, formación de un coágulo, adenoma hepático o pancreatitis.
- Dolor intenso en el tórax o taquipnea, que puede indicar embolia pulmonar o infarto de miocardio.
- Cefalalgia intensa, que puede ser signo de accidente vascular cerebral, hipertensión o migraña.
- Problemas visuales, como visión borrosa y fosfenos o ceguera, que pueden señalar accidente vascular cerebral, hipertensión u otros problemas vasculares.
- Dolor intenso en pantorrilla o muslo, que puede indicar la formación de un coágulo en una vena de la pierna.

Instrucciones para la paciente en el empleo de anticonceptivos orales:

- Iniciar el uso del primer envase de píldoras de una de las siguientes 3 formas:
 - Tomar la primera píldora del envase el primer día del sangrado menstrual (primer día del ciclo)
 - Empezar el primer envase el domingo siguiente al inicio del período, se esté sangrando o no. Este método garantiza que no se producirán pérdidas por privación (hemorragias menstruales) durante los fines de semana.
 - Iniciar el primer envase el quinto día del período menstrual.



- Emplear un método anticonceptivo de refuerzo (espermicidas, condones o diafragma) cada vez que se tenga actividad sexual durante el primer mes de ingestión de la píldora.
 - Tomar la píldora aproximadamente a la misma hora cada día, para conservar uniforme la concentración sérica de hormonas.
 - Si en alguna ocasión se omite la administración de una píldora, hay que tomarla tan pronto se descubra el olvido sino ha pasado ya demasiado tiempo.
-
- Si no han pasado más de 12 horas de la hora de administración habitual, el método no pierde eficacia.
 - Si han pasado más de 12 horas, continuar con la siguiente píldora a la hora habitual, teniendo en cuenta que la eficacia del método puede reducirse, lo que aconseja reforzarlo con otros procedimientos complementarios durante el resto del ciclo.
 - Si pasa un día sin tomar la píldora, consultar en el prospecto del producto la conducta a adoptar. Por lo general se continúa con la siguiente, y se aconseja emplear un método de refuerzo hasta que se haya terminado el envase.
 - Si se omiten 2 o 3 tomas seguidas, es posible que se produzca ovulación y embarazo.
 - En algunos casos en que se olvidan 2 tomas puede seguirse la pauta, aunque es necesario emplear un método de refuerzo hasta que se haya terminado el envase.
 - Si se omiten 3 tomas consecutivas, debe iniciar de inmediato un segundo método anticonceptivo y desechar las píldoras que hayan quedado en el envase. Iniciar un nuevo envase el domingo que siga a la omisión de 3 o más píldoras, aunque se esté sangrando, y continuar con el método de



refuerzo hasta que hayan pasado 2 semanas con el nuevo envase. Si ha menudo ocurren omisiones, en especial durante varios días, será mejor pensar en otro método de control de la natalidad.

- Cuando se han estado tomando correctamente las píldoras y no se presenta un período menstrual, es poco probable que haya embarazo, por lo que puede iniciarse un nuevo envase en el momento indicado. En ocasiones falta algún período menstrual cuando se toman anticonceptivos, aunque en caso de duda debe consultarse al médico.
- Si se ha omitido la toma de una o más píldoras y no se inicia el ciclo menstrual, debe suspenderse la ingestión. Conviene empezar otro método de control natal y efectuar una prueba de embarazo.
- Si ya han faltado 2 períodos después de ingerir los anticonceptivos correctamente, se deberá efectuar una prueba de embarazo.
- Se ocurre el embarazo mientras se está tomándola píldora, habrá un pequeño riesgo de que el lactante sufra trastornos congénitos, según sea el producto empleado. Algunos médicos recomendarán el aborto, aunque muchos otros no.
- La administración de la píldora puede producir inicialmente efectos secundarios menores, como náuseas, cefalalgia, hemorragia por supresión, hipersensibilidad mamaria o flatulencia. Estos síntomas son resultado de las hormonas contenidas en la píldora y suelen desaparecer en uno a tres meses. Si persisten, quizá se requiera cambiar el anticonceptivo.
- Si se presenta una enfermedad que curse con vómitos y diarrea durante varios días, debe recurrirse a un método de refuerzo hasta el siguiente período menstrual.
- Si ocurre una hemorragia leve durante 2 o más ciclos, es conveniente cambiar de preparación. Se debe consultar al médico.



- Si se desea el embarazo, es necesario suspender la ingestión del anticonceptivo. Lo mejor será dejar pasar varios meses en los que ocurran ciclos menstruales espontáneos antes de embarazarse, lo cual garantiza el restablecimiento de la menstruación normal antes de que empiece el embarazo. Por tanto, es conveniente usar un método distinto de control de la natalidad durante los 3 meses siguientes a la interrupción de la anticoncepción oral.
- Nunca debe pedirse píldoras a otra persona ni compartir las propias. Las mujeres que no se han sometido a exploración ni han recibido instrucciones sobre el uso de anticonceptivos orales y los signos de peligro pueden tener contraindicaciones para la ingestión de éstos, de las que no está enterada la persona que los comparte.
- Si se ingresa en el hospital o consulta al médico por cualquier motivo, debe informarse al personal que se está tomando anticonceptivos.
- Muchos médicos recomiendan a las mujeres que toman la píldora "descansar" por un tiempo de este tipo de tratamiento. Esta práctica da por resultado muchos embarazos no deseados, y no se ha demostrado que disminuyan los efectos secundarios o las complicaciones.
- Si se fuma más de 15 cigarrillos al día, deben conocerse las señales de peligro que se presentan con la combinación de tabaquismo e ingestión de comprimidos. El uso concurrente de otras medicaciones puede reducir la eficacia del comprimido o de aquellas. Entre estos fármacos constan los siguientes: anticonvulsivantes, fenobarbital, rifampicina, antibióticos, antiácidos, sedantes, hipnóticos, fenotiacinas, tranquilizantes, insulina e hipoglucemiantes orales, corticosteroides y antihistamínico.



- Si la vaginitis por *Candida* es un problema crónico, un anticonceptivo oral con alto contenido de progestágenos puede incrementar su incidencia.

3.2.3.1 Minipíldora

Este tipo de anticonceptivo contiene sólo progestágenos que se administran de manera continuada a bajas dosis. Se han ideado para las mujeres que experimentan intensos efectos secundarios relacionados con los estrógenos y para las que los mismos están contraindicados. Actúan modificando las características del moco cervical y dificultando el ascenso de los espermatozoides. La tasa de fallos en mujeres que toman la "Minipíldora" es 2 a 3 veces mayor que las de aquellas que siguen un régimen con anticonceptivos orales combinados.

Ventajas:

- La pueden tomar mujeres que con la píldora de formulación combinada han desarrollado efectos secundarios atribuibles a los estrógenos.
- Pueden consumirla mujeres del grupo de 35 a 40 años que desean la anticoncepción oral.
- Mitiga los síntomas de dismenorrea.
- Pueden tomarla mujeres que amamantan.
- Se toma todos los días, por lo que es difícil que se olvide su administración.
- Puede reducir el riesgo de infección pélvica.

Desventaja:

- Es menos eficaz que los anticonceptivos orales combinados.



- Produce efectos secundarios (primordialmente alteración del patrón de sangrado menstrual).
- Requiere el empleo de un método de refuerzo durante los 3 primeros meses.
- Se asocia con una mayor incidencia de vaginitis por monilias o por cándida.

Contraindicaciones:

- Todas las contraindicaciones absolutas para los anticonceptivos orales combinados.
- Hemorragia genital anormal sin causa diagnosticada.
- Menstruación irregular.
- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Antecedentes de cáncer del aparato reproductor.

Instrucciones para el uso:

- Empezar a tomar la píldora el primer día del siguiente período menstrual.
- Tomar un comprimido diario sin interrupción; no dejar pasar un solo día ni dejar de ingerir para "descansar".
- Tomar la píldora a la misma hora todos los días, para conservar una concentración hormonal uniforme.
- Emplear un segundo método de control de la natalidad como mínimo durante los 3 primeros meses de ingestión de la píldora y durante la parte intermedia del siguiente ciclo.
- Si se omite la ingestión de una píldora, tomarla tan pronto como perciba la falta e ingerir la siguiente a la hora usual. Usar un método de refuerzo hasta el siguiente período.



- Si no se presenta una hemorragia menstrual durante 45 días, a pesar de haber ingerido todos los comprimidos, conviene hacer una prueba de embarazo.
- La duración de los ciclos menstruales puede variar, lo mismo que la intensidad de la hemorragia menstrual; pueden aparecer manchas de sangre en la ropa interior; por último, quizá falten periodos menstruales (sin embarazo) si sobreviene dolor abdominal intenso mientras se está ingiriendo el anticonceptivo, hay que consultar de inmediato al médico.
- No olvidar efectuar cada mes el autoexamen de la mama.
- Es necesario volver a consulta de vigilancia después de terminar el tercer envase. En ese momento, la paciente recibirá prescripción por un año y bastará con que acuda a revisiones anuales. Debe solicitar asistencia de inmediato si experimenta alguna de las señales de peligro o cree que el comprimido está causando problemas.

3.2.3.2 Dispositivo intrauterino o DIU

Este dispositivo también conocido como "espiral", es un elemento de pequeñas dimensiones que se insertan dentro del útero y que impide que el embarazo prospere.

Todavía no se conoce con total exactitud el mecanismo de acción del DIU. Sin embargo, al parecer, el DIU actúa como cuerpo extraño dentro de la cavidad uterina, frente al cual la mucosa de este órgano reacciona mediante una inflamación que no ocasiona molestias a la portadora, pero impide que la célula huevo se implante.

La colocación de DIU es un procedimiento muy sencillo que lleva a cabo el especialista. No obstante, antes de recurrir a este método anticonceptivo, la mujer ha de someterse a un examen ginecológico, en el que se descartan



diversos trastornos que podrían contraindicarlo, como infecciones, hemorragias o tumores.

El DIU no está indicado en todas las mujeres. En general, es más recomendable en las que ya han tenido hijos, porque lo toleran mejor. Sin embargo, hay una gran diversidad de modelos, algunos de ellos especialmente recomendados para mujeres que aún no se han quedado embarazadas.

Entre las ventajas del DIU destaca que es un método anticonceptivo de acción muy prolongada, ya que sólo debe sustituirse dos a cinco años, que no actúa fuera de útero, a diferencia de los anticonceptivos hormonales, y que no es un método anticonceptivo irreversible, a diferencia de la esterilización.

Por otra parte, el DIU obliga a las mujeres portadoras a someterse a controles ginecológicos periódicos y, en muy contados casos, da lugar a complicaciones de cierta gravedad. El DIU está considerado como el método anticonceptivo más eficaz, después de la esterilización y los anticonceptivos hormonales.

Ventajas:

- No requiere la toma periódica de medicamentos (como la píldora), ni ninguna maniobra cada vez que se practica el coito (como los métodos de barrera) ni aprendizaje alguno.
- No tiene efectos colaterales generales, ya que actúa a nivel local.
- Tiene una elevada eficacia, con un índice de fracasos cifrado actualmente en el 0,5-2%.



Desventajas:

- No es totalmente efectivo durante el primer mes de la colocación, por lo que se requiere otro método complementario en este período.
- Pueden provocar hemorragias menstruales más prolongadas y abundantes, así como sangrado no menstrual.
- La mujer debe controlar la situación del DIU después de cada menstruación (mediante palpación del hilo vaginal), ya que puede modificarse su posición o ser expulsado.
- Es necesario cambiar el dispositivo periódicamente (la duración es de 1-2 años para los DIU con progesterona, y de hasta 4-5 años para el resto).
- Puede dar lugar a complicaciones: infecciones genitales. Enfermedad inflamatoria pélvica, perforación uterina.

Señales de peligro:

- Ausencia o retraso del período menstrual.
- Dolor abdominal o pélvico.
- Fiebre, escalofríos.
- Hemorragias abundantes, coágulos, manchas de sangre en la ropa interior, periodos menstruales intensos.
- Ausencia del hilo vaginal del dispositivo intrauterino o percepción de un objeto duro en el cuello uterino.
- Flujo vaginal abundante, fétido o peculiar.

3.2.3.3 Anticonceptivos inyectables

Consiste en una inyección intramuscular de hormona progestágena que se aplica cada 3 meses. Actúa a nivel del cuello uterino, espesando el moco cervical y además inhibiendo la ovulación. Tiene una seguridad del 98%. Tiene la ventaja de que no es necesario estar recordando de tomar una



pastilla diariamente ni altera el acto sexual, pero generalmente trae alteraciones en el ciclo menstrual, con irregularidades por 6 meses; además la fertilidad se recupera recién después de 8 a 10 meses de suspendida su administración. Es un método anticonceptivo que requiere ser muy bien explicado para poder tenerle confianza, especialmente por la irregularidad menstrual que provoca..

Forma de uso:

- La primera inyección debe aplicarse al primer día de la menstruación. Se presentara una menstruación 1 o 2 semanas después de esta primera inyección.
- Las siguientes aplicaciones se realizaran cada 30 días, con una variación de 3 días antes o 3 días después de la fecha calculada.
- La aplicación es por fecha calendario y no por el sangrado menstrual.
- Si se aplica después de 33 días de la inyección anterior no se tendrá protección contraceptiva. Es necesario usar un método adicional hasta la nueva aplicación.
- La aplicación lenta evitara efectos adversos.
- No realizar masaje en el sitio de aplicación para no aumentar su absorción.

