UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

"Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo, en las gestantes del Centro de Salud N° 3, Loja"

Tesis previa a la obtención del

Título a Médico General

AUTOR: John Paul Arias Bermeo

DIRECTOR: Dr. Cesar Fabián Juca Aulestia, Esp.

LOJA - ECUADOR

2020

Certificación

Dr. César Fabián Juca Aulestia, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo previo a la obtención del título de Médico General titulado "**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ESCOLARIDAD Y FALLA DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD No 3, LOJA**", de autoría del estudiante, John Paul Arias Bermeo, ha sido realizado bajo mi asesoramiento, dirección y supervisión, por lo que al cumplir con los requisitos reglamentarios autorizo su presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Loja, 07 de julio del 2020

Firmado electrónicamente por:
CESAR FABIAN
JUCA AULESTIA

DIRECTOR DE TESIS

Autoría

Yo, John Paul Arias Bermeo, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de la tesis en el Repositorio Institucional, Biblioteca Virtual.

Firmado electrónicamente por:
JOHN PAUL ARIAS

Autor: John Paul Arias Bermeo

CI: 1104768070

Fecha: 21 de Julio del 2020

Carta de autorización

Yo, John Paul Arias Bermeo, autor del trabajo de investigación **"RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ESCOLARIDAD Y FALLA DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO, EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD N₀ 3, LOJA"**, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de su visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 23 días del mes de julio del 2020

Firmado electrónicamente por:
JOHN PAUL ARIAS

Autor: John Paul Arias Bermeo

CI: 1104768070 Correo electrónico: john.arias@unl.edu.ec

Teléfono: 0982045934 Dirección: Juan María Riofrio y José María Riofrio

Datos complementarios

Director de tesis: Dr. Cesár Fabián Juca Aulestia, Esp.

Tribunal de grado: Presidenta: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

Vocal: Dr. Angel Gabriel Acaro Loaiza, Esp.

Dedicatoria

La presente tesis se la dedico a mi Dios, quien supo guiarme, darme fuerzas para seguir adelante y afrontar las adversidades que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la esperanza ni desfallecer en el intento.

A mis abuelos y a mi madre, por brindarme su apoyo en todo momento, por los valores inculcados y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida y por ser mi mayor ejemplo a seguir.

John Paul Arias Bermeo

Agradecimiento

Al término de esta tesis, agradezco a Dios, por haberme guiado a lo largo de mi carrera y por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, a las autoridades de la Universidad Nacional de Loja, por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias, a los docentes de la Carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana, por sus sabias enseñanzas durante mi formación como profesional así también como persona.

De forma especial a mi Director de Tesis Doctor César Fabián Juca Aulestia, quien, con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado que culmine con éxito el desarrollo de la misma.

John Paul Arias Bermeo

Índice

Carátula i

Certificación ii

Autoría iii

Carta de autorización iv

Dedicatoria v

Agradecimiento vi

Índice vii

1. Título 1

2. Resumen..... 2

3. Introducción 4

4. Revisión de la literatura 7

4.1. Métodos anticonceptivos 7

4.1.1. Definición de método anticonceptivo..... 7

4.1.2 Elección de método anticonceptivo 8

4.1.3 Características de los anticonceptivos 8

4.1.1. Tipos de métodos anticonceptivos..... 9

4.1.2 Métodos anticonceptivos más utilizados 11

4.1.3 Falla de los métodos anticonceptivos 12

4.2. Escolaridad 13

4.2.1. Definición 13

4.2.2. Niveles de escolaridad 13

4.3. Embarazo 14

4.3.1. Definición 15

4.3.2 Embarazo deseado 15

4.3.3 Embarazo no deseado 15

4.4 Relación entre la escolaridad y la falla de los métodos anticonceptivos y la presencia de embarazos no deseados 16

5. Materiales y métodos 18

5.1. Enfoque 18

5.2. Tipo de diseño utilizado 18

5.3. Unidad de estudio 18

5.4. Universo y Muestra 18

5.5 Criterios de inclusión y exclusión 18

5.6 Técnicas 19

5.7 Instrumento 19

5.8 Procedimientos 19

5.9 Equipo y Materiales 20

5.10 Análisis estadístico 20

6. Resultados 21

7. Discusión 32

8. Conclusiones 34

9. Recomendaciones 35

10. Referencia bibliográfica 36

11. Anexos 39

1. Título

Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo, en las gestantes del Centro de Salud No 3, Loja

2. Resumen

Las tasas de fracaso de los métodos anticonceptivos durante su uso típico varían según las características del usuario, además se debe a la dificultad que experimentan cuando utilizan métodos que requieren adhesión; tales como tomar diariamente una pastilla, uso de preservativo, falta de aceptación del método por conflictos tales como creencias religiosas, costumbres, sexualidad, nivel de escolaridad, etc. Sumado a ello los altos porcentajes de usuarias con niveles de escolaridad bajos, marcando un grupo de riesgo para una mala adherencia a métodos anticonceptivos que depende del apego exclusivo de cada paciente para una mayor tasa de eficacia. En el presente estudio descriptivo, analítico, retrospectivo, se determina la asociación entre la falla del método anticonceptivo con el nivel de escolaridad, en 622 gestantes del Centro de Salud N°3, Loja, durante el periodo 2012 – 2017. Se demostró que el 13,3% (n= 83) de la población presentó falla del método anticonceptivo, el método de barrera presentó una falla del 7,6%; los anticonceptivos hormonales 3,7%; además la falla del método anticonceptivo no presenta relación con el nivel de escolaridad, pero existe un mayor riesgo de falla del método anticonceptivo en el grupo de edad entre 40 - 49 años. Conclusión: Las gestantes con bajo nivel de escolaridad tienen 0,09 más probabilidades de presentar falla del método anticonceptivo (OR: 0,978; IC: 95%, 0,903 - 1,060); pero existe un mayor riesgo de 0,267 en las gestantes en el rango de edad entre 40 – 49 años.

Palabras clave: analfabetismo, embarazo no deseado, métodos anticonceptivos, planificación familiar.

Abstract

The failure rates of contraceptive methods during their typical use could vary according to the characteristics of the user, also it is due to the difficulty that they experience when using methods that require adherence, such as taking a pill daily, condom use, lack of acceptance of the method due to conflicts such as religious beliefs, customs, sexuality, level of education, etc. In addition to this, the highest percentages of users with low levels of education mark a poor adherence risk group to contraceptive methods that depends on the exclusive attachment of each patient for a higher rate of effectiveness. In the present descriptive, analytical, retrospective research, it was determined the association between the failure of the contraceptive method and the level of education, in 622 pregnant women from the "Health Center No3, Loja", during the period 2012-2017. It was shown that 13, 3% (n = 83) of the population presented failure of the contraceptive method, the barrier method presented a failure of 7.6%; hormonal contraceptives 3.7%. Furthermore, the failure of the contraceptive method is not related to the level of education, but there is an increased in the risk of contraceptive method failure in the age group between 40 - 49 years. Conclusion: Pregnant women with low educational level are 0.09 more likely to have contraceptive method failure (OR: 0.978; 95% CI, 0.903 - 1.060); but there is a bigger risk of 0.267 in pregnant women in the age range between 40 - 49 years.

Keywords: illiteracy, unwanted pregnancy, contraceptive methods, family planning.

3. Introducción

Los indices de analfabetismo en la población ecuatoriana estaban registrados en un 6%, lo que motivo al Ministerio de Educación hacer una intervención en este grupo, con al finaldiad de localizarlos e instruirlos. A nivel del Ministerio de Salud Pública este porcentaje representa un grupo vulnerable, sumado a ellos las comorbilidades que presenten dificulta tanto el tratamiento como la adherencia al mismo. El problema se agrava mas aún, si en dicho grupo se encuentran mujeres en edad fértil, las cuales pueden llegar a requerir el uso de algún método anticonceptivo, y el apego no adecuado, llevaria una eficacia menor de dicho método. (Educación, 2011)

Las tasas de fracaso anticonceptivo durante el uso típico varían según las características del usuario (edad, paridad, y nivel socioeconómico etc). Los anticonceptivos más utilizados como son: los combinados orales (ACO), el DIU (dispositivo intrauterino), los profilácticos, etc. Son altamente efectivos para evitar el embarazo, sin embargo, tanto los médicos como las pacientes que utilizan estos métodos deben ser informadas de todos los aspectos como eficacia, efectos adversos y la adherencia que corresponde a un porcentaje a la responsabilidad de la paciente, con el objetivo de demostrar su efectividad teórica. (Moreau C, 2015)

La efectividad de un método anticonceptivo se evalúa a través de tasas de embarazo, del índice de Pearl y con tablas de vidas. Definimos dos tipos de eficacia anticonceptiva, hablamos de una eficacia teórica y una eficacia real en el uso de todos los métodos anticonceptivos. La primera es la que resulta de los ensayos clínicos que analizan eficacia anticonceptiva y la segunda la que resulta del uso diario de estos, condicionada por factores inherentes al usuario. (Cano, 2018)

Muchos fracasos del método anticonceptivo se dan principalmente en la edad adolescente, siendo estos un grupo de edad que están en desarrollo emocional, como físico y en donde existen más incertidumbres que respuestas. Por lo que desde hace 30 años atrás el embarazo en este grupo etario se ha convertido en una seria preocupación de salud para varios sectores sociales en nuestro país, tal vez debido a una mayor incidencia de resultados desfavorables maternos y perinatales o por las graves complicaciones de aborto que presentan estas pacientes. (Langer, 2016)

Se ha determinado en los múltiples estudios diversas tasas de fallas de los métodos anticonceptivos, entre los más utilizados se encuentran ningún método con mínimo esperado 85% uso no apropiado 85%; anticonceptivo oral combinado, mínimo esperado 0.1% uso no apropiado 7.6%; sólo progestágeno, mínimo esperado 0.5% uso no apropiado 3.0%; DIU de levonorgestrel, mínimo esperado 0.1% uso no apropiado 0.1%; DIU de T de cobre (t 380a), mínimo esperado 0.6% uso no apropiado 0.8%; implante intradérmico, mínimo esperado 0.05% uso no apropiado 0.2%; inyectable, mínimo esperado 0.3% uso no apropiado 0.3%; esterilización femenina, mínimo esperado 0.05% uso no apropiado 0.05%; esterilización masculina, mínimo esperado 0.1% uso no apropiado 0.15%; espermicidas, mínimo esperado 6.0% uso no apropiado 25.7%; abstinencia periódica ritmo (ogino), mínimo esperado 9.0% uso no apropiado 20.5%; ovulación, mínimo esperado 3.0% uso no apropiado 20.5%; sintotérmico, mínimo esperado 2.0% uso no apropiado 20.5%; postovulación, mínimo esperado 1.0% uso no apropiado 20.5%; coito interrumpido, mínimo esperado 4.0% uso no apropiado 23.6%; diafragmas y espermicidas, mínimo esperado 6.0% uso no apropiado 12.1%; preservativo masculino, mínimo esperado 3.0% uso no apropiado 13.9% y femenino, mínimo esperado 5.0% uso no apropiado 21.0%. (Cano, 2018)

El mínimo esperado, se refiere al porcentaje de falla del método anticonceptivo con un año de utilizarlo cumplidamente, bien colocado, al decir uso no apropiado, se refiere al porcentaje de falla del método anticonceptivo cuando hay incumplimientos en las tomas, en los días en que se deben inyectar, al uso no correcto del preservativo, factores que depende de la paciente para su correcto funcionamiento. (Cano, 2018)

Por lo cual al observar esta prevalencia de fallas del método de anticoncepción nos planteamos estudiar si existe una relación entre su falla y el nivel de escolaridad de las pacientes, en nuestra localidad, para tener datos reales del mismo y establecer estrategias de abordaje posterior.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre el nivel de escolaridad y la falla del método anticonceptivo, en las gestantes que acuden al Centro de Salud N° 3, de la ciudad de Loja en el periodo 2012 - 2017?