Contraindicaciones:

- Jaqueca con síntomas neurológicos focales.
- Embarazo.
- Lactancia en puerperio menor de 6 semanas.
- Cáncer de seno.
- Antecedente o presencia de tromboembolismo o accidente cerebro vascular.
- Antecedente o presencia de cardiopatía isquémica o valvular complicada.



- Hipertensión arterial severa.
- Hepatitis activa o tumor hepático maligno.
- Diabetes con duración mayor de 20 años o con complicaciones vasculares.

Ventajas:

- Seguros y sumamente eficaces
- Reversibles
- Fáciles de usar (No requieren una rutina diaria.)
- No interfieren con el acto sexual
- Tienen efectos beneficiosos que no se relacionan con la anticoncepción

Desventajas:

- Efectos secundarios comunes (especialmente sangrado menstrual irregular o manchado durante los primeros tres meses)
- No protegen contra las ETS/VIH

Efectos secundarios posibles:

- Sangrado irregular o prolongado
- Manchado
- Dolores de cabeza
- Náuseas
- Sensibilidad mamaria anormal
- Aumento de peso
- Cambios del estado de ánimo
- Acné
- Amenorrea



Causales de retiro:

- Jaqueca o migraña
- Alteraciones visuales.
- Signos de tromboflebitis
- Hipertensión arterial.
- Inmovilización prolongada.
- Seis semanas antes de una cirugía mayor.
- Embarazo
- Trastorno menstrual severo.

3.2.3.4 Píldora de Emergencia o píldora del día después

En realidad este no es un método anticonceptivo ya que no impide la concepción sino que provoca la expulsión del huevo recién fecundado. Llamada también la píldora del día después o anticoncepción de emergencia, está compuesta por una combinación de estrógenos y progestágenos o sólo progestágenos.

Esta píldora se toma en dos dosis luego de la relación sexual sin protección o rotura del condón.

Este anticonceptivo de emergencia debe recibirse antes de que se cumplan las 72 hs. posteriores a la relación sexual sin protección, de acuerdo al esquema indicado en el prospecto adjunto y bajo supervisión médica. Son mucho más potentes que los anticonceptivos anovulatorios habituales. La alta dosis hormonal, altera el endometrio (capa interna del útero), impidiendo su implantación. Tiene una seguridad anticonceptiva del 75%, y sólo actúa para esa oportunidad, se deben tener recaudos hasta la nueva



menstruación. Puede causar como efectos colaterales náuseas, cefaleas y mareos.

Actualmente está en medio de una controversia por no considerarse un método anticonceptivo y en muchos países está prohibida su venta.

3.2.4 MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Es una técnica quirúrgica destinada a impedir la procreación, que puede practicarse en el hombre o en la mujer.

Es un método anticonceptivo irreversible, y por ello se indica en personas que definitivamente no desean tener más hijos o en mujeres de más de 35 años de edad, momento a partir del cual resulta cada vez de más riesgo el embarazo. Por otra parte, es el método anticonceptivo más eficaz, ya que: su índice de fallos es casi inexistente.

3.2.4.1 Esterilización femenina o ligadura de trompas

La esterilización femenina corresponde a la interrupción de la luz de las trompas de Falopio, mediante ligadura con grapas o clips, sección o cauterización, de tal modo que se impida la migración del óvulo hacia el útero. Todos estos métodos se efectúan mediante acceso en la cavidad pélvica por la pared abdominal o por el fondo del saco vaginal posterior.

La ligadura de Trompas abdominal

- Minilaparotomía. Es un procedimiento que puede efectuarse bajo anestesia local a través de una incisión abdominal; requiere cerca de 20 minutos y se puede efectuar después del parto. La recuperación es rápida, y la mujer es dada de alta en pocas horas.
- Ligadura Tubárica laparoscópica. Se introduce un laparoscopio bajo anestesia general hacia el interior de la pelvis, para observar los órganos.



Las trompas se cierran por cauterización, ligadura o pinzamiento con bandas o grapas. La recuperación es rápida, con una tasa de complicaciones muy baja.

Ligadura de trompas vaginal

- Colpotomía. Se efectúa en multíparas hospitalarias o en pacientes ambulatorias. Con anestesia general o local, el cirujano efectúa una incisión en el fondo del saco posterior para alcanzar con el cauterio las trompas de Falopio. El procedimiento requiere aproximadamente una hora.
- Culdoscopia. Con un endoscopio se obtiene el acceso hacia las trompas a través del saco posterior. Por lo general, culdoscopia y culdotomía han sido reemplazadas por la minilaparotomía o la laparoscopia abdominal, que es un procedimiento más seguro y confiable.

3.2.4.2 Esterilización masculina o vasectomía.

La vasectomía parcial bilateral es un procedimiento quirúrgico sencillo y constituye el método más fácil y seguro de esterilización quirúrgica. La intervención se realiza mediante una incisión en el escroto, en ambos lados, y produce esterilidad al interrumpir la continuidad de los conductos deferentes e impedir que se eliminen espermatozoides en el semen de la eyaculación.

El procedimiento se efectúa con anestesia local y requiere menos de 30 minutos. Es indispensable informar al paciente que no quedará estéril de inmediato, puesto que los conductos deferentes contienen espermatozoides de uno a tres meses y no serán eliminados antes de unas doce eyaculaciones. Durante este período puede producirse un embarazo si no se toman precauciones, por lo que es necesario recurrir a otro método



anticonceptivo. Pasado ese lapso, se practica un análisis de semen, y si está libre de espermatozoides, se concluirá que la esterilización es completa. La reversibilidad del procedimiento depende en gran medida de la técnica empleada. Sólo se logra en el 18 al 60% de los intentados.

3.3 EFICACIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La forma tradicional de medir la eficacia de los métodos anticonceptivos ha sido por medio de la fórmula de Pearl, ideada en 1930, que expresa la incidencia de fracasos en términos de tasa de embarazos por 100 años mujer exposición.

Cualquier consideración de la eficacia anticonceptiva permite una distinción entre la eficacia teórica bajo condiciones ideales, utilizando el método de acuerdo con las instrucciones, y su eficacia práctica que es aquella tenida en su uso en una población determinada. En el cuadro siguiente se muestra la eficacia.

MÉTODO	TASA
Ligadura Tubárica	0.2 – 1
Vasectomía	0.15 – 1
Progestágenos inyectables	0.3 – 1
Implantes	0.2 – 1
Píldoras combinadas	1 – 8



Dispositivo	0.5 – 1
Barrera	10 – 30
Coitus interruptus	5 – 25
Métodos Naturales	10 – 30
Lactancia 12 meses	2 – 3

*Tasa de embarazos por cada 100 mujeres por año, durante el primer año de uso.

Además de una buena eficacia, un método anticonceptivo debe tener amplia aceptación, ser fácil de consecución y aplicación, tener escasos efectos secundarios, ser reversibles, de bajo precio y requerir los menores controles médicos.

3.4 CRITERIOS DE ELECCIÓN PARA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud ponderó los riesgos y los beneficios para la salud, respecto a la prescripción y uso de métodos anticonceptivos y los agrupo en:

- **Clase 1:** una condición para la cual **no exista restricción alguna** respecto al uso de métodos anticonceptivo: utilice el método bajo cualquier circunstancia.
- **Clase 2:** una condición en la que, por lo general, los **beneficios** del uso del método **superan los riesgos teóricos** o comprobados: utilice el método en general.



- **Clase 3:** una condición en la que **los riesgos** teóricos o comprobados por lo general **superan los beneficios** del uso del método: usualmente no es recomendable el método a menos que no se disponga de métodos más apropiados o que los mismos sean inaceptables.
- **Clase 4:** una condición que represente un **riesgo inaceptable para la salud** asociado con el uso de métodos anticonceptivos: el método no debe utilizarse.

3.5 ANTICONCEPCIÓN EN GRUPOS O SITUACIONES ESPECIALES

3.5.1 Anticoncepción en la Adolescencia

No cabe ninguna duda que la anticoncepción en la adolescencia representa un problema de muy difícil solución. En estos casos el profesional debe tener en cuenta la maduración biopsicosocial de cada paciente en particular. Por ejemplo: la frecuencia de las relaciones sexuales, la existencia o no de pareja estable, el nivel sociocultural. No debe obviarse la práctica básica de una correcta historia clínica, un examen ginecológico, una citología hormonooncológica (Papanicolaou) y una colposcopia.

El enfoque debe ser biopsicosocial por lo cual no es posible utilizar esquemas rígidos sino valorar situaciones personales.

Los anticonceptivos hormonales deben indicarse si existe motivación adecuada, luego de tres años de la menarca y con intervalos menstruales regulares en el último año.



El preservativo o condón puede utilizarse como anticonceptivo y también como protector frente a enfermedades de transmisión sexual. El diafragma tiene las mismas contraindicaciones que para la madurez sexual.

La adolescencia constituye una de las contraindicaciones para el uso del DIU, ya que puede provocar una enfermedad pelviana inflamatoria y comprometer así la fertilidad futura.

Para otros autores, la etapa de la adolescencia representa una contraindicación relativa porque en algunas circunstancias el riesgo de embarazo no deseado es alto.

Si bien los métodos químicos son de menor eficacia que los hormonales y mecánicos, se los debe tener en cuenta porque son inocuos y de simple aplicación como en otras etapas biológicas los son el diafragma y el preservativo.

Los métodos naturales requieren, para su uso, una motivación suficiente, con cooperación de los integrantes de la pareja y la integridad del eje hipotálamo – hipófisis – gonadal con ciclos regulares.

3.5.2 Anticoncepción en mujeres con desordenes médicos

Es necesario evaluar el riesgo de la gestación frente al riesgo del uso de un determinado método anticonceptivo. Es importante la participación activa del grupo de especialistas que maneja la enfermedad que motiva la anticoncepción. En la elección del método debe optarse por el más seguro y con menores efectos secundarios.

La esterilización quirúrgica está indicada si una gestación representa un riesgo para la salud, o si la pareja no desea tener más gestaciones. La



vasectomía siempre ofrece menos riesgos que la OTB. En caso de optarse por la esterilización femenina, esta debe efectuarse en instalaciones con personal médico y equipo capaz de manejar cualquier complicación.

Los dispositivos intrauterinos por carecer de efectos sistémicos son una buena opción para mujeres con desórdenes médicos. Los anticonceptivos hormonales deben ser seleccionados de acuerdo al desorden médico. Los AOC pueden interactuar con algunos medicamentos potencializándolos o disminuyendo su eficacia. La anticoncepción de emergencia no tiene contraindicaciones cuando se trata de evitar una gestación no programada.

- **Enfermedades cardiovasculares:** para las mujeres con cualquier enfermedad cardiovascular el DIU de cobre es una excelente opción ya que carece de efectos sistémicos. Las mujeres con enfermedad cardíaca valvular, deben recibir profilaxis antibiótica en el momento de la inserción. Las pacientes anticuaguladas y con DIU de cobre, tienen mayor riesgo de sangrado.
- **Tromboembolismo venoso:** pueden usarse anticonceptivos de progestágeno solo, implantes subdérmicos. Los anticonceptivos orales (AOCs) y los anticonceptivos inyectables (AICs) están contraindicados.
- **Enfermedad cardíaca isquémica:** pueden usar preparados de progestágeno solo, bajo vigilancia médica. Los AOCs y los AICs están contraindicados.
- **Enfermedad cardíaca valvular:** en ausencia de hipertensión pulmonar, fibrilación o historia de endocarditis bacteriana sub-



aguda, pueden usar AOCs y AICs y anticonceptivos de progestágeno solo, son restricción.

- **Hipertensión:** mujeres con hipertensión leve pueden usar AOCs de baja dosis o AICs. La hipertensión moderada o hipertensión con enfermedad vascular es una contraindicación para su uso.
- **Diabetes:** mujeres diabéticas sin daño vascular pueden usar cualquier anticonceptivo hormonal con vigilancia médica. La presencia de complicaciones vasculares, nefropatía, neuropatía o retinopatía contraindica el uso de anticonceptivos hormonales combinados. Las mujeres diabéticas con antecedentes de concepciones tienen en el DIU de cobre una buena opción.
- **Desórdenes Convulsivos:** puede ofrecerse cualquier método anticonceptivo. Los anticonvulsivantes pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos hormonales.
- **Migraña:** están contraindicados los anticonceptivos orales combinados. Los progestágenos solos y los anticonceptivos no hormonales pueden ser usados.
- **Desórdenes psiquiátricos:** el DIU de cobre y el DIU que libera levonorgestrel, son considerados como una excelente opción. La anticoncepción quirúrgica ha sido cuestionada por imposibilidad de un consentimiento informado – dentro de consideraciones éticas – legal.

3.6 ANTICONCEPCIÓN EN ETAPAS BIOLÓGICAS

3.6.1 Anticoncepción en el posparto o la lactancia

Una consulta muy frecuente referida a la anticoncepción es la de aquellas mujeres en el periodo de posparto. La elección del método depende de:



- a) La aceptación de la pareja
- b) El deseo o no de nuevos hijos en el futuro
- c) Si la mujer está amamantando

En las mujeres que no amamantan y en el posaborto el periodo anovulatorio es corto; en el 15% de las que amamantan la ovulación ocurre aproximadamente a las 6 semanas del posparto y en el 75% ocurre en la 3ra semana.

En la cuarta parte de las que amamantan, la ovulación puede presentarse aproximadamente dentro de los 4 meses del parto.

Es importante informar a la pareja que la ovulación puede preceder a la menstruación. Por consiguiente, el control debe empezar inmediatamente después del parto o dentro de las 6 semanas.

Los anticonceptivos hormonales han sido señalados como de mayor riesgo de tromboembolismo en el posparto. Hay consenso acerca de que los anticonceptivos orales reducen la cantidad de leche y acortan la duración de la lactancia, si bien no se ha demostrado la incidencia en el peso, la salud del niño y la composición de la leche.

Los preparados progestacionales no tienen efectos sobre la cantidad y calidad de la leche, de modo que pueden administrarse inmediatamente en el posparto en mujeres con o sin lactancia.

Los dispositivos intrauterinos (DIU) insertados en el posparto inmediato (dentro de las 6 semanas) tienen mayor incidencia de expulsión. El riesgo de infección no parece ser mayor en la colocación posparto o luego de las 6 semanas; los casos de enfermedad pelviana inflamatoria que ocurren dentro de los 3 meses del parto pueden también ser causa



de endometritis posparto. El riesgo de perforación uterina existe pero es muy bajo.

El condón puede usarse inmediatamente después del parto; en cambio el diafragma necesita que se recuperen las condiciones anatómicas. No hay inconveniente para el empleo de cremas, óvulos o supositorios.

Los métodos naturales plantean dificultades en las mujeres que amamantan. No obstante el método de Billings puede ser útil ya que frecuentemente el moco está ausente o escaso y no presenta modificaciones.

3.6.2 Anticoncepción en el posaborto

Es motivo de controversia decidir con seguridad cuando debe comenzar la anticoncepción luego de un aborto del primer o segundo trimestre.

Habitualmente no se propone la anticoncepción hormonal luego de la primera menstruación por el aumento el riesgo del tromboembolismo.

Los DIU pueden colocarse enseguida en el posaborto provocado o espontáneo, y no aumentan el porcentaje de expulsiones ni de enfermedades pelvianas inflamatorias. Por el contrario los DIU insertados en el posaborto del segundo trimestre tienen los mismos inconvenientes que aquellos colocados en el posparto inmediato. Los métodos de barrera pueden utilizarse cuando se ha restablecido la normalidad anatómica.

3.6.3 Anticoncepción en la Premenopausia

La información no es concluyente en esta etapa biológica porque los datos son incompletos y controvertidos en lo que respecta a riesgos y beneficios. Hay acuerdo en la necesidad del control porque generalmente la pareja ha completado la familia.



La declinación de la fertilidad varía considerablemente, el 95% de las mujeres con menstruaciones regulares ovula normalmente y el 34% de aquellas con oligomenorrea ovula en todos los ciclos. Otro factor a evaluar son la elevación de la mortalidad perinatal y la incidencia de anomalías congénitas así como el aumento de la mortalidad materna.

El dispositivo intrauterino es una alternativa confiable en mujeres mayores. La incidencia de la enfermedad pelviana inflamatoria es menor que en las mujeres jóvenes. Sin embargo el DIU puede ocasionar dismenorrea y menorrea.

Los métodos de barrera, condón y diafragma con espermicidas utilizados cuidadosamente pueden ser muy eficaces en este grupo de mujeres. Sin embargo se requiere un elevado nivel de motivación, especialmente en parejas que no los han utilizado antes.

3.7 NEOPLASIAS Y ANTICONCEPTIVOS

3.7.1 Anticonceptivos y su relación con el Cáncer de Cérvix

Los anticonceptivos de barrera reducen el riesgo de cáncer de cuello de útero. El empleo de anticonceptivos orales está débilmente asociado con esta neoplasia., pero por otro lado es común que las usuarias de este método tengan relaciones sexuales a edades tempranas y un número mayor de parejas.

3.7.2 Anticonceptivos y su relación con el Cáncer de Mama

Según los estudios realizados no hay relación entre esta patología y el uso de anticonceptivos orales. No obstante, existen trabajos que señalan



un riesgo levemente aumentado de cáncer de mama en mujeres jóvenes, que utilizaron anticonceptivos orales durante muchos años (10-12 años) y antes del primer embarazo a término.

3.8 AVANCES EN ANTICONCEPCIÓN

3.8.1 Nuevas vías de administración

Nuevas vías de administración pretenden obtener, ante las formas orales tradicionales, mejoras farmacotécnicas y farmacodinámicas con el fin de facilitar la integración de su uso en el estilo de vida de la mujer y reducir la incidencia de efectos adversos. Entre estas nuevas vías de administración de anticonceptivos combinados destacan los parches transdérmicos con norelgestromina y etinilestradiol que, al evitar el efecto de primer paso consiguen una mayor biodisponibilidad lo que permite dosis menores y menos efectos secundarios.

Otra vía novedosa es el anillo vaginal con etinilestradiol y etonogestrel, con alta eficacia anticonceptiva y buen control del ciclo. Ambas nuevas vías de administración de los anticonceptivos hormonales ofrecen alternativas que pueden resultar interesantes para las usuarias, basadas en una mayor facilidad de uso que mejoraría el cumplimiento.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS, CULTURALES, LEGALES Y RELIGIOSOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

3.9.1 Aspectos éticos que influyen en el uso de métodos anticonceptivos

Al tratar de enfocar los aspectos éticos del uso de los métodos de planificación familiar, tenemos que darnos cuenta que estamos tratando



de escudriñar entre lo más íntimo del ser humano en donde por un lado está la unión de un hombre y una mujer atraídos el uno hacia el otro por el instinto sexual el cual es natural poderoso y primario y además muchas veces revestido del sentimiento mas noble que existe que es el amor. Es lo que llamamos el aspecto unitivo del acto sexual. Por otro lado se encuentra algo igualmente grandioso y misterioso en el cual se le comparte al hombre un poco el ser copartícipe o colaborador en la creación de un nuevo ser manifestado por su paternidad- maternidad que es lo que llamamos aspecto fecundativo del acto sexual. Estos dos aspectos se asocian tan íntimamente que inclusive los programas oficiales en la actualidad tienen esa connotación dual como los “ Programas de Salud Sexual y Reproductiva ”.

Como si fuera poco es la manera personal de trascender en el mundo ya que con el tiempo morimos nosotros pero algo de nuestra esencia persiste vivo y además expresándose a través de nuestros genes que heredamos a nuestra descendencia personalizados en nuestros hijos, nietos y mas allá todavía.

En la vida diaria no siempre se acepta la concatenación de los conceptos mencionados anteriormente y por múltiples motivos se separa el aspecto unitivo del generativo; entonces se desea tener relaciones sexuales pero evitando a los hijos (Planificación familiar) o se busca tener hijos evitando el aspecto unitivo (algunas técnicas de reproducción asistida).

Existen dos fuerzas antagónicas a nivel mundial, ambas muy poderosas, que tratan de influir en el uso o no de la anticoncepción lo cual de una u otra manera influyen en el momento íntimo en el que una pareja tiene que tomar la decisión de utilizar un anticonceptivo o no. Estas fuerzas están



representadas por un lado por grandes poderes económicos transnacionales que inyectan grandes cantidades de dinero en los países no desarrollados y los distribuyen en sociedades civiles o no gubernamentales ,o bien interviniendo de alguna manera en las políticas del sector salud en los llamados programas de “ Salud Sexual y Reproductiva” .Por otro lado están los llamados grupos llamados conservadores que luchan a favor de la familia tradicional y que muchos de ellos están ligados a los principios religiosos del cristianismo.

Los métodos anticonceptivos utilizados no se pueden juzgar éticamente del mismo modo aunque todos persigan el mismo fin que es el evitar tener hijos ya que los hay desde los temporales a los definitivos, o de los siguen las variantes fisiológicas de la mujer para detectar cuando tener o no vida sexual hasta los invasivos que implican intervención quirúrgica, o los que actúan como barrera para evitar la unión de las células germinativas hasta los que producen abortos directos.

La única manera objetiva y por lo tanto de valor para las personas que piensan diferente, es buscar sinceramente la verdad y esto solo a través de las evidencias científicas ya que el otro camino ,que es la Fe, solo les es útil a una de las partes, lo que le da valor muy importante a quién la posee en la búsqueda de la verdad, pero como no todos la tienen tiene solamente valor subjetivo .

3.9.2 Aspectos culturales que influyen en el uso de métodos anticonceptivos

Debido a que Ecuador es un país con una rica y variada cultura, los mitos y creencias se hallan profundamente arraigados entre la población, influenciando todos los aspectos de nuestra vida cotidiana. Los métodos



anticonceptivos no son la excepción, como lo demuestra la gran cantidad de mitos y creencias que sobre los mismos existen en nuestro país.

Es importante señalar que muchas veces el abordaje realizado al usuario y la estrategia de mercadeo utilizada, es fundamental para lograr un efecto positivo en la población, ya que el primer contacto de la misma con los métodos, va a determinar una actitud positiva o negativa hacia los mismos. La campaña educativa se debe adecuar a las características de la población hacia la cual va dirigida, ya que muchas veces la información recibida por el usuario es tergiversada por su limitada comprensión de la misma.

3.9.3 Aspectos legales que influyen en el uso de métodos anticonceptivos

Necesariamente hemos de remitirnos al Código Penal que en su Art. 343, a partir de la Ley 45/1978 de 7 de Octubre, tipifica la expendición de anticonceptivos (junto a medicamentos de cualquier clase), sin cumplir las formalidades legales o reglamentarias, como delito contra la salud pública (y el medio ambiente), obligando al Gobierno, según su disposición adicional a regular mediante decreto la expendición de anticonceptivos y señalando que la publicidad de los mismos "se ajustará a las normas generales que regulan aquélla y las específicas que sean de aplicación en la de éstos".

La transgresión figura castigada en el momento presente con las penas de arresto mayor. Nos encontramos, pues, ante una infracción puramente formal de las reglamentaciones y ante un típico delito de peligro



abstracto, puesto que se impone la pena indicada con independencia de que se produzca o no un resultado dañoso.

Aparece acto seguido el Real Decreto 3033/78 de 15 de diciembre que va a desarrollar la Ley antes citada. El preámbulo del decreto es suficientemente elocuente para transcribirlo en su párrafo segundo: "Dada la diversa naturaleza de los preparados o medios anticonceptivos, así como la diversificación de su empleo o aplicación y los posibles efectos que sobre la salud pueden producir, se precisa establecer determinadas distinciones en su expendición, garantizando en todo caso, el control sanitario sobre los mismos". Por otro lado, y según aquella naturaleza o sistema de uso, se determina la debida adecuación de tales preparados o medios a las normas sanitarias específicas de publicidad. Es por ello que la expendición de preparados o medios anticonceptivos se considerará sanitariamente reglamentada.

3.9.4 Aspectos religiosos que influyen en el uso de métodos anticonceptivos

Las doctrinas religiosas:

El discurso de las iglesias cristianas se sigue articulando sobre tres ejes fundamentales:

- a.** La mujer debe estar subordinada al hombre.
- b.** La relación sexual tiene únicamente propósitos de reproducción biológica, la mujer no puede decidir cuántos hijos tener, dado que estos son voluntad de Dios.



c. El destino de la mujer es ser esposa y cuidar de la familia y el hogar.

d. Por otra parte, la falta de educación sexual humanizada y liberadora favorece la multiparidad; las patologías de origen sexual y las asociadas a la reproducción.

Exaltan la maternidad y prohíben todo uso de métodos anticonceptivo "antinaturales", solo aceptan los métodos naturales siendo este uno de los métodos más inseguros; muchas mujeres quedan embarazadas volviéndose portadoras de un embarazo inoportuno. Pero la misma iglesia que las empuja a tomar ese método también condena a las mujeres que practican o desean el aborto, una de las principales causas de muerte materna.

Sin embargo, hay grupos religiosos que abogan por los derechos sexuales. En el documento del Encuentro Regional de Católicas por el derecho a decidir en América Latina, realizado en Uruguay en 1994, dice que las mujeres católicas continuarán contribuyendo a la des-construcción de los mitos católicos; dando a conocer el derecho a disentir, incorporando estas perspectivas a los esfuerzos por hacer realidad 105 derechos reproductivos, incluyendo la despenalización de aborto y el acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos

En América Latina, la religión de manera general no aparenta ejercer gran influencia sobre la utilización de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, aunque la religión no tenga efectos sobre las decisiones individuales, en algunos países ejercen un efecto importante sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, pues los dirigentes políticos y los proveedores de los servicios de planificación familiar



vacilan en ofrecer este tipo de servicio por temor a enfrentarse a poderosas instituciones religiosas.

En general, las principales religiones consideran la planificación familiar como parte de la vida hogareña, y como factor importante en la estabilidad conyugal.