Teniendo como objetivo general, determinar la asociación entre la falla del método anticonceptivo con el nivel de escolaridad, en las mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud N°3 de Loja, durante el período 2012 - 2017. Y como objetivos específicos: determinar cuáles son los métodos anticonceptivos utilizados frecuentemente por la población objeto de estudio y su prevalencia puntual. Caracterizar la población de mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud N° 3 de Loja en el periodo 2012 – 2017, e identificar la relación entre la falla de método anticonceptivo y el nivel de escolaridad en la población objeto de estudio.

4. Revisión de literatura

4.1 Métodos anticonceptivos

4.1.1 Definición de método anticonceptivo. Son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas. (Ponce, 2016)

4.1.2 Elección de un método anticonceptivo. Cada persona debe elegir su método anticonceptivo de acuerdo a su propia situación de vida (estilo de vida, vida sexual, número de hijos que desea tener, número de parejas, valores, situación socioeconómica, etc.) Las características del método anticonceptivo que sean aceptables para ella y las condiciones de salud que se puedan ver afectadas por el uso del método (presión alta, hábito de fumar, enfermedades cardiovasculares, infecciones del tracto reproductivo, etc.). (Ponce, 2016)

4.1.3 Características de los anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos tienen diferentes características en las que hay que fijarse cuando se elija uno de ellos. Esto es necesario para que el método permita alcanzar las metas reproductivas en forma efectiva y segura para la salud y de acuerdo a la situación de vida. (Cadena, 2017)

Eficacia: Representa el riesgo de que una mujer se embarace, aunque ella o su pareja estén usando un método anticonceptivo. La eficacia es mayor cuando el método se usa en forma perfecta y menor durante el uso típico, ya que algunas personas usan los métodos en forma incorrecta. Por eso es importante averiguar cómo se usa correctamente el método que se ha elegido y que su uso sea constante. (Cadena, 2017)

Seguridad: Algunas mujeres presentan condiciones de salud que restringen el uso de algunos métodos como lo establecen los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de

Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud. En general, las y los jóvenes no tienen problemas de salud que las/los pongan en riesgo si usan un anticonceptivo. Algunos anticonceptivos tienen efectos benéficos para la salud de quienes los usan: el uso de condones permite prevenir infecciones transmisibles por vía sexual, incluyendo la infección por VIH/SIDA, las pastillas anticonceptivas combinadas disminuyen los síntomas premenstruales y la anemia y otorgan protección contra ciertos cánceres del aparato reproductor. (Cadena, 2017)

Aceptabilidad: Las características de cada método anticonceptivo, pueden afectar de distinta manera a diferentes personas. Lo que para algunas personas puede ser una ventaja, para otras puede ser una desventaja. Cada persona debe poder elegir el más adecuado a sus necesidades. (Cadena, 2017)

Facilidad de uso: Cuando el uso del método es fácil, es más probable poder utilizarlo en forma correcta. Por eso se debe exigir información clara e indicaciones precisas sobre la forma de uso. (Cadena, 2017)

Disponibilidad: Los métodos anticonceptivos están disponibles gratuitamente en los consultorios de los servicios de salud, y con distintos precios en las farmacias y en las consultas privadas de los médicos. Hay que pensar cuál alternativa conviene más según los recursos económicos y el tipo de atención que se quiere. (Cadena, 2017)

Reversibilidad: La recuperación de la fertilidad o sea la capacidad de poder embarazarse después de la suspensión del método es un elemento esencial para quienes desean postergar el embarazo. (Cadena, 2017)

Costo: El costo de los anticonceptivos es importante para las personas que suele tener recursos económicos limitados. En los servicios de salud se entregan de forma gratuita. Pero también hay diferencias entre las marcas. Por ejemplo, el costo de las píldoras

anticonceptivas varía hasta en 10 veces y para la mayoría de las mujeres, las mejores son las más baratas (las que contienen estradiol y levonorgestrel). (Cadena, 2017)

4.1.4 Tipos de métodos anticonceptivos. Según (Keit, 2017) **"**los diferentes métodos anticonceptivos varían según su eficacia, su mecanismo de acción y de entre ellos tenemos."

- **Métodos de barrera**

Eficacia media – alta. Protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS). No requiere control sanitario.

Preservativo masculino o condón: Es una funda de látex o de otro derivado plástico que se coloca sobre el pene en erección desde antes de la penetración. Impide el paso de los espermatozoides. Es de un solo uso, y por tanto no debe ser reutilizado. Protege de las ITS. (Keit, 2017)

Preservativo femenino: Es una funda, similar al preservativo masculino, pero de mayor tamaño, que se coloca recubriendo las paredes de la vagina y la vulva para impedir el paso de los espermatozoides al interior del útero. Es de un solo uso, y por tanto no debe ser reutilizado. Protege de las ITS. (Keit, 2017)

Diafragma: Es una caperuza que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo completamente el cuello del útero. Impide el paso de los espermatozoides al interior del útero. Es reutilizable. (Keit, 2017)

Capuchón cervical: Es una versión más evolucionada del diafragma, recubre el cuello uterino y es de un solo uso por lo que no debe ser reutilizado. Tanto el diafragma como el capuchón cervical deben usarse con espermicidas. Protegen parcialmente de las ITS. (Keit, 2017)

- **Métodos hormonales**

Eficacia alta - muy alta. No protegen de las ITS. Requieren control sanitario.

Píldora combinada: Existen diferentes tipos, que varían según las dosis, la combinación de las hormonas que contienen y la forma de presentación. Se toma a la misma hora, diariamente durante 21 o 28 días e impide la ovulación. (Keit, 2017)

Píldora de gestágeno: Contiene solamente un tipo de hormona. Se toma todos los días a la misma hora, sin descanso. (Keit, 2017)

Anillo vaginal: Es un aro que se introduce en la vagina, como un tampón. Contiene hormonas similares a las de la píldora combinada que se van liberando y son absorbidas por la mucosa vaginal. Se usa tres semanas y la cuarta se descansa. (Keit, 2017)

Parche cutáneo: Es un parche pequeño que se coloca sobre la piel, que absorbe las hormonas que va liberando. Se usa uno por semana, durante tres semanas y la cuarta se descansa. Debe colocarse en una zona del cuerpo sin cremas para que no se despegue y nunca en las mamas. (Keit, 2017)

Anticonceptivo hormonal inyectable: Es de administración trimestral y contiene una única hormona. (Keit, 2017)

Implante subdérmico: Son una o dos varillas que liberan una hormona. Se coloca en el antebrazo mediante una mínima incisión indolora y tiene una duración de 3 o 5 años. (Keit, 2017)

- **Dispositivo intrauterino (DIU)**

Eficacia muy alta (DIU hormonal) Eficacia alta (DIU cobre). No protege de las ITS. Requiere control sanitario. El DIU es un objeto pequeño formado por plástico generalmente en forma de T; unos llevan cobre y otros un pequeño depósito hormonal. Se coloca dentro

del útero. Actúa de distintas formas dificultando la progresión de los espermatozoides. La duración eficaz del DIU hormonal es de cinco años. La duración eficaz del DIU de cobre en las mujeres jóvenes es de al menos 5 años y en las mayores de 40 es eficaz hasta la menopausia. (Keit, 2017)

- **Bloqueo de trompas y vasectomía**

Métodos definitivos. Eficacia muy alta. No protegen de las ITS. Consisten en cerrar el lugar de paso de los óvulos (ligadura o bloqueo de trompas en la mujer) y de los espermatozoides (vasectomía en el hombre). Son métodos permanentes. El bloqueo de las trompas puede hacerse mediante intervención quirúrgica o a través de la vagina y el útero. (Keit, 2017)

- **Doble método o doble protección**

Eficacia muy alta. Protege de las ITS. Consiste en la utilización de preservativo por el hombre y de un método de alta eficacia por la mujer. Así se consigue una eficacia muy elevada asociada a la protección de las ITS. (Keit, 2017)

4.1.5 Métodos anticonceptivos más utilizados. Las cifras de la encuesta Endemain en Ecuador revelan qué 73 de cada 100 mujeres ecuatorianas que viven algún tipo de unión afectiva y/o sexual y tienen entre 15 y 49 años usa algún método anticonceptivo. Sin embargo, hay diferencias entre los fármacos o dispositivos utilizados; el 58,7% emplea métodos considerados modernos y el 14% prefiere los métodos tradicionales, como el conocido “ritmo”. ((CEPAR), 2015)

Los anticonceptivos preferidos son el implante subdérmico con 38.8 %, inyectables con 19.4 %, y la esterilización femenina con 18.1 % respectivamente. ((CEPAR), 2015)

El uso de la pastilla del día después se ha incrementado en los últimos años en Ecuador, según las cifras del Ministerio de Salud de Ecuador. La entidad es la principal fuente de obtención de anticonceptivos modernos, como la píldora, con 48 %. La misma es otorgada gratuitamente en los distintos Centros de Salud. ((CEPAR), 2015)

La planificación familiar es otra de las alternativas que los organismos de salud del país manejan. La también denominada contracepción o control de la natalidad, es un término indicativo de las prácticas de una pareja que tengan como fin el control de la cantidad de hijos. Esta alternativa se basa en dos opciones que consisten en ayudar a unas parejas que no pueden reproducirse, para lograr el embarazo. Y la otra es ayudar a las parejas a evitar o espaciar los embarazos según la percepción que tengan de la familia que razonada y libremente desean tener. Para llevar a cabo la planificación familiar se pueden utilizar tanto métodos naturales o métodos de regulación de la fertilidad, como métodos anticonceptivos. ((CEPAR), 2015)

4.1.6 Falla de los métodos anticonceptivos. Algunas de las causas más frecuentes de fracaso de los métodos anticonceptivos son: la dificultad que experimentan las mujeres, cuando utilizan métodos que requieren adhesión, tales como tomar diariamente un pastilla, o el uso de condón en cada acto sexual; falta de aceptación del método por conflictos maritales en lo que respecta, a creencias religiosa, costumbres, sexualidad, etc. Si nos referimos a los anticonceptivos hormonales puede influir en su eficacia el indice de masa corporal de la usuaria y alteraciones en la absorción (Toth, 2018)

Los métodos anticonceptivos no tienen una efectividad completa. En muchas ocasiones, una mala utilización por parte del usuario puede provocar que el método elegido falle. (Toth, 2018)

Según (Eggleston, 2016) Los errores más comunes a la hora de utilizar los métodos anticonceptivos son:

- Rotura del preservativo
- Expulsión del DIU
- No tomar la píldora anticonceptiva oral en tres o más ocasiones consecutivas
- Mala colocación del parche transdérmico
- Rotura o desplazamiento del diafragma
- Fallo del coito interrumpido
- La película espermicida no se ha derretido antes de la relación sexual
- Retraso de mas de dos semanas de la inyección anticonceptiva de progestágeno.
- Retraso de más de siete días en la administración de la inyección combinada de estrógenos y progestágenos

4.2 Escolaridad.

4.2.1 Definición. Promedio de grados que la población, en un grupo de edad, ha aprobado dentro del sistema educativo. (Louzano, 2015)

4.2.2 Niveles de escolaridad. La educación en Ecuador está reglamentada por el Ministerio de Educación, dividida en educación pública o fiscal, fiscomisional, municipal, y privada o particular; laica o religiosa; hispana o bilingüe intercultural. La educación pública es laica en todos sus niveles, obligatoria y gratuita hasta el bachillerato o su equivalente. La responsabilidad de educación de los niños/as desde su nacimiento hasta los tres años de edad recae principalmente en la familia, aunque ésta puede decidir optar por diversas modalidades certificadas. (Louzano, 2015)

La educación inicial está articulada con la Educación General Básica con lo que se pretende lograr una adecuada transición entre ambos niveles y etapas de desarrollo humano.

La educación inicial es corresponsabilidad de la familia, la comunidad y el Estado. (Educación, 2011)

La Educación General Básica (E.G.B) tiene como fin desarrollar las capacidades, habilidades, destrezas y competencias de los niños/as y adolescentes desde los 5 años de edad en adelante hasta continuar los estudios de Bachillerato. Está compuesta por diez años de atención obligatoria en los que se quiere reforzar, ampliar y profundizar las capacidades y competencias adquiridas en la etapa anterior, y se introducen las disciplinas básicas. (Educación, 2011)

El nivel de Educación General Básica se divide en 4 subniveles:

1. Preparatoria (Nivel 1), que corresponde a 1.er grado de E.G.B. y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 5 años de edad.
2. Básica Elemental (Nivel 2), que corresponde a 2º., 3º. y 4º. grados de E.G.B. y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 6 a 8 años de edad.
3. Básica Media (Nivel 3), que corresponde a 5º., 6º. y 7º. grados de E.G.B. y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 9 a 11 años de edad.
4. Básica Superior (Nivel 4)¸ que corresponde a 8º., 9º. y 10º. grados de E.G.B. y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 12 a 14 años de edad. (Louzano, 2015)

Aunque las edades estipuladas son las sugeridas para la educación en cada nivel, no se puede negar el acceso del estudiante a un grado o curso por su edad. En casos como la repetición de un curso escolar, necesidades educativas especiales, jóvenes y adultos con educación inconclusa se debe aceptar independientemente de su edad, a los estudiantes en el grado o curso que corresponda según los cursos que haya aprobado y su nivel de aprendizaje. (Louzano, 2015)

4.3 Embarazo

4.3.1 Definición Se conoce como embarazo o gravidez al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos. Con una duración de entre 37 – 42 semanas. (Cifuentes, 2018)

4.3.2 Embarazo deseado Embarazo que se produce con el deseo, la intención y la planificación previa, tomando en cuenta todos los factores que condiciones y garanticen la presencia de un embarazo sin complicaciones. (Cifuentes, 2018)

4.3.3 Embarazo no deseado El embarazo no deseado (también denominado embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, no intencional, inesperado, imprevisto o inoportuno) es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la inefectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo. (Speidel J., 2017)

Ante un embarazo no deseado y atendiendo a los principios de salud reproductiva de la OMS, la mujer puede continuar con la gestación y llevar a término el embarazo o, si la legislación vigente del país o territorio lo contempla, practicar una interrupción voluntaria del embarazo o aborto inducido, ya sea mediante un aborto con medicamentos o un aborto quirúrgico, dependiendo del periodo de gestación y siempre con la asistencia sanitaria adecuada. A nivel mundial el 38 % de los embarazos son no deseados, el 21 % de ellos se da en adolescentes (de los cuales entre el 30 y el 60 % terminan en un aborto); unos 80 millones de embarazos no deseados cada año de un total de 210 millones de embarazos en todo el mundo. (Speidel J., 2017)

4.4 Relación entre la escolaridad y la falla de los métodos anticonceptivos y la presencia de embarazos no deseados.

En los países desarrollados, las pacientes acceden con mayor facilidad y en mayor número a los métodos anticonceptivos, sin embargo, el embarazo no deseado significa un importante problema de salud pública. En estos países la principal causa del embarazo no deseado son consecuencias de las fallas en los métodos anticonceptivos. (Kott, 2015)

La planificación familiar a través del uso responsable de métodos anticonceptivos permite a las parejas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos y, además, prevenir posibles riesgos para la salud de las madres, reducir el riesgo de mortalidad en los menores de 1 año, prevenir las infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA, y disminuir la necesidad de recurrir a un aborto peligroso. (Langer, 2016)

La falla en el uso de métodos anticonceptivos es una de las causas más frecuentes de embarazos no deseados. Pero el éxito de un método anticonceptivo depende de que sea utilizado en la forma apropiada, ya que ninguno es capaz de prevenir un embarazo a menos que sea utilizado correctamente. (Cadena, 2017)

La importancia de la consejería médica en temas de anticoncepción es uno de los hallazgos del estudio CHOICE (siglas en inglés para Investigación de Salud Anticonceptiva de Experiencia con Elección Informada). Esa investigación realizada en distintos países de Europa y financiada por MSD, fue publicada en febrero de este año en The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care y reveló que la consejería médica permite incrementar la satisfacción de las usuarias de métodos anticonceptivos al orientarlas hacia la elección de un método que cubra mejor sus necesidades y estilo de vida. (Bitzer, 2015)

Diversos estudios realizados en países de América Latina y el Caribe coinciden en advertir que en la región uno de los factores detrás de la falla en el uso de métodos anticonceptivos es la falta de conocimiento sobre su uso adecuado, que resulta en gran medida de la ausencia o de la deficiencia en el asesoramiento médico de la mujer y de la pareja. (Langer, 2016)

5. Materiales y métodos

El presente estudio se llevo a cabo en el Centro de Salud No. 3 de la Provincia de Loja, con las gestantes que acudieron a control prenatal, en el periodo enero 2012 – enero 2017

5.1 Enfoque

La investigación realizada tuvo un enfoque cuantitativo.

5.2 Tipo de diseño utilizado

El presente tema es un estudio descriptivo, analítico y retrospectivo, de corte transversal.

5.3 Unidad de estudio

Las unidades de estudios representan las mujeres gestantes que acudieron para control desde enero del 2012 a enero del 2017, al Centro de Salud N° 3.

5.4 Universo y Muestra

Se trabajo con todo el universo representado por las 622 gestantes que acudieron para control prenatal desde enero del 2012 a enero del 2017, al Centro de Salud N° 3.

5.5 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Culminar los controles del embarazo en el Centro de Salud Nº3.
- Tener a lo menos 1 control en el primer trimestre de la gestación.

Exclusión:

- Tener información incompleta en la hoja A 051

5.6 Técnicas.

De acuerdo a la información proporcionada en el formulario A 051, con las gestantes que acudieron al Centro de Salud Nº3 en el periodo del 2012 al 2017 y que cumplen los criterios de inclusión, se procedió a recolectar la información en una hoja de recolección de datos, en la cual incluía: edad, etnia, estado civil, nivel de escolaridad, falla de método anticonceptivo y tipo de método anticonceptivo utilizado. (Anexo 6).

5.7 Instrumento

Hoja de recolección de datos (Anexo 6), el cual incluye edad, etnia, estado civil, nivel de escolaridad, falla de método anticonceptivo y tipo de método anticonceptivo utilizado.

5.8 Procedimiento

En primer lugar, mediante oficio dirigido a la Coordinadora de la Carrera de Medicina Humana, solicitando la aceptación del tema, posteriormente se presenta nueva solicitud para obtener pertinencia la misma que fue concedida por el tutor asignado autorizando el desarrollo del trabajo investigativo, que por ultimo por medio de oficio se pidió la asignación del Director de tesis.

Luego de realizado todos estos trámites, se procedió a pedir la autorización al Centro de Salud N° 3 Loja, para la obtención de los datos, a través de la hoja de recolección de datos, basado en el formulario A 051.

Se procedió a caracterizar a la población objeto de estudio, de acuerdo a las variables de edad, etnia, nivel de escolaridad, estado civil, posterior se determino las gestantes que presentaron falla del método anticonceptivo, con ello se procedio a determinar el nivel de escolaridad de las usuarias que presentaban falla en el método anticonceptivo y posterior determinar el tipo de método anticonceptivo que presentó falla.

5.9 Equipo y Materiales

Hoja de recolección de datos, esferos azul y negro, lápices, hojas papel A4, Software SPSS 22, computadora e impresora.

5.10 Análisis estadístico

Con los datos obtenidos se llevó a cabo la tabulación y análisis de los mismo, para determinar la estadística descriptiva, posterior mediante el programa estadístico SPSS 22, mediante los estadísticos Chi Cuadrado, V de Chamer y Odd Radio, para la estadística inferencial. Todos los datos obtenidos son presentados en tablas.

6. Resultados

En el análisis descriptivo se detallan las características de la población objeto de estudio.

Tabla 1.

Tabla 1. Edad de las gestantes que acudieron al Centro de Salud N₀ 3, en el periodo 2012 – 2017

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
14 - 19 años	169	27,2%	27,2%	27,2%
20 - 29 años	287	46,1%	46,1%	73,3%
30 a 39 años	158	25,4%	25,4%	98,7%
40 a 49 años	8	1,3%	1,35	100,0%
Total	622	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta de recolección de datos de tesis: " Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo en las gestantes del Centro de Salud N₀ 3, Loja"

Autor: John Paul Arias Bermeo

Análisis: de la muestra poblacional (n=622), el mayor porcentaje de edad de las gestantes, 46,1% que corresponde a embarazadas entre 20 a 29 años. El menor porcentaje 1,29% corresponde a las gestantes de 40 a 49 años de edad.