Concuerta en afirmar que la planificación familiar constituye una obligación de paternidad responsable siempre que se respeten los designios de la Iglesia, tal es el caso de la católica que considera el método del ritmo como la única forma aceptable.

Sin embargo existen comunidades en donde la religión juega un factor significativo en relación con la baja prevalencia de la práctica anticonceptiva, sobre todo en áreas remotas con baja escolaridad, en las cuales se considera que no se debe hablar sobre temas relacionados con sexualidad o planificación familiar por estar en contra de las buenas costumbres.

Es importante hacer hincapié en el hecho que los métodos aprobados por la Iglesia alcanzan apenas un 80% de efectividad en condiciones óptimas, lo cual conlleva a un alto índice en embarazos no deseados especialmente entre los adolescentes y mujeres jóvenes solteras. Esto es paradójico, ya que la misma Iglesia condena los embarazos fuera de matrimonio, y obliga a las mujeres a buscar alternativas muchas veces fatales, como lo son los abortos ilegales.



IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 Tipo de Estudio:

El presente fue un estudio descriptivo - prospectivo porque describe las características del problema y prospectivo porque toma en cuenta población considerada como modelo de cambio futuro.

4.2 Área de Estudio:

Estudio realizado en el Barrio Zalapa ubicado en la zona Norte de la ciudad de Loja durante el periodo Abril – Agosto 2012.

4.3 Universo:

La población estudiada estuvo constituida por 60 pacientes mujeres en edad reproductiva que habitan en el barrio Zalapa de la ciudad de Loja.

4.4 Muestra:

Estuvo integrada en su totalidad por 60 mujeres en edad reproductiva.

4.5 Criterios de Inclusión:

Mujeres con edades comprendidas entre 15 – 45 años que habitan en el barrio Zalapa.

4.6 Criterios de Exclusión

Todas aquellas mujeres que expresen deseo de no participar en el presente proyecto de investigación.



Mujeres con menos de 14 años y mayores de 45 años y mujeres que no habiten en el barrio Zalapa.

4.7 Método

La recolección de datos se llevó a cabo a través del uso de encuestas dirigidas y guiadas que permitieron apreciar el grado de conocimiento y dudas acerca de nuestro tema de estudio.

4.8 Procedimiento

1. Solicitud dirigida a la Dra. Margarita Sotomayor directora de la carrera de Medicina, para la aprobación del tema de investigación.
2. Se entregó el proyecto de tesis a la Dra. Verónica Montoya, docente asignada para otorgar la pertinencia.
3. Solicitud dirigida a la Dra. Margarita Sotomayor para la asignación de el/la director(a) de tesis.
4. Entrega del proyecto de tesis con su respectiva solicitud adjunta a la Directora de Tesis Dra. Gabriela Chamba para la respectiva asesoría.
5. Asesoría periódica con la Dra. Gabriela Chamba para el desarrollo del presente trabajo investigativo.
6. Petición enviada al Presidente del Barrio Zalapa en el cual se solicita comedidamente autorice realizar encuestas en el barrio con el fin de desarrollar la presente tesis.



4.9 Procesamiento de los Resultados

Se utilizó como instrumento para recolección de datos una encuesta, la cual me sirvió de guía para obtener resultados y proceder a su interpretación.

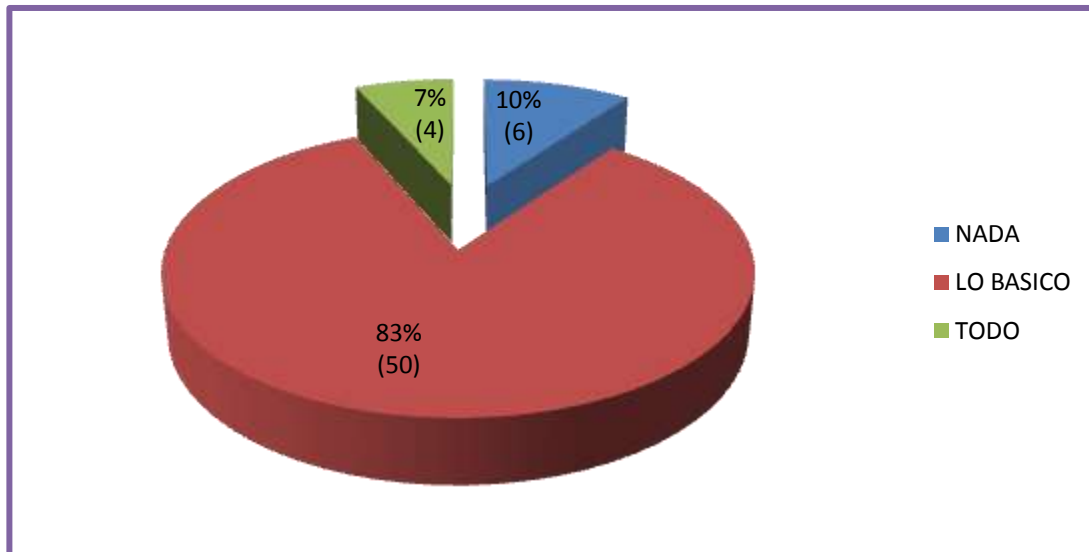
Se realizó una charla dirigida a la población femenina del barrio Zalapa sobre Métodos Anticonceptivos como parte de la visión que tiene la Universidad Nacional de Loja en cuanto a vinculación con la colectividad se trata.

Se entregó trípticos informativos a la población del barrio Zalapa como medio educativo.



V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

GRAFICO N° 1 – CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS

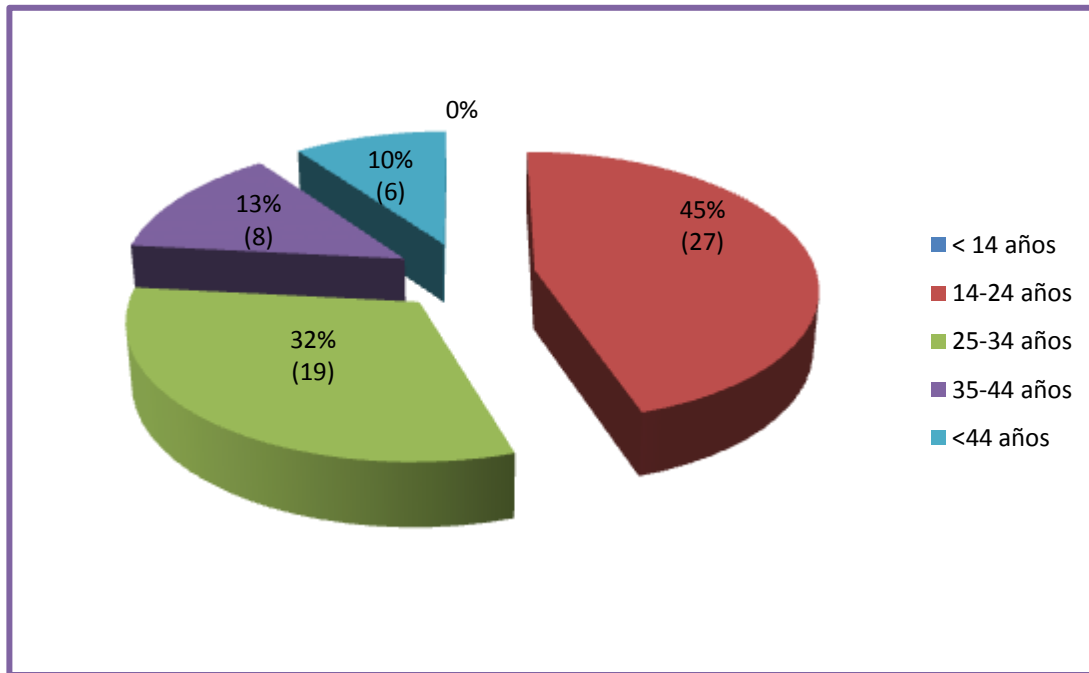


FUENTE: población femenina en edad reproductiva barrio “Zalapa”

ELABORADO POR: Alba Eufemia Casanova Jiménez

De 60 usuarias encuestadas 50 casos (83%) refieren conocer lo básico sobre métodos anticonceptivos, seguido de 6 casos (10%) que refieren no conocer nada sobre métodos anticonceptivos y 4 casos (7%) que refieren conocer todo sobre métodos anticonceptivos.

GRAFICO N° 2 - EDAD

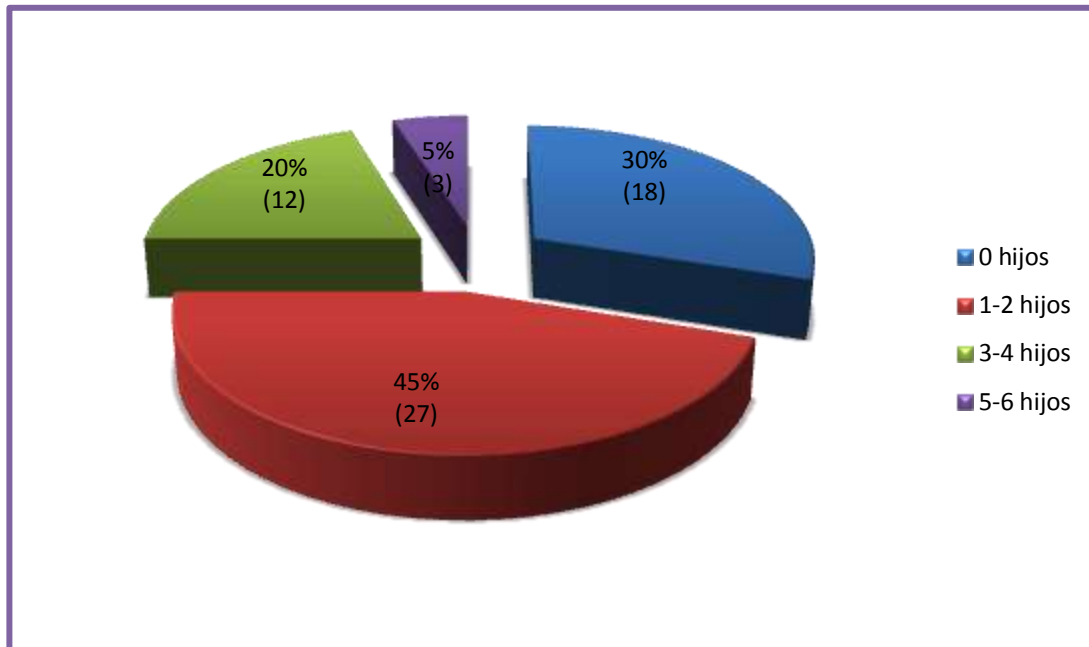


FUENTE: población femenina en edad reproductiva barrio “Zalapa”

ELABORADO POR: Alba Eufemia Casanova Jiménez

De 60 usuarias encuestadas, 27 casos (45%) se encuentran entre 14 – 24 años, seguidas de 19 casos (32%) que oscilan entre 25 – 34 años, 8 casos (13%) entre los 35-45 años y finalmente 6 casos (10%) con edad mayor a 44 años.

GRAFICO N° 3 – NÚMERO DE HIJOS



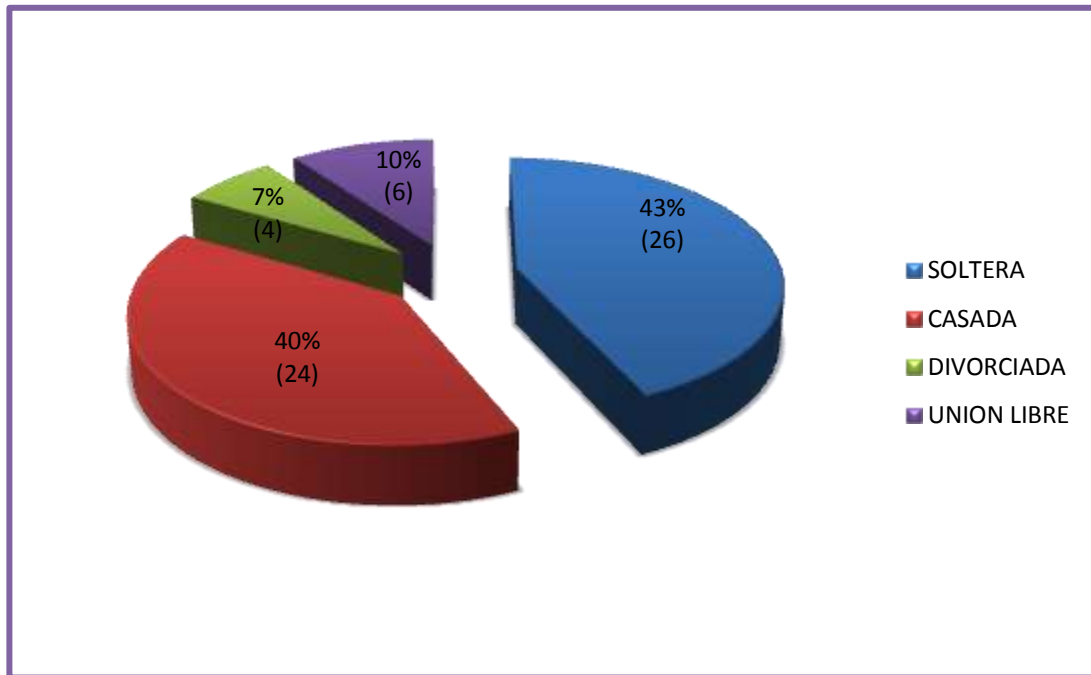
FUENTE: población femenina en edad reproductiva barrio “Zalapa”

ELABORADO POR: Alba Eufemia Casanova Jiménez

De las 60 usuarias encuestadas, 27 casos (45%) tiene de 1 – 2 hijos, 18 casos (30%) no tienen hijos, seguidas de 12 casos (20%) que tienen de 3-4 hijos, finalmente 3 casos (5%) tienen de 5 – 6 hijos.