Tabla 2

Tabla 2. Etnia de las gestantes que acudieron al Centro de Salud N₀ 3, en el periodo 2012 – 2017

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Blanca	4	0,6%	0,6%	0,6%
Indígena	14	2,3%	2,3%	2,9%
Mestiza	600	96,5%	96,5%	99,4%
Afrodescendiente	4	0,6%	0,6%	100,0%
Total	622	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta de recolección de datos de tesis: "Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo en las gestantes del Centro de Salud N₀ 3, Loja"

Autor: John Paul Arias Bermeo

Análisis: las mujeres embarazadas mestizas representan el 96,5% de la muestra poblacional, seguido por una minoría del 3,5% que esta representada por la población blanca, indígena y afrodescendiente.

Tabla 3

Tabla 3. Estado civil de las gestantes que acudieron al Centro de Salud N° 3, en el periodo 2012 – 2017

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casada	263	42,3%	42,3%	42,3%
Unión Libre	190	30,5%	30,5%	72,8%
Soltera	156	25,1%	25,1%	97,9%
Otra	13	2,1%	2,1%	100,0%
Total	622	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta de recolección de datos de tesis: "Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo en las gestantes del Centro de Salud N° 3, Loja"

Autor: John Paul Arias Bermeo

Análisis: el 42,3% de las mujeres embarazas representan el estado civil casadas, seguidas por las gestantes en unión libre que representan el 30,5%. Las solteras representaron un 25,1%

Tabla 4

Tabla 4. Nivel de Instrucción de las gestantes que acuden al centro de Salud Nº 3, en el periodo 2012 – 2017

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	5	0,8%	0,8%	0,8%

Primaria	123	19,8%	19,8%	20,6%
Secundaria	381	61,3%	61,3%	81,8%
Superior	113	18,2%	18,2%	100,0%
Total	622	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta de recolección de datos de tesis: "Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo en las gestantes del Centro de Salud N° 3, Loja"

Autor: John Paul Arias Bermeo

Análisis: el 61,25% de las mujeres embarazas presentan una educación superior, seguidas por las gestantes con una educación primaria que representan el 19,77%, las que presentan un nivel de educación superior con un 18,17%. En esta población objeto de estudio se encontró personas con analfabetismo que representan un 0.80%.

Tabla 5

Tabla 5. Nivel de escolaridad en las gestantes que acudieron al Centro de Salud N° 3, en el periodo 2012 – 2017

	Frecuencia	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
Bajo nivel de escolaridad	128	20,6	20,6	20,6
Alto nivel de escolaridad	494	79,4	79,4	100,0
Total	622	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de recolección de datos de tesis: "Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo en las gestantes del Centro de Salud N° 3, Loja"

Autor: John Paul Arias Bermeo

Análisis: según el nivel de escolaridad el 79,4% de las mujeres presenta un alto nivel de escolaridad, debido a que presentan estudios secundarios como superiores. El 20,5% presento un bajo nivel de escolaridad, debido a que no presentaron estudios o solo completaron los estudios primarios.

Tabla 6

Tabla 6. Métodos anticonceptivos que presentaron falla, en las gestantes que acudieron al Centro de Salud N° 3, Loja, en el periodo 2012 – 2017

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No usaba	539	86,7%	86,7%	86,7%
Barrera	47	7,6%	7,6%	94,2%
DIU	7	1,1%	1,1%	95,3%
Hormonal	23	3,7%	3,7%	99,0%
Natural	6	1,0%	1,0%	100,0%
Total	622	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta de recolección de datos de tesis: "Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo en las gestantes del Centro de Salud N° 3, Loja"

Autor: John Paul Arias Bermeo

Análisis: el presente cuadro nos describe el fracaso del método de anticoncepción, de los cuales los métodos de barrera (preservativo masculino y femenino presentan un mayor porcentaje con el 7,6%, seguido del hormonal con 23 casos representando el 3.7%, la falla de método de anticoncepción de manera natural fracaso en 6 casos, con el 1%, mientras que para el DIU se determinaron 7 fracasos con el 1.1%.

Tabla 7

Tabla 7. Falla del método anticonceptivo en las gestantes que acudieron al Centro de Salud N° 3, Loja, en el periodo 2012 – 2017

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con falla del método anticonceptivo	83	13,3%	13,3%	13,3%
Sin falla del método anticonceptivo	539	86,7%	86,7%	100,0%

Total	622	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de recolección de datos de tesis: "Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo en las gestantes del Centro de Salud N° 3, Loja"

Autor: John Paul Arias Bermeo

Análisis: de acuerdo a los métodos de anticoncepción utilizados por las gestantes, el mayor porcentaje, 86,7% corresponde, a los métodos anticonceptivos que no fallaron, mientras que el porcentaje más bajo el 13,3% corresponde a los métodos anticonceptivos que si fallaron

Estadística inferencial

En el análisis inferencial se aplican métodos para determinar asociaciones entre las variables, responder a la hipótesis planteada y extraer conclusiones a partir de la muestra.

Hipótesis

ALTERNA

El nivel de escolaridad SI se relaciona con la falla en el método anticonceptivo en las gestantes que acuden al centro de salud N° 3.

NULA

El nivel de escolaridad NO se relaciona con la falla en el método anticonceptivo en las gestantes que acuden al centro de salud N° 3

Tabla 8.

Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo en las gestantes del Centro de Salud N° 3, Loja

	Falla del método anticonceptivo	**Total**

			Con falla del método anticonceptivo	Sin falla del método anticonceptivo	
Nivel de escolaridad	Bajo nivel de escolaridad	Recuento	19	109	128
		Recuento esperado	17,1	110,9	128,0
		% del total	3,1%	17,5%	20,6%
	Alto nivel de escolaridad	Recuento	64	430	494
		Recuento esperado	65,9	428,1	494,0
		% del total	10,3%	69,1%	79,4%
Total		Recuento	83	539	622
		Recuento esperado	83,0	539,0	622,0
		% del total	13,3%	86,7%	100,0%

Fuente: Encuesta de recolección de datos de tesis: "Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo en las gestantes del Centro de Salud N° 3, Loja"
Autor: John Paul Arias Bermeo

Análisis: del total de la población, 622 mujeres embarazadas, 83 que representa en 13,3% tuvieron falla en el método anticonceptivo, de las cuales 19 tiene un bajo nivel de escolaridad, seguido de 64 casos que presentan un nivel de escolaridad alto.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,313[a]	1	,576		
Corrección de continuidad[b]	,171	1	,679		

Razón de verosimilitud	,307	1	,580		
Prueba exacta de Fisher				,562	,333
Asociación lineal por lineal	,313	1	,576		
N de casos válidos	622				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Phi	,022	,576
	V de Cramer	,022	,576
N de casos válidos		622	

Estimación de riesgo

		Intervalo de confianza de 95 %	
	Valor	Inferior	Superior
Odds ratio para Nivel de escolaridad (Bajo nivel de escolaridad / Alto nivel de escolaridad)	1,171	,673	2,037
Para cohorte Falla del método anticonceptivo = Con falla del método anticonceptivo	1,146	,713	1,840
Para cohorte Falla del método anticonceptivo = Sin falla del método anticonceptivo	,978	,903	1,060
N de casos válidos	622		

Análisis: las gestantes que presentan un bajo nivel de escolaridad tienen 0,09 veces más probabilidades de presentar falla del método anticonceptivo (OR: 0,978; IC: 95%, 0,903 - 1,060) ; además no existe una significativa diferencia (Chi^2 = 0,313[a] ; p= 0,576); lo que expresa que no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de escolaridad y la falla del método anticonceptivo (con V de Cramer: 0,022) que no indica una correlación rechazándose la hipótesis alterna y aceptándose la hipótesis nula.

Pruebas de chi-cuadrado

Edad		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
14 - 20 años	Chi-cuadrado de Pearson	,054[c]	1	,817		
	Corrección de continuidad[b]	,000	1	1,000		
	Razón de verosimilitud	,053	1	,818		
	Prueba exacta de Fisher				,784	,502
	Asociación lineal por lineal	,053	1	,817		
	N de casos válidos	169				
20 - 29 años	Chi-cuadrado de Pearson	,013[d]	1	,908		
	Corrección de continuidad[b]	,000	1	1,000		
	Razón de verosimilitud	,013	1	,908		
	Prueba exacta de Fisher				1,000	,572
	Asociación lineal por lineal	,013	1	,908		
	N de casos válidos	287				
30 a 39 años	Chi-cuadrado de Pearson	,002[e]	1	,966		
	Corrección de continuidad[b]	,000	1	1,000		
	Razón de verosimilitud	,002	1	,966		
	Prueba exacta de Fisher				1,000	,569

	Asociación lineal por lineal	,002	1	,966		
	N de casos válidos	158				
40 a 49 años	Chi-cuadrado de Pearson	1,600[f]	1	,206		
	Corrección de continuidad[b]	,178	1	,673		
	Razón de verosimilitud	2,267	1	,132		
	Prueba exacta de Fisher				,464	,357
	Asociación lineal por lineal	1,400	1	,237		
	N de casos válidos	8				
Total	Chi-cuadrado de Pearson	,313[a]	1	,576		
	Corrección de continuidad[b]	,171	1	,679		
	Razón de verosimilitud	,307	1	,580		
	Prueba exacta de Fisher				,562	,333
	Asociación lineal por lineal	,313	1	,576		
	N de casos válidos	622				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,59.

d. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,23.

e. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,91.

f. 4 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,75.

Análisis: las gestantes que presentan un bajo nivel de escolaridad tienen 0,09 veces más probabilidades de presentar falla del método anticonceptivo (OR: 0,978; IC: 95%, 0,903 - 1,060); pero existe un mayor riesgo de 0,267 en las gestantes que están en el rango de edad entre 40 – 49 años de edad.

7. Discusión

La anticoncepción forma parte integral en la calidad de vida debido a que ofrece la decisión respecto a cuando comenzar a utilizar un método anticonceptivo, determinar cual es el mejor método anticonceptivo de acuerdo a los propósitos reproductivos de cada paciente, pero que sucede cuando este método de planificación familiar falla, es algo que se tenia imprevisto y su tasa de fracaso son muy bajas, las cuales pueden depender de muchos factor entre los cuales tenemos, la mala utilización de los métodos anticonceptivos la cual puede estar relacionada con el nivel de escolaridad de la paciente, aunque también puede relacionarse con una mala utilización del método anticonceptivo, así como una alteración estructural de los componentes que conforman dicho método. La finalidad de comprender si existe la relación entre la falla del método y el nivel de escolaridad, radica a nivel de nuestro medio, en donde aun existen casos de analfabetismo y además no existen estudios que relacionen estas variables.

La utilización de métodos de planificación familiar fue del 13,3% o 83 casos de la población objeto de estudio, de los cuales los métodos de barrera presentaban un 7,6% de presentar falla, seguido de los anticonceptivos hormonales que representaron un 3,7%, los cuales representan que no existe relación alguna entre la falla del método anticonceptivo y el nivel de escolaridad de las pacientes. Las limitaciones existentes en este estudio, fue el tamaño de la muestra que no es representativa de la situación general de nuestra ciudad, peor aun de nuestra provincia o país.

Algo relevante en este estudio fue que el riesgo de falla del método anticonceptivo en las personas de edad entre 40 - 49 años fue mayor al resto de la población estudiada, por lo cual

se puede determinar que este grupo de edad carecen de información adecuada para el uso de anticonceptivos. Teniendo en cuenta estos aspectos el personal de salud debe utilizar siempre un lenguaje claro y conciso de acuerdo al nivel de comprensión y entendimiento de cada paciente. Aun existen dudas de cómo afecta el nivel de escolaridad en la utilización de cada método anticonceptivo, que requieren apego por parte de la paciente, por lo cual una buena relación médico paciente es esencial para solventar estas dudas.

8. Conclusiones

En el presente trabajo de investigación, realizado con las gestantes que acudieron al Centro de Salud N° 3 de la ciudad de Loja, se determinó que el método anticonceptivo más utilizado por la población objeto de estudio, es el método de barrera, seguido del método hormonal.

La mayoría de mujeres que presentaron falla del método anticonceptivo, se encuentran dentro del grupo de edad de 20 a 29 años, de estado civil casada, con un nivel de instrucción superior y dentro de los métodos anticonceptivos que fracaso mayormente se encuentra el de barrera.

Se identificó que no existe ninguna relación, estadísticamente significativa entre el nivel de escolaridad y la falla del método anticonceptivo; de hecho, las gestantes analfabetas no presentaron falla del método anticonceptivo

9. Recomendaciones

Se recomienda que el Ministerio de Salud Pública realice charlas a la población en edad fértil, sobre la utilización de métodos de barrera (masculino y femenino), que si bien es cierto es el método mas utilizado en esta población, también es el que más falla ha presentado en esta investigación.

El personal de salud de las unidades de primer nivel de atención, deberían realizar mayor énfasis en la asesoría de planificación familiar en la consulta, a todas las mujeres en edad fértil e independientemente de su nivel de escolaridad.

Si bien es cierto no existe relación entre la falla de método anticonceptivo y el nivel de instrucción, se sugiere trabajo interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación, con el objetivo de hacer seguimiento a las personas con analfabetismo ya que son consideras un grupo vulnerable dentro del sistema de salud.

10. Bibliografía

- Moreau C, Trusell J, Rodriguez G. Contraceptive Failure Rates in France. Results from a polupation-base Survey. Human Reprod 2015. pp 2422 – 2427.
- Gori JR, Lorusso A. Planificación Familiar. Ginecología de Gori. Segunda edición. Buenos Aires. 2014. pp 552-576.
- Langer A. El embarazo no deseado. Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2016.
- Cleland J and Ali MM. Reproductive consequences of contraceptive failure in nineteen developing countries. The American College of Obstetricians and Gyneccologists. 2015. pp 314 – 320
- Mosher WD, Martinez GM, Chandra A. Use of contraception and use of family planning service in the United Status. 2002. Advance data from vital and health statistics. 2016. pp 1 – 36
- Edson Cano. Porcentaje de fallo de los métodos anticonceptivos. Anticoncepción. 2018.
- Aller, Juan. Métodos anticonceptivos. Editorial McGrall Hill interamericana, México 2016.
- Hun Sante SM. El embarazo en la adolescencia precoz. Instantáneas. Rev Panam Salud Pública 2014; pp 262
- Mora Cancino, Hernández Valencia. Embarazo en la adolescencia: Cómo ocurre en la sociedad actual. 2015
- Colomer Revuelta, J.; Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. Pediatría Atención Primaria, 2015. pp 261-269.

- Hacker, Neville, Ginecología y Obstetricia, Editorial Manual Moderno, Estados Unidos 2015.
- Monroy, Anameli. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud, editorial Pax, Mèxico, 2016.
- Montero A. Anticoncepción en la adolescencia. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015.
- Ponce F, Mayagüez J. Métodos anticonceptivos. Revista Prevén. 2016.
- Cadena M. Los métodos anticonceptivos. Revista Coursehero. 2017.
- Keit, Edmond, Ginecología y obstetricia de Dewhurst, Editorial McGrall Hill, Mèxico, 2017
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). ENDEMAIN 2012 - Informe Final. 2015.
- Brunner Huber L. And Toth JL. Obesity and oral contraceptive failure: findings from 2012 National Survey of family growth. Am J of Epidemiology 2018.
- Eggleston E. Causas determinantes de embarazos no planeados en el Ecuador. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. 2016.
- Louzano P. Ecuador: Indicadores Educativos en Latino América. UNESCO 2015.
- Ley Orgánica de Educación Intercultural (2011), Registro Oficial Nº 417, segundo suplemento, Quito: Ministerio de Educación.
- Rodrigo Cifuentes B. Ginecología y Obstetricia Basada en Evidencia. Bogotá, 2018.
- J. Joseph Speidel, Cynthia C. Harper, and Wayne C. Shields (septiembre de 2018). «The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy». Contraception.

- Kott A. “Rates of Unintended Pregnancy Remain High In Developing Regions”. International perspectives on sexual and reproductive health. Marzo 2015.
- Bitzer J, Gemzell-Danielsson K, Roumen F, Marintcheva-Petrova M et al. ‘The CHOICE study: effect of counseling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries’ Eur J Contracept Reprod Health Care. 2015.
- Rocca CH, Hubbard AE, Johnson-Hanks J, et al. Predictive Ability and Stability of Adolescents’ Pregnancy Intentions in a Predominantly Latino Community. Stud Fam Plann 2015; 41(3): 179–192.
- Bitzer J and Simon JA. Current issues and available options in combined hormonal contraception. Contraception 2014; 84: 342–356.
- Mansour D, Gemzell-Danielsson K, Inki P, et al. Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature. Contraception 2015; 84: 465–477.
- Lopez LM , Steiner MJ , Grimes DA, et al. Strategies for communicating contraceptive effectiveness. Cochrane Database Syst Rev. 2014
- Barrett G, Smith S and Wellings K. Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. J Epidemiol Community Health 2014

11. Anexos

Anexo No1

Aprobación de tema

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0068 CCM-FSH-UNL

PARA: Sr. John Paúl Arias Bermeo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 01 marzo de 2019

ASUNTO: **AUTORIZAR MODIFICACION TEMA DE PROYECTO DE TESIS**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, **"RELACIÓN DE LA FALLA DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y EL NIVEL DE ESCOLARIDAD, EN LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD Nº 3 LOJA, 20122 - 2017",** de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la **Dr. Cesar Juca,** Docente de la Carrera y en calidad de Director de tesis, con fecha 26 de febrero de 2019, donde propone el cambio de tema de proyecto de investigación por **"RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ESCOLARIDAD Y FALLA DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD Nº 3 LOJA"**; en vista de lo solicitado, esta Dirección procede **autorizar modificación del tema de tesis,** por lo tanto, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaria Abogada, Dr. Cesar Juca
NOT

Anexo No2

Informe de pertinencia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro. 679 CCM-ASH-UNL

PARA: Sr. John Paul Arias Bermeo.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dr. Tito Carrión Dávila.
DIRECTOR (E) DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 13 de Agosto de 2018

ASUNTO: **INFORME DE PERTINENCIA**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, **"RELACIÓN DE LA FALLA DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y EL NIVEL DE ESCOLARIDAD EN LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD NRO. 3, LOJA",** de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el **Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda,** Docente de la Carrera, luego de haber revisado me permito emitir el siguiente criterio: **ES PERTINENTE**, por lo tanto, pueda continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

Dr. Tito Carrión Dávila.
DIRECTOR (E)

C.c.- Archivo

Tnoe.

Anexo No3

Asignación de director de tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SALUD HUMANA
DIRECCIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.959 CCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Cesar Juca
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 28 de noviembre de 2018

ASUNTO: **Cambio de Director de Tesis**

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema, "**RELACIÓN DE LA FALLA DEL MÉ´TODO ANTICONCEPTIVO Y EL NIVEL DE ESCOLARIDAD, EN LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD Nº 3 LOJA, 2012 - 2017**", autoría de la **Sr. John Paúl Arias Bermeo**; debido a que el Dr. Álvaro Quinche no cuenta con la suficiente carga horaria de AD8 en el presente periodo académico.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Universidad Nacional de Loja
Coordinación Carrera de Medicina

Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaria Abogada
NOT

Recibido: 05-12-2018
Dr. César Juca Aulestia
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
REG. SENESCYT 1009-201-1005008
C.I. 1103563944

Anexo No4

Oficio de recolección de datos

Loja, 29 de abril del 2019

Por medio del presente, autorizo la recolección de datos a: **John Paul Arias Bermeo,** portador de la cédula de identidad **N⁰ 1104768070**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, en donde pudo acceder a las historias clínicas de las pacientes embarazadas que fueron atendidas en el periodo enero del 2012 a enero del 2017, información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación **"Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo en las gestantes del Centro de Salud No 3 Loja",** trabajo que lo realizara bajo la supervición del Dr. Cesar Juca.

Dr. Álvaro Manuel Quinche
Centro de Salud No 3
Medicina Familiar
1103825...

AREA DE SALUD N° 3
CENTRO DE SALUD N° 3
Loja - Ecuador

Atentamente:

Dr. Miguel Morocho Araujo

DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD N°3

Anexo No5

Certificado de traducción

Wall Street English

Loja – Ecuador
WSE-LOJA-24-07-2020
24 de Julio de 2020

CERTIFICADO

A quien interese

*Por medio del presente **Wall Street English***

CERTIFICA:

*Que, la presente traducción español – inglés se realiza en base al apartado RESUMEN del tema de tesis: **"RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ESCOLARIDAD Y FALLA DEL MÉTODO ANTOCONCEPTIVO EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD N°3 LOJA"***

Autor: John Paul Arias Bermeo
Cédula Nro. 1104768070
Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina

El mencionado estudiante puede hacer uso del presente para los fines legales y personales que estime conveniente.