GRAFICO N° 4 – ESTADO CIVIL



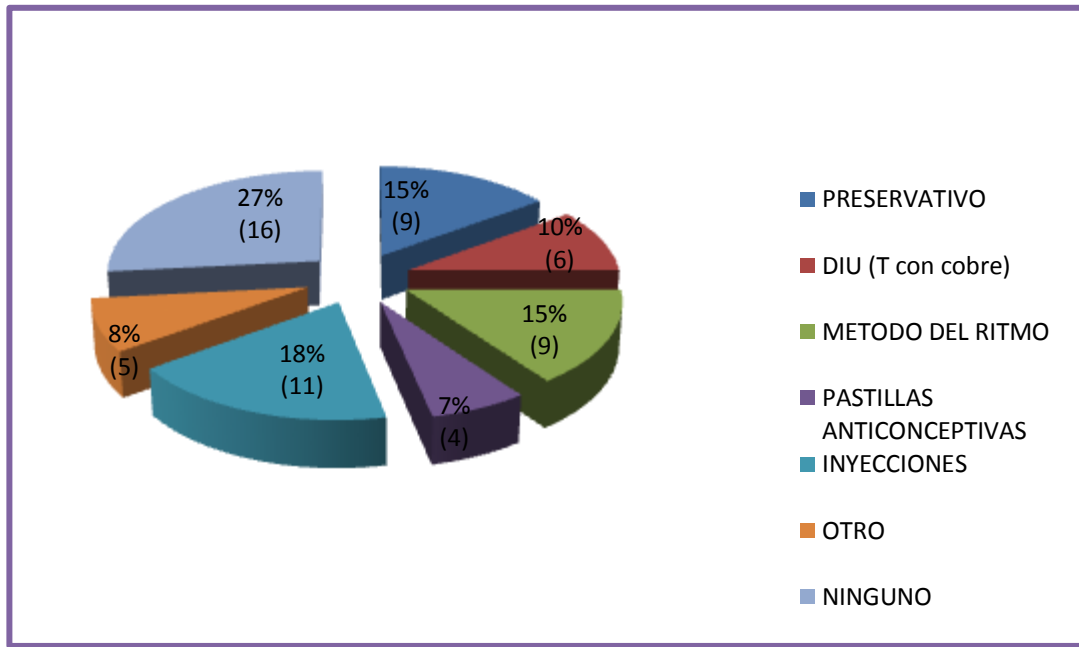
FUENTE: población femenina en edad reproductiva barrio “Zalapa”

ELABORADO POR: Alba Eufemia Casanova Jiménez

De las 60 usuarias encuestadas, 26 casos (43%) son de estado civil solteras, 24 casos (40%) son casadas, 6 casos (10%) permanecen en unión libre, 4 casos (7%) son divorciadas.



GRAFICO N° 5 – METODOS ANTICONCEPTIVOS MÁS USADOS



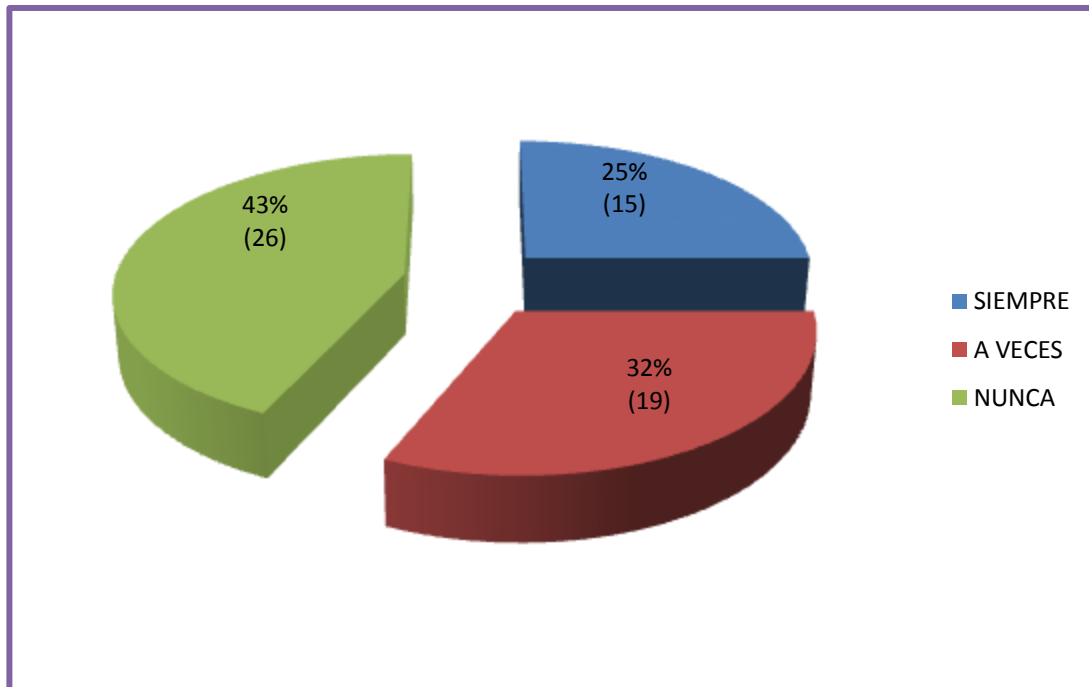
FUENTE: población femenina en edad reproductiva barrio “Zalapa”

ELABORADO POR: Alba Eufemia Casanova Jiménez

De las 60 usuarias encuestadas, 16 casos (27%) refieren no usar métodos anticonceptivos, 11 casos (18%) refieren usar métodos inyectables, 9 casos (15%) refieren el uso de preservativo, seguidos de 9 casos (15%) que usan el método del ritmo, 6 casos (10%) refieren usar DIU, 5 casos (8%) refieren usar otros métodos no especificados, finalmente 4 casos (7%) refieren usar pastillas anticonceptivas.



GRAFICO N° 6 – FRECUENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

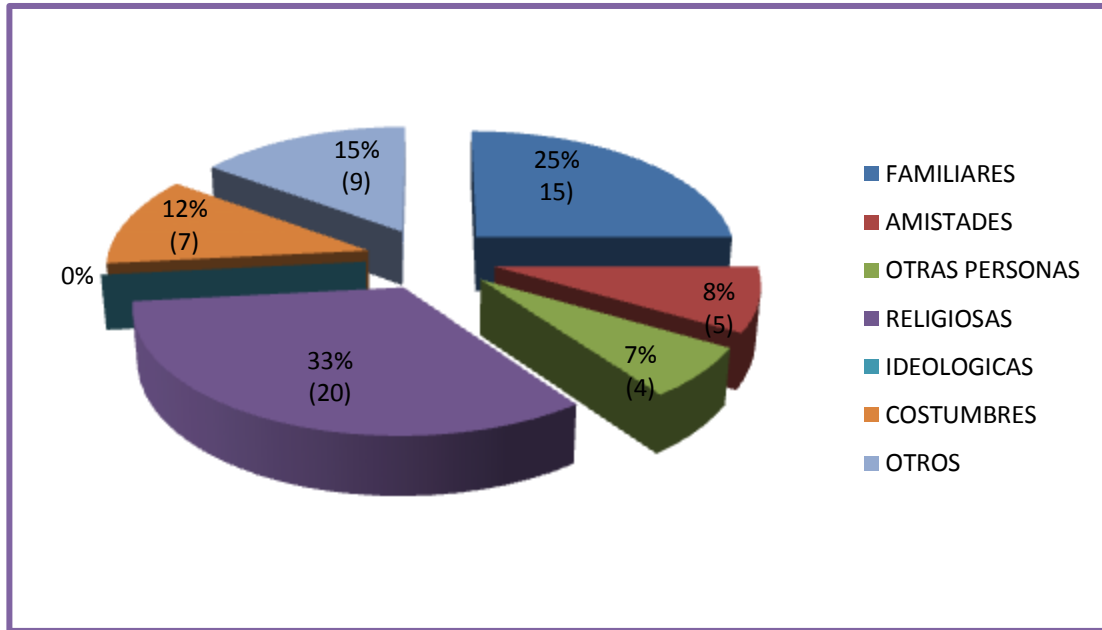


FUENTE: población femenina en edad reproductiva barrio “Zalapa”
ELABORADO POR: Alba Eufemia Casanova Jiménez

De las 60 usuarias encuestadas, 26 casos (43%) refieren nunca usar métodos anticonceptivos, seguido de 19 casos (32%) que los usa a veces y finalmente 15 casos (25%) que los usa siempre.



GRAFICO N° 7 – FACTORES QUE INFLUYEN EN EL NO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



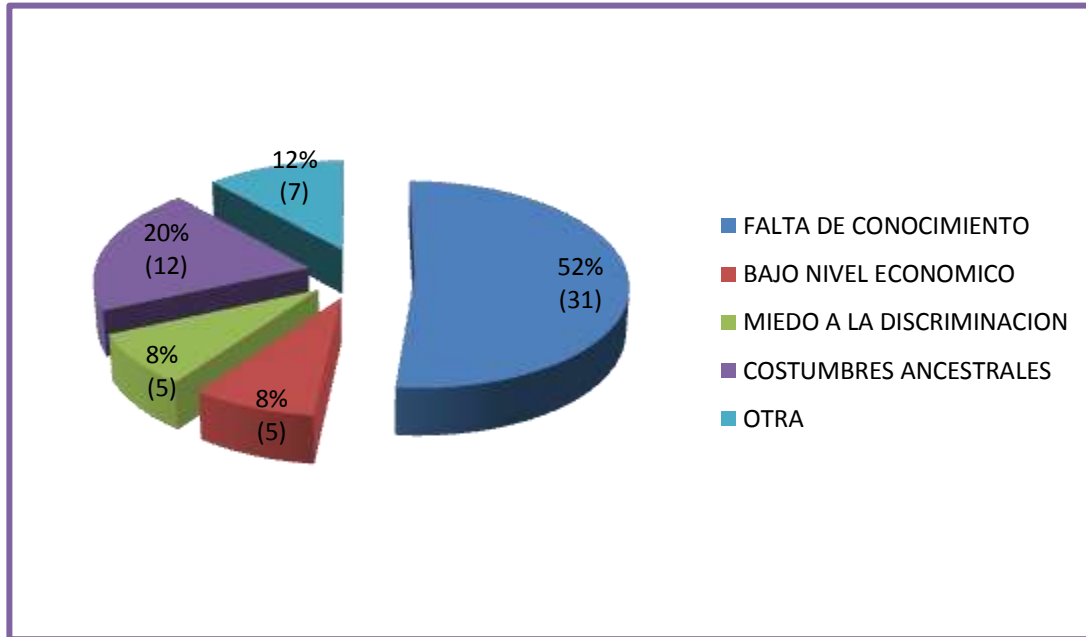
FUENTE: población femenina en edad reproductiva barrio “Zalapa”

ELABORADO POR: Alba Eufemia Casanova Jiménez

De las 60 usuarias encuestadas, 20 casos (33%) refieren que la religión es un factor influyente en el no uso de métodos anticonceptivos, 15 casos (25%) refieren como factor a la familia, 9 casos (15%) refieren factores no mencionados, 7 casos (12%) mencionan como otro factor a las costumbres, 5 casos (8%) atribuyen el no uso a la influencia amistades, y 4 casos (7%) mencionan a otras personas como factores.