Atentamente,

Psic. Toa Forootan
SERVICE MANAGER

Ing. Evelyn Alvarez
CENTER DIRECTOR

Wall Street English
SERVICE MANAGER

Wall Street English
CENTRE DIRECTOR

ALVAREZ-GROUP Cia. Ltda.
RUC: 1191768759001

Anexo No6

MATRIZ DE RECOPILACION DE DATOS

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

TEMA:

CODIGO:____H.C.__FECHA:____

CARACTERÍSTICAS GENERALES	
EDAD	Años
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Superior
	Secundaria
	Primaria
	Ninguna
ETNIA	Blanco
	Indigena
	Mestizo
	Otras
ESTADO CIVIL	Casada
	Soltera
	Unión Libre
	Otros
MÉTODO ANTICONCEPTIVO	
Falla de método anticonceptivo	SI
	NO
Tipo de método Anticonceptivo	Barrera
	Hormonales
	Emergencia
	DIU
	Natural

Anexo No7

Formulario A 051

HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL - MSP

DATOS GENERALES

NOMBRES: APELLIDOS:

Residencia habitual de la madre: (División Política Administrativa)
Provincia:
Cantón:
Parroquia:
Dirección Domicilio:

C.C. / H.CU.
TELEF.:
Nacionalidad: Ecuatoriana ☐ Extranjera ☐ Cuál?
FECHA DE NACIMIENTO: día / mes / año
EDAD (años): < de 15 / > de 35
AUTOIDENTIFICACIÓN: Indígena / Afroecuatoriana/ afrodescendiente / Negra / Mulata / Montubia / Mestiza / Blanca / Otra
SABE LEER Y ESCRIBIR: NO / SI
ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN: Edu. Básica Jóvenes y Adultos / Inicial / Edu. básica (Preparatoria) / Edu. básica (elem. y media.) / Edu. básica (superior) / Bachillerato / Superior: Técnico superior, 3er. nivel de grado, 4to. nivel pos-grado — último año aprobado — Ninguna — Se ignora
ESTADO CIVIL: Unión de hecho / Soltera / Casada / Divorciada / Viuda / Se ignora — Vive sola: no / si
ESTABLECIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL
ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO

ANTECEDENTES

FAMILIARES (no / si): TBC, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia, Eclampsia, Otra cond. médica grave
PERSONALES (no / si): I, II G, Cirugía Genito-Urinaria, Infertilidad, Cardiopatía, Nefropatía, Violencia, VIH
Cuál?

OBSTÉTRICOS: gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos, viven
3 espont. consecutivos, partos, cesáreas, nacidos muertos, muertos 1ra. sem., después 1ra. sem., emb. molar, emb. ectópico
ÚLTIMO EMBARAZO: n/a, < 2500g, normal, > 4000g
Embarazos Múltiples: no / si
FIN EMBARAZO ANTERIOR: día / mes / año — menos de 1 año — n/a
EMBARAZO PLANIFICADO: no / si
FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO: Barrera, DIU, Hormonales, Natural, Quirúrgico, No usaba

GESTACIÓN ACTUAL

PESO INICIAL (Kg.) — TALLA (cm.)
FUM: día / mes / año
FPP: día / mes / año
EG CONFIABLE por: FUM — Eco <20 s. — no / si
ECOGRAFÍA 11-13 semanas: no / si
FUMA ACT. (no / si): 1er trim., 2do trim., 3er trim.
FUMA PAS. (no / si): 1er trim., 2do trim., 3er trim.
DROGAS (no / si): 1er trim., 2do trim., 3er trim.
ALCOHOL (no / si): 1er trim., 2do trim., 3er trim.
VIOLENCIA (no / si): 1er trim., 2do trim., 3er trim.
ANTIRUBEOLA: previa — no sabe — embarazo — no
ANTITETÁNICA: vigente no / si — DOSIS 1ra 2da — Mes gestación
EX. NORMAL: MAMAS no / si — ODONT. no / si

CERVIX: normal anormal — no se hizo
Insp. visual / PAP / COLP
GRUPO — Rh (− +) — no / si — Inmuniz.
TOXOPLASMOSIS (− +) — no se hizo — no aplica
VIH-Diag. tratamiento: <20 sem. solicitada (si / no / n/c) — Prueba result. (+ / − / n/d / n/c)
TARV. en emb. (si / no / n/c)
≥ 20 sem. solicitada (si / no / n/c) — Prueba result. (+ / − / n/d / n/c)
TARV. en emb. (si / no / n/c)
Hb <20 sem. — <11.0g/dl
Fe/FOLATOS indicados (no / si): Fe, Folatos
Hb ≥ 20 sem. — <11.0 g/dl
SÍFILIS - Diagnóstico y tratamiento: Prueba (No treponémica, Treponémica) — Tratamiento — Tto. de la pareja (no / si / s/d / n/c)
<20 sem. — ≥20 sem. — seguimiento — seguimiento — seguimiento

CHAGAS (− +) — no se hizo — no aplica
PALUDISMO/ MALARIA (− +) — no se hizo — no aplica
BACTERIURIA: sem — normal — anormal — no se hizo — < 20 — ≥ 20
GLUCEMIA EN AYUNAS: ≥ 92 mg/dl — <20 sem — >30 sem
PREVENCIÓN PREECLAMPSIA: Calcio >12 sem (no / si), Ácido Acetil Salicílico >12 sem (no / si), n/c
ESTREPTOCOCO B 35-37 semanas: − + no se hizo
EDUCACIÓN PRENATAL-Sesiones: 1 2 3 4 5 6
PLAN DE PARTO Y EMERGENCIA: no / si
CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA: no / si

CONTROLES PRENATALES

día / mes / año	Edad gest.	Peso	Ganancia adecuada peso	TA	FC	FR	T°C	Sat.	Proteinuria	Est. conc.	Altura uterina	Presentación	FCF (lpm)	Movim. fetales	Sangrado vaginal	Exámenes, tratamientos, SCORE MAMÁ	Iniciales Técnico	Próxima cita día / mes / año
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			

PARTO ● ABORTO ●

FECHA DE INGRESO: día / mes / año
CARNÉ no / si
CONSULTAS PRENATALES: total
HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO: no / si — días
CORTICOIDES ANTENATALES: completo, incompl., ninguna, n/a — semana inicio
UTEROINHIBIDORES: si, no, n/a — semana inicio
INICIO: espontáneo, inducido, cesárea
RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no, si — día / mes / año — <37 sem, ≥18 hs. — hora / min — temp≥38ºC
EG AL PARTO / ABORTO: semanas / días — por FUM — por Eco.
PRESENTACIÓN SITUACIÓN: cefálica, pelviana, transversa

PESO PRODUCTO (aborto): g — n/a
TAMAÑO FETAL ACORDE EG: no / si
ACOMPAÑANTE: Pareja, Familiar, Partera/o, Otro, Ninguno — TDP, P
PRÁCTICAS INTERCULTURALES: Vestimenta, Entrega placenta, Ingesta líquidos, Otras — si / no — Cuál?
POSICIÓN PARTO: arrodillada, de pie, cuclillas, sentada, acostada de lado, litotómica
NACIMIENTO — Establecimiento de salud, casa, otro
VIVO — día / mes / año — hora / min
MUERTO — Parto, Anteparto, Se ignora
MÚLTIPLE: no / si — orden
TERMINACIÓN: espont., cesárea, fórceps, vacuum, otra
INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO — INDUC. / OPER. — CIE 10
EPISIOTOMÍA: si / no
DESGARROS: no — Grado (1 a 4)
MANEJO ACTIVO: no / si

PLACENTA: no / si — completa, retenida
LIGADURA CORDÓN AL CESAR PULSACIONES: no / si
RECIBIÓ: Inducto conducción, Oxitócicos en TDP, Antibiot., Analgesia, Anest. local, Anest. región, Anest gral., Trasfusión, Sulfato de Mg. (preeclam., eclam.) — no / si
Medicación no / si — Cuál?

POSTPARTO

día	hora	T°C	TA	FR	pulso	Sat.	est. conc.	invol. uter.	loquios	SCORE MAMÁ

Inmunoglobulina anti Rh D no / si / n/c

MORBILIDAD

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS (no / si): Eclampsia, Hellp, Transitoria, Previa con proteinuria sobreagregada, Previa, Preeclampsia
INFECCIONES (no / si): SIRS, Sepsis, Endometritis, Infección ovular, Infección genital, Bacteriuria asintomática, Pielonefritis, Neumonía, Mastitis, Gonorrea, Parasitosis, Infección herida cesárea, Infección episorrafia, Otra infección
HEMORRAGIA — 1 TRIM. no / si — 2 TRIM. no / si — 3 TRIM. no / si: Post aborto, Mola hidatiforme, Embarazo ectópico, Placenta previa, Acretismo placentario, DPPNI, Rotura uterina, Hemorragia postparto, Atonía uterina, Desgarros, Restos, Defecto de coagulación

TRASTORNOS METABÓLICOS no / si
DIABETES MELLITUS no / si: Tolerancia oral a la glucosa anormal, D.M. insulino dependiente previa, D.M. no insulino dependiente previa, D.M. gestacional
TRASTORNOS TIROIDEOS no / si: Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Crisis tiroidea, Otro trastorno metabólico
OTROS TRASTORNOS no / si: Hiperemesis gravídica, Trombosis venosa prof., Tromboembilismo pulm., Embolia L.A., Cardiopatía, Valvulopatía, Convulsiones, Oliguria, Anemia ferropriva, Anemia falciforme, Enfermedad renal, Neoplasia maligna, Trastorno siquiátrico, Alteración del estado de conciencia

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS no / si: Parto obstruido, Rotura prolongada de memb., Oligoamnios, Polihidramnio, Sufrimiento fetal agudo, Restricción de crecimiento intrauterino
Otros no / si

INTERVENCIONES

Alumbramiento manual, Uterotónicos para tto. hemorragia — si / no / s/d
Vía venosa central, Administración de hemoderivados — si / no / s/d — Nro. de vol.
Laparotomía (excluye cesárea), Ingreso a UCI< 7 días, Uso de ATB IV para tto. de complicación infecciosa — si / no / s/d — días
Cuál/es
Procedimientos para detener/contener la hemorragia: Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas / hipogástricas, Embolizaciones, Traje antishock no neumático, Balones hidrostáticos — si / no / s/d

MSP/DNEAIS/DNCSS/form.051/mayo/2016 — ADAPTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE CLAP -OPS/OMS — ● Este color significa **ALERTA**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TITULO DEL TRABAJO:

Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo en las gestantes del Centro de Salud Nº 3, Loja

Proyecto de Tesis

Autor:

John Paul Arias Bermeo

Loja-Ecuador

2018

1 TEMA

Relación entre nivel de escolaridad y falla del método anticonceptivo, en las gestantes del Centro de Salud No 3, Loja

2 PROBLEMATIZACION

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos mecanismo utilizados voluntariamente y en nuestro medio la utilización de anticonceptivos, es más predominante en las mujeres, con el fin de evitar la concepción. Los métodos anticonceptivos varían según el momento de uso, aplicación, forma, eficacia y mecanismo de acción. (Aller, 2015)

En los últimos años se ha observado una disminución progresiva en el inicio de la actividad sexual, al mismo un incremento importante de adolescentes embarazadas, incrementando un riesgo para la salud física, mental y social, además de que no se tiene la capacidad económica para afrontar la situación. Así mismo, la inmadurez biológica es igualmente un riesgo para el producto de la concepción. (Sante, 2016)

Existe un incremento en el índice de embarazos no deseados, especialmente debido al inicio de las relaciones sexuales a más temprana edad, pero también debido a un uso incorrecto de los métodos anticonceptivos. En general, la información disponible sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes muestra que existen mayores tasas de fracaso, menores tasas de continuidad y un menor cumplimiento en comparación con los adultos. (Monroy, 2014)