GRAFICO N° 8 – LIMITANTES PARA EL NO USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

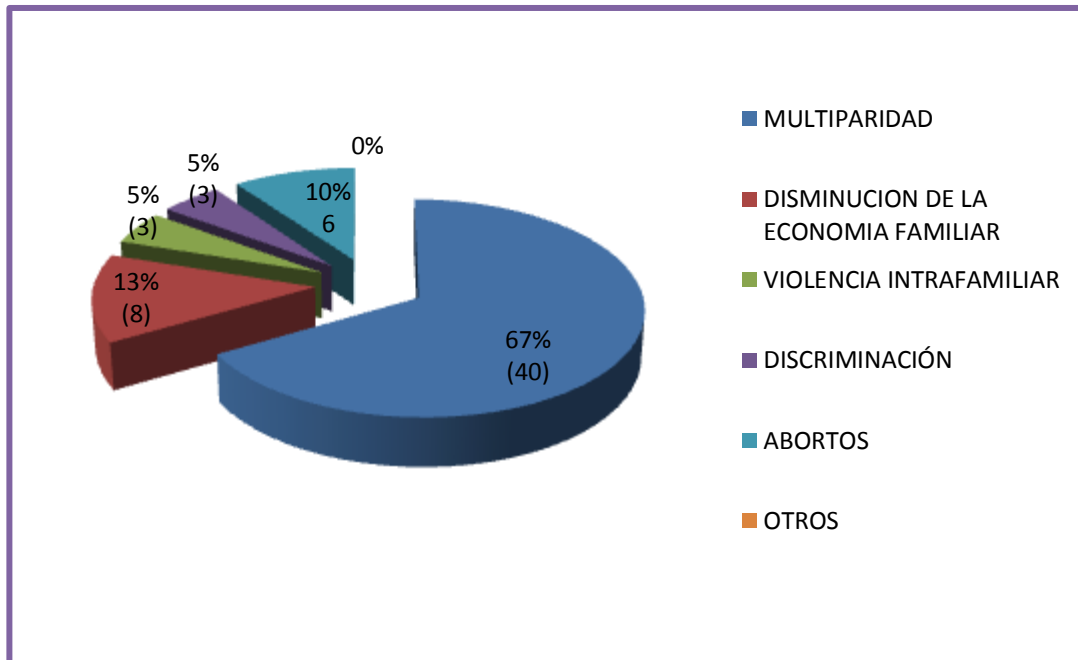


FUENTE: población femenina en edad reproductiva barrio “Zalapa”
ELABORADO POR: Alba Eufemia Casanova Jiménez

De las 60 usuarias encuestadas, 31 casos (52%) refieren que la falta de conocimientos es una limitante para el uso de métodos anticonceptivos, seguido de 12 casos (20%) que mencionan a las costumbres ancestrales, 7 casos (12%) refieren otros factores, seguido de 5 casos (8%) que refieren como otro causal al bajo nivel económico, por último tenemos 5 casos (8%) que refieren miedo a la discriminación.



GRAFICO N° 9 – REPERCUSIONES SOCIALES DEL NO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

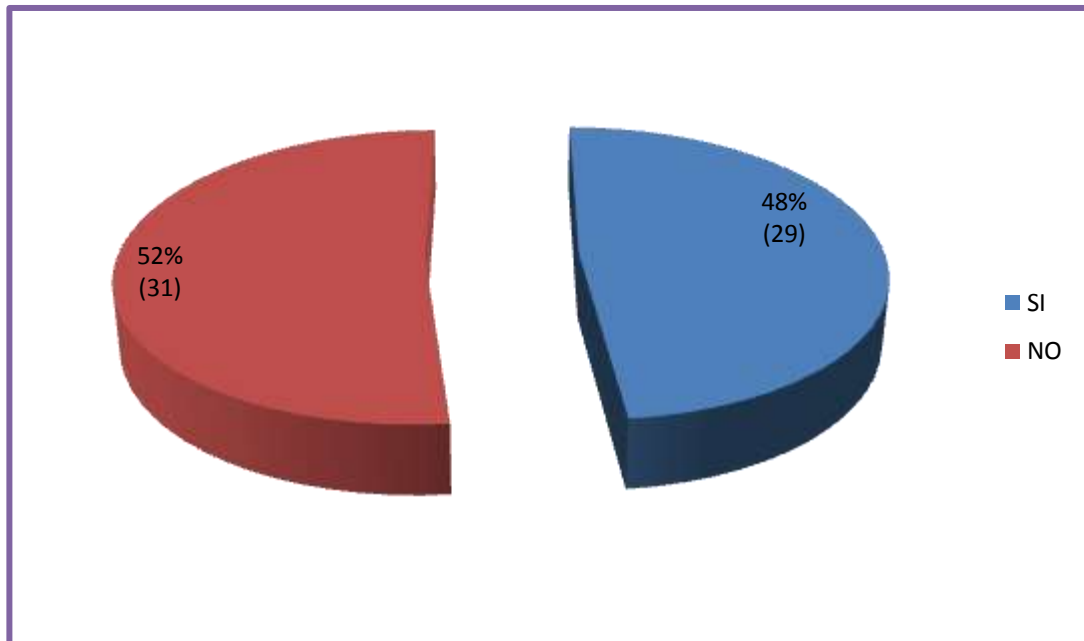


FUENTE: población femenina en edad reproductiva barrio “Zalapa”

ELABORADO POR: Alba Eufemia Casanova Jiménez

De las 60 usuarias encuestadas 40 casos (67%) mencionan a la multiparidad como repercusión social del no uso de métodos anticonceptivos, 8 casos (13%) mencionan como repercusión la disminución de la economía familiar, 6 casos (10%) señalan al aborto como otra repercusión, 3 casos (5%) mencionó a la violencia intrafamiliar como repercusión y finalmente 3 casos (5%) señalan la discriminación.

GRAFICO N° 10 – INCOMODIDAD AL USAR METODOS ANTICONCEPTIVOS

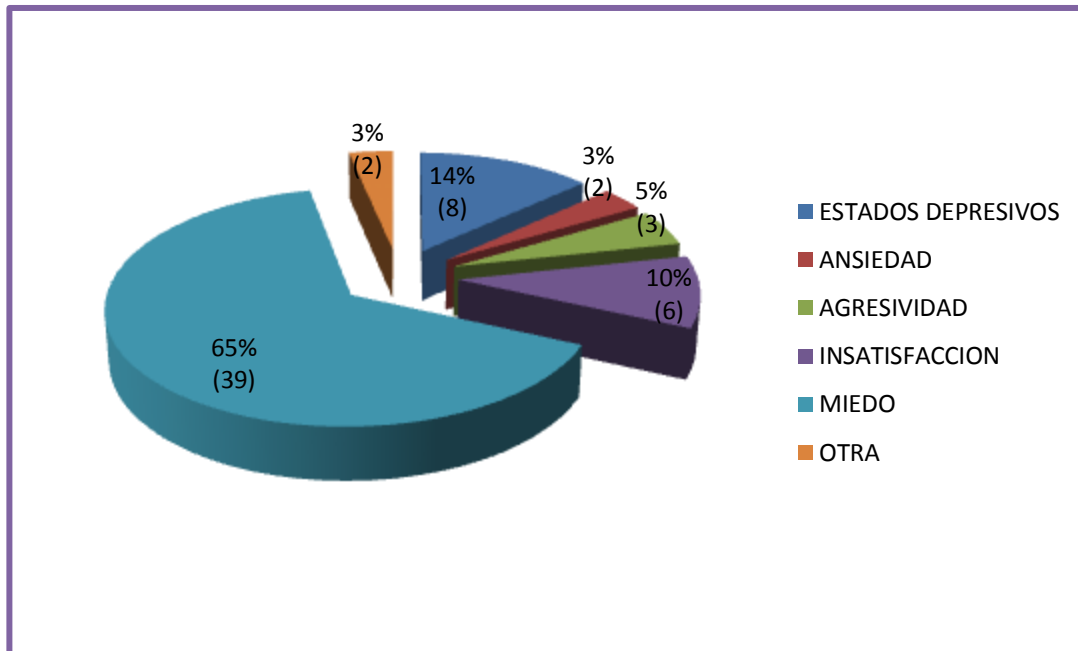


FUENTE: población femenina en edad reproductiva barrio “Zalapa”

ELABORADO POR: Alba Eufemia Casanova Jiménez

De las 60 usuarias encuestadas, 31 casos (52%) refieren que no sienten incomodidad al usar métodos anticonceptivos mientras que 29 casos (48%) nos refiere que si siente incomodidad.

GRAFICO N° 11 – CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL NO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

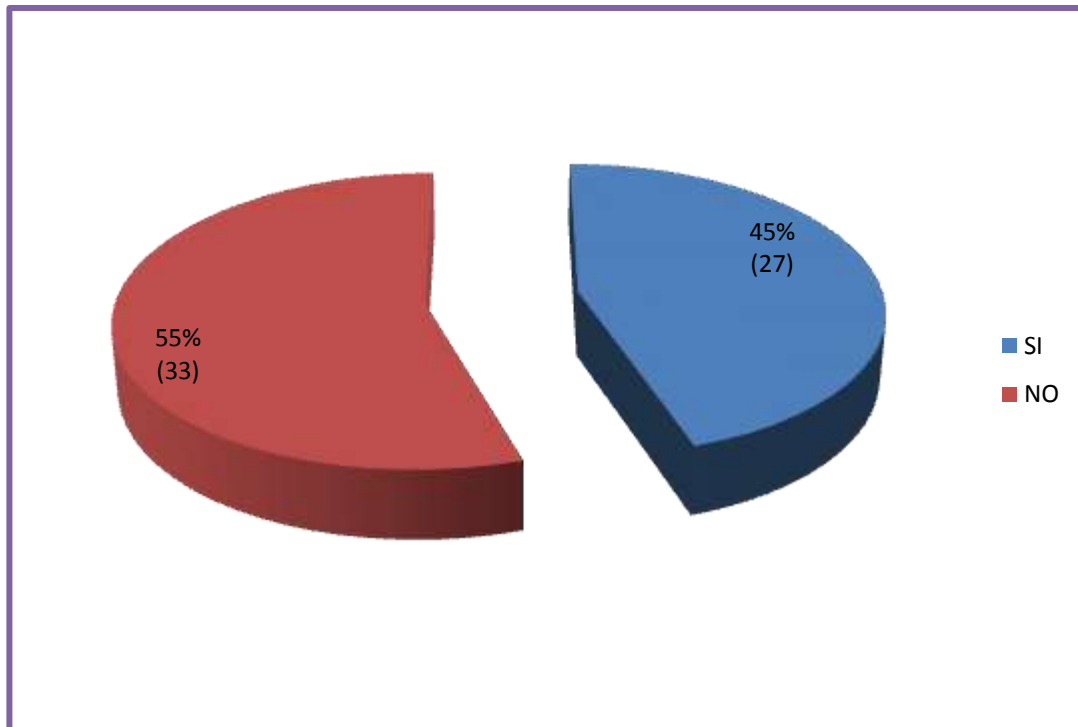


FUENTE: población femenina en edad reproductiva barrio “Zalapa”

ELABORADO POR: Alba Eufemia Casanova Jiménez

De las 60 usuarias encuestadas, 39 casos (65%) destaca como consecuencia psicológica al miedo, seguida de 8 casos (14%) que mencionan estados depresivos, 6 casos (10%) refieren insatisfacción, 3 casos (5%) refieren agresividad, 2 casos (3%) refieren ansiedad y finalmente 2 casos (3%) señalan que existen otras consecuencias psicológicas.

GRAFICO N° 12 – LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS CAUSAN ENFERMEDADES



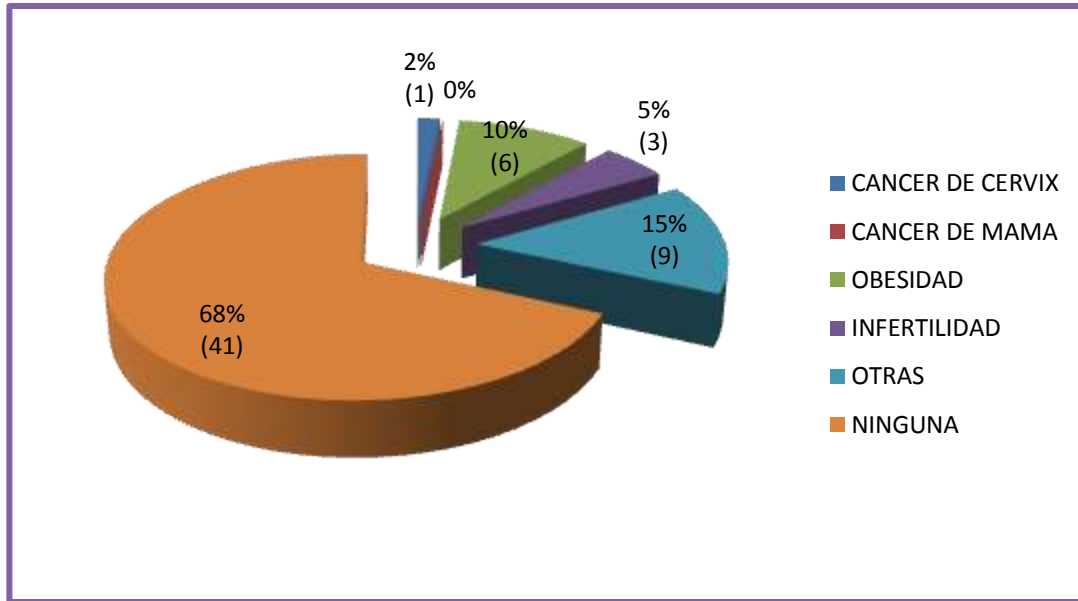
FUENTE: población femenina en edad reproductiva barrio “Zalapa”

ELABORADO POR: Alba Eufemia Casanova Jiménez

De las 60 usuarias encuestadas, 33 casos (55%) señalan que los métodos anticonceptivos no causan enfermedades mientras que 27 casos (45%) nos refiere que si las causan.



GRAFICO N° 13 – ENFERMEDADES DEBIDO AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



FUENTE: población femenina en edad reproductiva barrio “Zalapa”
ELABORADO POR: Alba Eufemia Casanova Jiménez

De las 60 usuarias encuestadas, 41 casos (68%) señalan que no han padecido ninguna enfermedad debido al uso de métodos anticonceptivos, 9 casos (15%) refieren otras enfermedades, 6 casos (10%) señalan a la obesidad como otra patología, 3 casos (5%) mencionan infertilidad y por último 1 caso (2%) refiere cáncer de cérvix.



VI. DISCUSIÓN

En una sociedad con patrones socio - culturales y tradicionales, como la nuestra, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad, acepta la idea de la sexualidad abiertamente; existiendo un gran desconocimiento de la anticoncepción hoy en día, reflejándose que la falta de información viene desde los centros educativos en donde no se imparte los conocimientos necesarios a niños, adolescentes y jóvenes sobre la vida familiar o sexual, otorgándoseles únicamente una educación sin relación con sus necesidades reales sobre sexualidad, así mismo, los y las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción.

Además se debe tomar en cuenta que la población sexualmente activa que no usa ningún método anticonceptivo está expuesta a un gran riesgo de presentar embarazos, así como de padecer enfermedades de transmisión sexual (ETS).

En la presente investigación, la población total estudiada que corresponde a 60 mujeres en edad reproductiva comprendida entre 14 – 45 años, de acuerdo al grupo etario se distribuye el 45% a edades comprendidas entre 14-24 años, un 32% entre 25-34 años, un 13% entre 35-44 años. La mayoría de población estudiada se encuentra en una edad fértil considerada óptima para procrear sin mucho riesgo tanto materno como neonatal. Esto, comparado con el estudio denominado Nivel de Conocimientos sobre métodos anticonceptivos realizado en la población femenina de Barquisimeto – Estado de Venezuela en el año 2008⁽¹⁾, nos indica que el grupo etario de 20-29 años resultó ser mayoritario, debido a que constituye



uno de los periodos más fértiles de la mujer, lo cual concuerda con mi trabajo investigativo.

Pero no podemos dejar de lado que la protección anticonceptiva hoy en día sigue siendo muy baja y la población femenina en edad reproductiva abarca en este estudio a su mayoría mujeres de estado civil soltera (43%), estos resultados de mi estudio difieren del estudio realizado en la población de Barquisimeto – Estado de Venezuela en el año 2008⁽¹⁾, en donde la mayoría de la población es de estado civil casada (56%), lo que muestra que en este estado venezolano la población mantiene relaciones sentimentales estables.

En el presente estudio, en lo referente a la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos pude concluir que el 43% de las encuestadas nunca lo usan el 32% lo usan a veces y el 25% lo usan siempre, estos datos nos refuerzan aun más el criterio de sostener que la falta de educación, creencia religiosa y otros perjudican a las madres de familia, porque al comparar con un estudio realizado en la Universidad de San Carlos – Guatemala sobre la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva del estado de Santa Ana del año 2009⁽²⁾ tuvieron resultados que el grado de aceptación y el uso de métodos anticonceptivos abarca en gran escala a la población, puesto que de una muestra 40 encuestadas obtuvieron resultados como que el 100% de ellas usa los métodos anticonceptivos continuamente.

En lo que respecta a la utilización de los anticonceptivos, en mi estudio se muestra que aproximadamente un 57% de mujeres los utilizan. De acuerdo con un estudio de la CELSAM ⁽³⁾ (Centro Latinoamericano Salud y Mujer)



realizado en Marzo del 2008 en mujeres en edad fértil en donde se indica que el porcentaje de mujeres que usan o han usado los métodos anticonceptivos varía desde el 50% hasta el 80%. Ambos estudios demuestran la concordancia en uso y manejo de métodos anticonceptivos.

En referencia a los métodos anticonceptivos más usados, en el presente trabajo puedo indicar que el 27% no usa ningún método, el 18% usa preservativo, el 15% usa inyecciones y el método del ritmo, el 10% el DIU, el 8% otros y el 7% pastillas anticonceptivas comparado con las cifras de la encuesta ENDEMAIN (encuesta demográfica de salud materna e infantil) en Ecuador realizada en el mes de Abril de 2012⁽⁴⁾ que indican que el 59% de la población femenina emplea métodos considerados modernos como preservativo, DIU, pastillas anticonceptivas, implantes, inyecciones y el 15% prefieren los métodos tradicionales como el conocido Coitus interruptus, métodos del ritmo, y el método de la lactancia materna, esto conlleva asegurar que la población femenina del presente trabajo se encuentra enmarcada dentro del 15% a nivel nacional que usa métodos tradicionales. Además la encuesta ENDEMAIN menciona que el uso de los métodos tradicionales en Ecuador es mayor en ciertas provincias como lo son Carchi, Imbabura, Tungurahua, Bolívar, Chimborazo y Loja.

En cuanto a la evolución podemos hacer referencia a los datos publicados por el estudio CELSAM⁽³⁾ (Centro Latinoamericano Salud y Mujer) realizado en Marzo del 2008 en el cual se ve claramente que ha habido un crecimiento porcentual del 92% en 20 años en el uso de estos métodos anticonceptivos por la población analizada en dicho estudio.



Dentro de las repercusiones sociales del no uso de métodos anticonceptivos tenemos como resultado desfavorecedor la multiparidad, que en mi estudio abarca un 67% y con ello por supuesto la disminución de la economía familiar, comparando estos datos con el estudio realizado en Caracas - Venezuela en 30 mujeres en edad reproductiva con edades entre 20 – 35 años en el año 2010⁽⁵⁾, en que el 49,4 % respondió que la multiparidad es una repercusión social que afecta a su círculo familiar y que trae consigo consecuentemente abandono del hogar por parte de uno de los integrantes de la familia en busca de fuentes de trabajo para sostén de la economía familiar; se puede evidenciar la similitud en cuanto a repercusión social de ambos estudios

He aquí la importancia que le dediqué a mi trabajo investigativo al abordar desde varios puntos de vista la realidad social, envuelta en tabúes, creencias, influenciada por el miedo, ligada estrictamente a la familia y a la influencia que ella ejerce en cuanto a la vida sexual se refiere. Mi empeño fue incentivar, más allá de informar a la comunidad femenina, la importancia de la anticoncepción hoy en día, protegiendo así mismas de enfermedades de transmisión sexual o incluso proteger a su familia de condiciones de vida paupérrimas que generan otros estados deprimentes en el núcleo familiar.

“La sexualidad no es delito, es cuestión de responsabilidad y seguridad.”



VII. CONCLUSIONES

El desarrollo del presente trabajo me ha permitido determinar las siguientes conclusiones:

- El 83% de las encuestadas tuvieron un nivel básico de conocimientos sobre métodos anticonceptivos.
- La edad de las encuestadas esta dentro de un rango de 14 – 24 años en mayor proporción, seguidas íntimamente por mujeres de 35 – 44 años.
- El 45% de las mujeres encuestadas tiene de 1 – 2 hijos y un 30% aún no los tiene, lo que las convierte en un grupo susceptible para captar el mensaje sobre anticoncepción.
- La mayoría de las pacientes encuestadas es de estado civil soltera con un 43% seguida de un 40% de estado civil casada.
- El 27% de las encuestadas no usa métodos anticonceptivos, un 18% refieren usar métodos inyectables, un 15% usa preservativo y el método del ritmo, conocedora de los fallos de estos métodos puedo asegurar que las cifras de natalidad seguirán en progresivo aumento.



- El principal factor limitante para el no uso de métodos anticonceptivos es la religión en un 33%, de aquí la concepción de la mujer de dar hijos al hombre, lo que deriva el gran problema social de la multiparidad, los múltiples temores a los posibles efectos adversos que el uso de los métodos pueda tener sobre el cuerpo de la mujer, seguidamente está la familia con un 25%, lo que demuestra la influencia de la pareja y del entorno familiar sobre las decisiones de la mujer.
- Las principales consecuencias psicológicas del no uso de métodos anticonceptivos son: el miedo en un 65% y los estados depresivos en un 14%, esto demuestra la susceptibilidad emocional a la que están expuestas las mujeres estudiadas.
- El 55% de las pacientes opinan que los métodos anticonceptivos no causan enfermedades y un 45% opina que si las causan, lo cual me demuestra que aún hay población desinformada sobre la que se debe trabajar para de esta manera motivar y captar usuarias potenciales.
- La mayoría de la población encuestada que constituye un 68% refirió no haber padecido ninguna enfermedad debido al uso de anticonceptivos, dato sumamente importante que respalda el hecho de que el usar métodos anticonceptivos no es igual a padecer enfermedades.



VIII. RECOMENDACIONES

- Mejorar los programas de planificación familiar a nivel hospitalario y ambulatorio, dirigiendo la labor del personal de salud, encabezado por el médico, hacia la orientación, educación, y concientización de la población a su cargo sobre la procreación racional, responsable y consciente.
- Capacitar al personal de salud que asuma la labor educativa sobre métodos anticonceptivos, para que aumenten el nivel de conocimientos sobre los mismos.
- Planificar estrategias educativas dirigidas a la mujer y su pareja que tomen en cuenta sus intereses, problemas, inhibiciones, nivel socioeconómico y creencias sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar.
- Incentivar aún más la anticoncepción pos-parto de manera que permita a la mujer y su pareja espaciar adecuadamente el siguiente embarazo o terminar oportunamente su función reproductiva.
- Continuar con la campaña de promoción de los métodos anticonceptivos tanto en forma global como dirigida, haciendo énfasis en el derecho de la/las usuarias a que se le respete su derecho de decidir cuándo y cuántos hijos tener.



- Promover conjuntamente con el personal médico del MSP e instituciones públicas y privadas, la consejería sobre el uso adecuado de los métodos de planificación familiar.
- Por último brindar atención integral a los jóvenes y sus padres sobre sexualidad, salud reproductiva y anticoncepción, para contribuir a la prevención de embarazos precoces o no deseados.



IX. BIBLIOGRAFIA

1. **CABRERA Maribel**, Guía estadística Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de la población femenina de Barquisimeto – estado de Venezuela, América Latina, Venezuela 2008, 1ra edición, pág. 49 – 52.
2. **MENÉNDEZ Lady, CABRERA José**, Folleto de la Universidad de San Carlos – Guatemala sobre la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva del estado de Santa Ana, Guatemala 2009, pág. 32 – 52.
3. **CEVALLOS Liliana**, Compendio de estadísticas CELSAM (Centro Latinoamericano Salud y Mujer), versión Ecuador – Marzo 2008, pág. 16 – 22.
4. **CEVALLOS Liliana**, Encuesta ENDEMAIN (encuesta demográfica de salud materna e infantil), Ecuador, Abril 2012, edición única, pág. 21 – 22.
5. **FERNÁNDEZ Ramón, LÓPEZ Luis**, Revista de Métodos Anticonceptivos y su Prevalencia, Caracas - Venezuela 2010, edición única, pág. 28 – 32.
6. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**. Guías Nacionales de Salud Reproductiva. Tomo I Planificación Familiar. Guatemala 2003, pág. 70.



7. **WORLD FERTILITY SURVEY.** Encuesta sobre Salud Familiar. Nicaragua. Atlanta, GA: Centers for Disease Control; 1993.
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>

8. **CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN.** Cuadernos de Salud Reproductiva. México, DF: Consejo Nacional de Población; 2000.
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>

9. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).** Mejorías en el acceso a la atención de buena calidad, estadísticas y criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.

10. **CUNNINGHAM Gary, LEVENO Kennet, BLOOM Steven, HAUTH John, WENSTROM Katharina,** Obstetrícia de Williams, 22th edición, sección VI, capítulo 32, pág. 725-747.

11. **SCHWARCZ Ricardo, DUVERGES Carlos, DÍAZ Gonzalo** Obstetricia de Schwarcz, 6ta edición, capitulo 11, pagina 520 – 530.

12. **GORI Jorge R., LORUSSO Antonio y colaboradores,** Ginecología de Gori, 2da edición, capítulo 31, año 2008, página 553 – 576.

13. **SCHWARCZ Ricardo; CASTRO Roberto; GALIMBERTI Diana;** Guía para el uso de Métodos Anticonceptivos, Ministerio de Salud de Argentina, 1ra edición, año 2006, pág. 12 – 35.



14. **ALARCÓN Fernando; CORREU José; MARTÍNEZ Rubén.** Atención primaria de la salud, planificación familiar en el medio rural y demografía médica, 2da edición, México 1995, pág. 256 – 261.

15. **JONES Howard, COLSTON Anne.** Tratado de Ginecología de Novak. 11va. edición. México 1991.

16. **BIBLIOTECA ESPECIALIZADA.** Salud reproductiva y planificación familiar. **APROFE** (Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana) 5ta edición, revista virtual Ecuador 2011, pág. 5-15.

17. **BVSCUBA LIBROS DE AUTORES CUBANOS.** Ginecología. Planificación familiar y métodos anticonceptivos. Revista online. 4ta edición, año 2007, pág. 321 - 332

18. **WEIGHING Mishell,** Dialogues in contraception , Informe anual de la Dirección Nacional de Estadística. Edición 3ra, Ciudad de La Habana, 1990. Pág. 2 - 6 - 8.