Un estudio realizado en España muestra las consecuencias de la falta de conocimiento que prevalece en la educación sexual de los adolescentes se aprecia también que entre un 15% y un 33% tuvieron relaciones sexuales y no usaron algún anticonceptivo la primera vez, porcentaje que se duplica en los que no han recibido educación sexual; el coito interrumpido continúa siendo el segundo método anticonceptivo más utilizado. Se estima que cada año dan a luz un millón de chicas de 10-14 años y 16 millones entre 15 y 19 años en el mundo. La mayoría de estos embarazos se producen en países en desarrollo, pero el embarazo en la

adolescente también sigue constituyendo un importante problema de salud pública en los países desarrollados. (Colomer, 2015)

Otro estudio realizado en Costa Rica detecto que los conocimientos de métodos anticonceptivos son deficientes independientemente de la edad y la escolaridad, lo cual requiere planeación, desarrollo y evaluación de la estrategia de aprendizaje colectivo y cooperativo mediante talleres o charlas, que estén encaminadas especialmente a la población más vulnerable, como son los adolescentes, tratando de evitar los embarazos no deseados. (Posada. M, 2015)

Referente al conocimiento del uso de los métodos anticonceptivos, ya sea tanto en hombres como en mujeres, la mayoría de la población desconoce la gran variedad de métodos disponibles, en algunos casos desconoce la manera en como funcionan estos métodos, así como también los efectos secundarios de algunos de estos métodos anticonceptivos. Sumándose el desconocimiento acerca del funcionamiento del cuerpo humano y en particular de los órganos sexuales, el uso de los métodos anticonceptivos se ha convertido en un problema debido a su mala utilización, a el abuso de los mismo, provocando graves complicaciones a la salud. (Hacker, 2014)

La alta prevalencia de falla de los métodos anticonceptivos, producen una situación con gran impacto tanto social y sanitario, esto llevó a plantearme si existe una relación entre el nivel de escolaridad y el fracaso de los métodos de planificación familiar, como problema de investigación responder a la siguiente interrogante:

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre el nivel de escolaridad y la falla del método anticonceptivo, en las gestantes que acuden al Centro de Salud N₀ 3, de la ciudad de Loja en el periodo 2012 - 2017?

3 JUSTIFICACIÓN

La utilización de los métodos anticonceptivos, en los diferentes grupos de edad e indistintamente si son utilizados por el hombre, la mujeres o la pareja, su objetivo es evitar la concepción, pero su utilización y determinación a ver cual es el mejor método anticonceptivo, va a depender de diferentes factores, especialmente dependerá de la adhesión a ese método anticonceptivo, a el nivel socio económico y la presencia de factores que condicionarían su uso (presión alta, hábito de fumar, enfermedades cardiovasculares, etc). (Hacker, 2014)

Anticoncepción se entiende como la prestación de un servicio de prestación integral, ante la solicitud espontanea de anticoncepción ya sea por la mujer o por el hombre, o pareja, con vida sexual activa, permanente o esporádica o en riesgo de iniciarla. Las relaciones si no son protegidas pueden traer consecuencias graves para la salud física, mental y social como un embarazo no deseado o infecciones de transmisión sexual. (Monroy, 2014)

Respecto a los principales fundamentos para la utilización y abandono de anticoncepción, encontramos que en un estudio con 201 adolescentes embarazadas las principales razones de no uso fueron: no pensó en riesgo de embarazo (37%); por deseo de embarazo (22,8%); por falta de conocimientos en anticoncepción (15,3%); por “razones morales, como no está bien usarlos” (9,9%); porque la pareja se opuso (5%); por coito ocasional (5%); por temor a posibles daños especialmente vinculados con la fertilidad (3,5%) y por no saber dónde acudir (1,5%). Todos estos factores están determinados por la falta de conocimiento y por el desinterés de buscar información acerca de los métodos anticonceptivos. (Montero, 2015)

La siguiente investigación trata de buscar la relación entre la falla de los métodos anticonceptivos y determinar si su falla está relacionada con el nivel de escolaridad, teniendo como consecuencia la presencia de embarazos no deseados.

La importancia y relevancia del presente trabajo investigativo radica esencialmente en que documenta aspectos muy poco estudiados y valorados en nuestra realidad ya que ni en el Ecuador ni en Loja existen estudios ni datos epidemiológicos de la prevalencia de la falla de los métodos anticonceptivos y su relación con el nivel de escolaridad, así la intención de este estudio es estimar su frecuencia en nuestra localidad, y conocer su impacto como problema de salud pública en nuestra comunidad, por lo que revisando la literatura observamos que se ha obviado el estudio de las diversas problemáticas que este grupo vulnerable presenta, tanto de morbilidad como de otras problemáticas acopladas a estas actividades habituales, por lo que se carece de estudios serios y basados en la realidad propia y así desconociendo el impacto que en la sociedad ocasionan estas alteraciones independiente de su origen, ocasionando no solo en el paciente, sino en la familia un estado de desestabilidad emocional, física y psicológica. Desde un punto de vista práctico, los resultados de la presente investigación pueden servir de línea de base para establecer estrategias de control, manejo y rehabilitación si fuese el caso. Además, es de vital importancia conocer sobre los factores asociados más frecuentes, para que establezca medidas preventivas contra dicho factor, es así que basándonos en este contexto determinamos como trascendental la presente investigación, justificando de esta manera su realización.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

- Determinar la asociación entre la falla del método anticonceptivo con el nivel de escolaridad, en las mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud N°3 de Loja, durante el periodo 2012 - 2017.

4.2 Objetivos específicos

- Determinar cuáles son los métodos anticonceptivos utilizados frecuentemente por la población objeto de estudio y su prevalencia puntual.
- Caracterizar la población de mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud N°3 de Loja en el periodo 2012-2017.
- Identificar la relación entre la falla de método anticonceptivo y el nivel de escolaridad en la población objeto de estudio

5 ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

1. **Métodos anticonceptivos.**
    - 1.1 Definición de método anticonceptivo.
    - 1.2 Elección de un método anticonceptivo.
    - 1.3 Características de los anticonceptivos.
    - 1.4 Tipos de métodos anticonceptivos.
    - 1.5 Métodos anticonceptivos más utilizados.
    - 1.6 Falla de los métodos anticonceptivos.
2. **Escolaridad.**
    - 2.1 Definición.
    - 2.2 Niveles de escolaridad.
3. **Embazo**
    - 3.1 Definición
    - 3.2 Embarazo deseado
    - 3.3 Embarazo no deseado
4. **Relación entre la escolaridad y la falla de los métodos anticonceptivos y la presencia de embarazos no deseados.**

6 MARCO TEÓRICO

Metodos anticonceptivos

1.1Definición

Son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas. (Ponce, 2016)

1.2 Elección de un método anticonceptivo.

Cada persona debe elegir su método anticonceptivo de acuerdo a su propia situación de vida (estilo de vida, vida sexual, número de hijos que desea tener, número de parejas, valores, situación socioeconómica, etc.); las características del método anticonceptivo que sean aceptables para ella y las condiciones de salud que se puedan ver afectadas por el uso del método (presión alta, hábito de fumar, enfermedades cardiovasculares, infecciones del tracto reproductivo, etc.). (Ponce, 2016)

1.3 Características de los anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos tienen diferentes características en las que hay que fijarse cuando se elija uno de ellos. Esto es necesario para que el método permita alcanzar las metas reproductivas en forma efectiva y segura para la salud y de acuerdo a la situación de vida. (Cadena, 2017)

- Eficacia:

Representa el riesgo de que una mujer se embarace aunque ella o su pareja estén usando un método anticonceptivo. La eficacia es mayor cuando el método se usa en forma perfecta y menor durante el uso típico, ya que algunas personas usan los métodos en forma incorrecta.

Por eso es importante averiguar cómo se usa correctamente el método que se ha elegido y que su uso sea constante. (Cadena, 2017)

- Seguridad:

Algunas mujeres presentan condiciones de salud que restringen el uso de algunos métodos como lo establecen los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud. En general, las y los jóvenes no tienen problemas de salud que las/los pongan en riesgo si usan un anticonceptivo. Algunos anticonceptivos tienen efectos benéficos para la salud de quienes los usan: el uso de condones permite prevenir infecciones transmisibles por vía sexual, incluyendo la infección por VIH/SIDA, las pastillas anticonceptivas combinadas disminuyen los síntomas premenstruales y la anemia y otorgan protección contra ciertos cánceres del aparato reproductor. (Cadena, 2017)

- Aceptabilidad:

Las características de cada método anticonceptivo, pueden afectar de distinta manera a diferentes personas. Lo que para algunas personas puede ser una ventaja, para otras puede ser una desventaja. Cada persona debe poder elegir el más adecuado a sus necesidades. (Cadena, 2017)

- Facilidad de uso:

Cuando el uso del método es fácil, es más probable poder utilizarlo en forma correcta. Por eso se debe exigir información clara e indicaciones precisas sobre la forma de uso. (Cadena, 2017)

- Disponibilidad:

Los métodos anticonceptivos están disponibles gratuitamente en los consultorios de los servicios de salud, y con distintos precios en las farmacias y en las consultas privadas de los

médicos y matronas. Hay que pensar cuál alternativa conviene más según los recursos económicos y el tipo de atención que se quiere. (Cadena, 2017)

- Reversibilidad:

La recuperación de la fertilidad o sea la capacidad de poder embarazarse después de la suspensión del método es un elemento esencial para las y los jóvenes quienes desean postergar el primer embarazo. (Cadena, 2017)

- Costo:

El costo de los anticonceptivos es importante para la gente joven que suele tener recursos económicos limitados. En los servicios de salud se entregan en forma gratuita. Pero también hay diferencias entre las marcas. Por ejemplo, el costo de las píldoras anticonceptivas varía hasta en 10 veces y, para la mayoría de las mujeres, las mejores son las más baratas (las que contienen estradiol y levonorgestrel). (Cadena, 2017)

1.4 Tipos de métodos anticonceptivos.

Según (Keit, Ginecología y Obstetricia de Dewhurst, 2009) **"**los diferentes métodos anticonceptivos varían según su eficacia y su mecanismo y de acción y de entre ellos tenemos."

- **MÉTODOS DE BARRERA**

Eficacia media-alta.

Protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

No requieren control sanitario.

- PRESERVATIVO MASCULINO O CONDÓN:

Es una funda de látex o de otro derivado plástico que se coloca sobre el pene en erección desde antes de la penetración. Impide el paso de los espermatozoides. Es de un solo uso, y por tanto no debe ser reutilizado. Protege de las ITS.

- PRESERVATIVO FEMENINO:

Es una funda, similar al preservativo masculino pero de mayor tamaño, que se coloca recubriendo las paredes de la vagina y la vulva para impedir el paso de los espermatozoides al interior del útero. Es de un solo uso, y por tanto no debe ser reutilizado. Protege de las ITS.