19. **LUZÓN Gregorio,** Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas en el nuevo milenio. Ciudad de La Habana: Ed. Científico-Técnica, 2005. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

20. **MONTERROSA Alberto.** "Actualización de conceptos en anticonceptivos orales combinados" Segunda edición. Cartagena 1998, pág. 18 – 24.

21. **GÓMEZ Paúl.** "Planificación familiar una visión integral ", edición 1ra, Santafé de Bogotá 1997, pág. 54 – 63.



22. PROFAMILIA. Planificación familiar y métodos anticonceptivos.

Cuadernillo estudiantil. Centro de documentación Profamilia. Santafé de Bogotá 1998.



X. ANEXOS

ANEXO N° 1: ENCUESTA REALIZADA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

La presente encuesta tiene el fin de recolectar datos para la realización de la tesis previa a la obtención del título de Médico General, cabe recalcar que la información brindada será de uso exclusivo de su autor sin poner en riesgo la integridad e identidad de las personas encuestadas.

Fecha:

1. ¿Qué edad tiene?

< 14 años	
14 a 24 años	
25 a 34 años	
35 a 44 años	
>a 45 años	



2. ¿Cuántos hijos tiene usted?

.....

3. ¿Cuál es su estado civil?

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Divorciada
- d. Unión Libre

4. ¿Con que frecuencia utiliza usted métodos anticonceptivos?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

5. ¿Qué sabe usted sobre los métodos anticonceptivos?

- a. Nada
- b. Lo básico
- c. Todo

¿Por qué?

.....



6. ¿De los siguientes enunciados, cuál cree que ha influido en que usted no utilice métodos anticonceptivos?

	SI	NO
Familiares		
Amistades		
Otras personas		
Religiosas		
Ideológicas		
Costumbres		
Otros		

7. ¿Qué método anticonceptivo utiliza usted?

- a. Preservativo
- b. DIU (T con Cobre)
- c. Método del ritmo
- d. Pastillas anticonceptivas
- e. Inyecciones
- d. Otro ¿Cuál?
- f. Ninguno ¿por qué?.....

8. ¿Le parece incómodo usar métodos anticonceptivos en cada relación sexual?

- a. Si
- b. No
- ¿Por qué?
.....



9. ¿Cree Ud. que los métodos anticonceptivos causan enfermedades?

- a. Si
- b. No

10. ¿Usted ha padecido alguna de las siguientes enfermedades debido al uso de métodos anticonceptivos?

- a. Cáncer de Cérvix (útero)
- b. Cáncer de mama
- c. Obesidad
- d. Infertilidad
- e. Otras

¿Cuál o cuáles ?.....

11. ¿Cuáles de los siguientes ítems cree usted que son repercusiones sociales del NO uso de métodos anticonceptivos?

- a. Multiparidad (muchos hijos)
- b. Disminución de la economía familiar
- c. Violencia intrafamiliar
- d. Discriminación
- e. Abortos
- f. Otra.....



12. ¿Cuáles cree usted que son las consecuencias psicológicas del NO uso de métodos anticonceptivos?

- a. Estados depresivos
- b. Ansiedad
- c. Agresividad
- d. Insatisfacción
- e. Miedo
- f. Otros.....

13. ¿Cuáles cree usted que son las limitantes para el NO uso de métodos anticonceptivos?

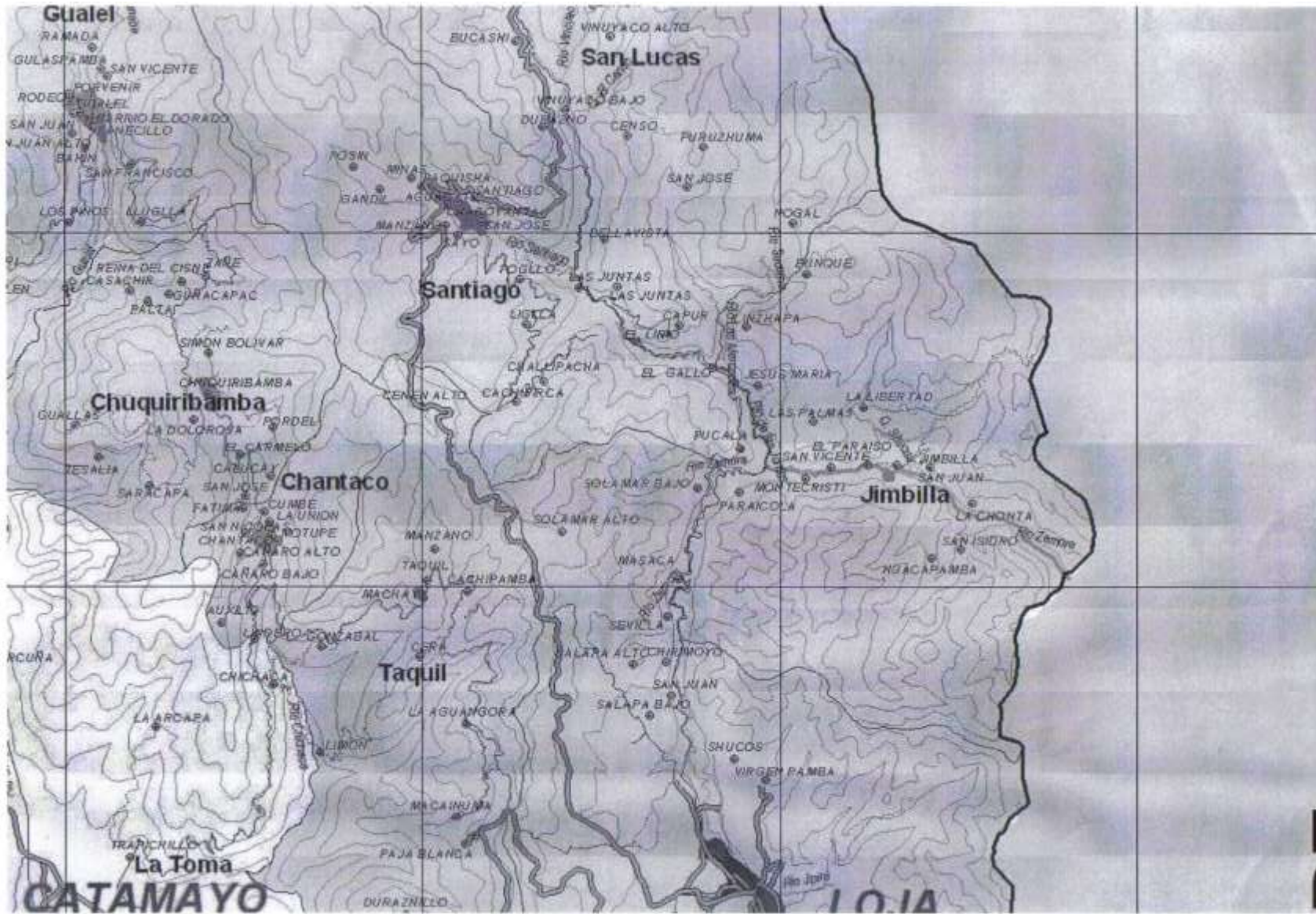
- a. Falta de conocimiento
- b. Bajo nivel económico
- c. Miedo a la discriminación
- d. Costumbres ancestrales
- e. Otra.....-

GRACIAS POR SU COLABORACION



ANEXO N° 2

- **MAPA DEL BARRIO ZALAPA**





ANEXO N° 3

- **TRIPTICO DE LOS MÉTODOS**

ANTICONCEPTIVOS

CONDÓN MASCULINO

Es una funda delgada de látex (goma) que se coloca en el pene antes de una relación sexual, vaginal y/u oral.



Te protege x2 ya que evita un embarazo y las enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA



CONDÓN FEMENINO

Es una funda delgada de poliuretano (plástico) que se coloca en la vagina antes de una relación sexual vaginal, anal y/u oral.

Te protege x2 ya que evita embarazos y enfermedades de transmisión sexual

VIH/SIDA



PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

Son píldoras anticonceptivas que se toman después de una relación sexual sin protección lo antes posible.



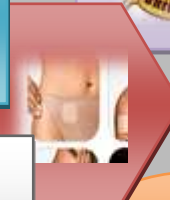
La anticoncepción es el derecho de las mujeres y de los hombres a decidir, libremente, si desean tener hijos o no, cuándo, cuántos y con quién, disfrutando del ejercicio de la sexualidad sin el riesgo de un embarazo no deseado o no planeado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
MEDICINA HUMANA

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Autora: Alba Casanova J.



PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS



Son píldoras anticonceptivas con 2 tipos de hormonas (estrógenos y progestinas) sintéticas que se toman todos los días



Inyectables Mensuales

Son inyecciones anticonceptivas que contienen 2 tipos de hormonas (estrógenos y progestinas) sintéticas y se usan una vez al mes.



Anillo VaGinal

Es un método anticonceptivo que consiste en un anillo de silicona que contiene 2 tipos de hormonas (estrógenos y progestinas) sintéticas. El anillo debe permanecer en la vagina y luego debe ser retirado por 1 semana



IMPLANTE

Son unos tubitos de silicona que contienen una sola hormona (progestina) y se colocan debajo de la piel en el brazo

Duran de 3 a 5 años y actúan espesando el moco cervical e impidiendo la ovulación.



T de Cobre



Es un dispositivo de plástico con cobre que se coloca dentro del útero evitando la fecundación.

Puede durar de 3 a 5 años.



PARCHE

Es un parche adhesivo anticonceptivo que contiene 2 tipos de hormonas (estrógenos y progestinas) y se usa colocando un parche semanal sobre la piel durante 3 semanas y luego una semana sin parche.



Ligadura de Trompas

Es un método anticonceptivo definitivo en el cual se cortan y ligan las trompas de Falopio evitando la fecundación



Es un método anticonceptivo permanente en donde cortan y ligan los conductos deferentes (que llevan el semen) evitando la fecundación.

VASECTOMÍA



MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIODICA

Consiste en evitar las relaciones sexuales con penetración vaginal los días fértiles del ciclo de la mujer



ANEXO N° 4

- **FOTOS: REALIZACION DE
ENCUESTA Y ENTREGA DE
TRIPTICOS**





ANEXO N° 5

- **FIRMAS DE POBLACIÓN**

ENCUESTADA



HORA	# DE CÉDULA	FIRMA
11 - 18 h	1104866907	Alba Aguilar Sánchez
11 - 18 h	11.05489286	[Firma]
11 - 18 h	1100217123	[Firma]
11 - 18 h	0706819121	[Firma]
11 - 18 h	1104855590	[Firma]
11 - 18 h	1104995871	[Firma]
13 - 15 h	1105039852	[Firma]
13 - 15 h	0930508049	Juliano Sarango
13 - 15 h	1105668451	[Firma]
13 - 14 h	0706082831	Dalia Ariza
13 - 15 h	1104689087	[Firma]
14 - 15 h	1104373616	[Firma]
14 - 15 h	1105874331	[Firma]
14 - 15 h	1105820006	[Firma]
14 - 15 h	1106000225	[Firma]
14 - 15 h	1104375180	[Firma]
14 - 15 h	1104591910	[Firma]
14 ¹ - 15 h	1104863400	[Firma]
15 - 16 h	1104710724	[Firma]
15 - 16 h	1105829221	Araceli de J.



HORA	# DE CÉDULA	FIRMA
14 - 17 h	1900568140	
14 - 17 h	1104689071	Amay Katy
14 - 17 h	1105626265	
15 - 16 h	1102622197	
15 - 16 h	1105709951	
15 - 16 h	0930778926	Diana Leiva
15 - 17 h	1104863746	Marcia Gomez
15 - 17 h	0706395837	
15 - 17 h	1105201022	Johanna Pacheco
16 - 17 h	Georgeta Guerrero	1101211221
16 - 17 h	1105874331	Rosa Ortega
16 - 17 h	1106001851	Luzmila Hernandez
16 - 17 h	1105387219	
16 - 18 h	1900503217	
16 - 18 h	1121321423	Maria Pizarro
16 - 18 h	1106001227	Silvia Sarango
16 - 18 h	1104767142	
16 - 18 h	1104999841	
16 - 18 h	1105808071	
16 - 18 h	1103480855	José Diego Velasco



HORA	# DE CÉDULA	FIRMA
15 - 16 h	1105850542	[Firma]
15 - 16 h	1104435142	[Firma]
15 - 16 h	1106576046	[Firma]
15 - 16 h	110419660	[Firma]
15 - 17 h	1105947164	[Firma]
15 - 17 h	1900129660	Marica Córdoba
15 - 17 h	1104567570	[Firma]
15 - 17 h	11930778816	[Firma]
15 - 17 h	1730721812	[Firma]
15 - 17 h	1104601182	[Firma]
16 - 17 h	1104312821	[Firma]
16 - 17 h	1105050184	[Firma]
16 - 17 h	1105234692	[Firma]
16 - 18 h	1105176981	[Firma]
16 - 18 h	1102211213	Filicia Chirba
16 - 18 h	1105026329	[Firma]
16 - 18 h	1102342495	[Firma]
17 - 18 h	1908081216	[Firma]
17 - 18 h	114362715	[Firma]
17 - 18 h	1103243512	Rebeca Fajardo