- DIAFRAGMA:

Es una caperuza que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo completamente el cuello del útero. Impide el paso de los espermatozoides al interior del útero. Es reutilizable.

- CAPUCHON CERVICAL:

Es una versión más evolucionada del diafragma, recubre el cuello uterino y es de un solo uso por lo que no debe ser reutilizado. Tanto el diafragma como el capuchón cervical deben usarse con espermicidas. Protegen parcialmente de las ITS.

- **MÉTODOS HORMONALES**

Eficacia alta-muy alta.

No protegen de las ITS.

Requieren control sanitario.

- PÍLDORA COMBINADA:

Existen diferentes tipos, que varían según las dosis, la combinación de las hormonas que contienen y la forma de presentación. Se toma a la misma hora, diariamente durante 21 o 28 días e impide la ovulación.

- PÍLDORA DE GESTÁGENO:

Contiene solamente un tipo de hormona. Se toma todos los días a la misma hora, sin descanso.

- ANILLO VAGINAL:

Es un aro que se introduce en la vagina, como un tampón. Contiene hormonas similares a las de la píldora combinada que se van liberando y son absorbidas por la mucosa vaginal. Se usa tres semanas y la cuarta se descansa.

- PARCHE CUTÁNEO:

Es un parche pequeño que se coloca sobre la piel, que absorbe las hormonas que va liberando. Se usa uno por semana, durante tres semanas y la cuarta se descansa. Debe colocarse en una zona del cuerpo sin cremas para que no se despegue y nunca en la mamas.

- ANTICONCEPTIVO HORMONAL INYECTABLE:

Es de administración trimestral y contiene una única hormona.

- IMPLANTE SUBDÉRMICO:

Son una o dos varillas que liberan una hormona. Se coloca en el antebrazo mediante una mínima incisión indolora y tiene una duración de 3 o 5 años.

- DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) Eficacia muy alta (DIU hormonal)

Eficacia alta (DIU cobre). No protege de las ITS. Requiere control sanitario. El DIU es un objeto pequeño formado por plástico generalmente en forma de T; unos llevan cobre y otros un pequeño depósito hormonal. Se coloca dentro del útero. Actúa de distintas formas dificultando la progresión de los espermatozoides. La duración eficaz del DIU hormonal es de cinco años. La duración eficaz del DIU de cobre en las mujeres jóvenes es de al menos 5 años y en las mayores de 40 es eficaz hasta la menopausia.

- BLOQUEO DE TROMPAS Y VASECTOMÍA

Métodos definitivos. Eficacia muy alta. No protegen de las ITS. Consisten en cerrar el lugar de paso de los óvulos (ligadura o bloqueo de trompas en la mujer) y de los espermatozoides (vasectomía en el hombre). Son métodos permanentes. El bloqueo de las trompas puede hacerse mediante intervención quirúrgica o a través de la vagina y el útero.

- DOBLE MÉTODO o DOBLE PROTECCIÓN

Eficacia muy alta. Protege de las ITS. Consiste en la utilización de preservativo por el hombre y de un método de alta eficacia por la mujer. Así se consigue una eficacia muy elevada asociada a la protección de las ITS.

1.5 Métodos anticonceptivos más utilizados.

Las cifras de la encuesta Endemain en Ecuador revelan que 73 de cada 100 mujeres ecuatorianas que viven algún tipo de unión afectiva y/o sexual y tienen entre 15 y 49 años usa algún método anticonceptivo. Sin embargo, hay diferencias entre los fármacos o dispositivos utilizados; el 58,7% emplea métodos considerados modernos y el 14% prefiere los métodos tradicionales, como el conocido “ritmo”. ((CEPAR), ENDEMAIN 2004 - Informe Final, Part 2, 2015)

Los anticonceptivos preferidos son el implante subdérmico con 38.8 %, inyectables con 19.4 %, y la esterilización femenina con 18.1 % respectivamente. ((CEPAR), ENDEMAIN 2004 - Informe Final, Part 2, 2015)

El uso de la pastilla del día después se ha incrementado en los últimos años en Ecuador, según las cifras del Ministerio de Salud de Ecuador. La entidad es la principal fuente de obtención de anticonceptivos modernos, como la píldora, con 48 %. La misma es otorgada gratuitamente en los distintos Centros de Salud. ((CEPAR), ENDEMAIN 2004 - Informe Final, Part 2, 2015)

La planificación familiar es otra de las alternativas que los organismos de salud del país manejan. La también denominada contracepción o control de la natalidad, es un término indicativo de las prácticas de una pareja que tengan como fin el control de la cantidad de hijos. Esta alternativa se basa en dos opciones que consisten en ayudar a unas parejas que no pueden reproducirse, para lograr el embarazo. Y la otra es ayudar a la parejas a evitar o espaciar los embarazos según la percepción que tengan de la familia que razonada y libremente desean tener. Para llevar a cabo la planificación familiar se pueden utilizar tanto métodos naturales o métodos de regulación de la fertilidad, como métodos anticonceptivos. ((CEPAR), ENDEMAIN 2004 - Informe Final, Part 2, 2015)

1.6 Falla del método anticonceptivo

Algunas de las causas más frecuentes de fracaso de los métodos anticonceptivos son: la dificultad que expetimentan las mujeres, cuando utilizan métodos que requieren adhesión, tales como tomar diariamente un pastilla, o el uso de condón en cada acto sexual; falta de aceptación del método por conflictos maritales en lo que respecta, a creencias religiosa, costumbres, sexualidad, etc; si nos referimos a los anticonceptivos hormonales puede influir en su eficacia el indice de masa corporal de la usuaria y alteraciones en la absorción (Toth, Obesity and oral contraceptive failure: findings from 2002. National Survey of family growth. Am J of Epidemiology., 2015)

Los métodos anticonceptivos no tienen una efectividad completa. En muchas ocasiones, una mala utilización por parte del usuario puede provocar que el método elegido falle. (Toth, Obesity and oral contraceptive failure: findings from 2002. National Survey of family growth. Am J of Epidemiology., 2015)

Según (Eggleston, Causas determinantes de embarazos no planeados en el Ecuador. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar., 2015) Los errores más comunes a la hora de utilizar los métodos anticonceptivos son:

- Rotura del preservativo
- Expulsión del DIU
- No tomar la píldora anticonceptiva oral en tres o más ocasiones consecutivas
- Mala colocación del parche transdérmico
- Rotura o desplazamiento del diafragma
- Fallo del coito interrumpido
- La película espermicida no se ha derretido antes de la relación sexual
- Retraso de más de dos semanas de la inyección anticonceptiva de progestágeno.
- Retraso de más de siete días en la administración de la inyección combinada de estrógenos y progestágenos

- **Escolaridad.**

- **2.1 Definición.**
- Promedio de grados que la población, en un grupo de edad, ha aprobado dentro del sistema educativo. (Louzano, Indicadores Educativos, 2015)
-
- **2.2 Niveles de escolaridad.**
- La educación en Ecuador está reglamentada por el Ministerio de Educación, dividida en educación pública o fiscal, fiscomisional, municipal, y privada o particular; laica o religiosa; hispana o bilingüe intercultural. La educación pública es laica en todos sus niveles, obligatoria y gratuita hasta el bachillerato o su equivalente. La responsabilidad de educación de los niños/as desde su nacimiento hasta los tres años de edad recae principalmente en la

familia, aunque ésta puede decidir optar por diversas modalidades certificadas. (Louzano, Indicadores Educativos, 2015)

- La educación inicial está articulada con la Educación General Básica con lo que se pretende lograr una adecuada transición entre ambos niveles y etapas de desarrollo humano. La educación inicial es corresponsabilidad de la familia, la comunidad y el Estado. (Educación, 2011)
- La Educación General Básica (E.G.B) tiene como fin desarrollar las capacidades, habilidades, destrezas y competencias de los niños/as y adolescentes desde los 5 años de edad en adelante hasta continuar los estudios de Bachillerato. Está compuesta por diez años de atención obligatoria en los que se quiere reforzar, ampliar y profundizar las capacidades y competencias adquiridas en la etapa anterior, y se introducen las disciplinas básicas. (Educación, 2011)
- El nivel de Educación General Básica se divide en 4 subniveles:
- Preparatoria (Nivel 1), que corresponde a 1.er grado de E.G.B. y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 5 años de edad.
- Básica Elemental (Nivel 2), que corresponde a 2º., 3º. y 4º. grados de E.G.B. y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 6 a 8 años de edad.
- Básica Media (Nivel 3), que corresponde a 5º., 6º. y 7º. grados de E.G.B. y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 9 a 11 años de edad.
- Básica Superior (Nivel 4)¸ que corresponde a 8º., 9º. y 10º. grados de E.G.B. y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 12 a 14 años de edad. (Louzano, Indicadores Educativos, 2015)
- Aunque las edades estipuladas son las sugeridas para la educación en cada nivel, no se puede negar el acceso del estudiante a un grado o curso por su edad. En casos como la

repetición de un curso escolar, necesidades educativas especiales, jóvenes y adultos con educación inconclusa se debe aceptar independientemente de su edad, a los estudiantes en el grado o curso que corresponda según los cursos que haya aprobado y su nivel de aprendizaje. (Louzano, Indicadores Educativos, 2015)

Embarazo

3.1 Definición

Se conoce como embarazo o gravidez al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos. Con una duración de entre 37 – 42 semanas. (Cifuentes, Ginecología y Obstetricia Basada en Evidencia., 2015)

3.2 Embarazo deseado

Embarazo que se produce con el deseo, la intención y la planificación previa, tomando en cuenta todas los factores que condiciones y garanticen la presencia de un embarazo sin complicaciones. (Cifuentes, Ginecología y Obstetricia Basada en Evidencia., 2015)

3.3 Embarazo no deseado

El embarazo no deseado (también denominado embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, no intencional, inesperado, imprevisto o inoportuno) es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la inefectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.

(Speidel J., The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy., 2015)

Ante un embarazo no deseado y atendiendo a los principios de salud reproductiva de la OMS, la mujer puede continuar con la gestación y llevar a término el embarazo o, si la legislación vigente del país o territorio lo contempla, practicar una interrupción voluntaria del embarazo o aborto inducido, ya sea mediante un aborto con medicamentos o un aborto quirúrgico, dependiendo del periodo de gestación y siempre con la asistencia sanitaria adecuada. A nivel mundial el 38 % de los embarazos son no deseados, el 21 % de ellos se da en adolescentes (de los cuales entre el 30 y el 60 % terminan en un aborto); unos 80 millones de embarazos no deseados cada año de un total de 210 millones de embarazos en todo el mundo. (Speidel J., The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy., 2015)

4. Relación entre la escolaridad y la falla de los métodos anticonceptivos y la presencia de embarazos no deseados.

En los países desarrollados, las pacientes acceden con mayor facilidad y en mayor número a los métodos anticonceptivos, sin embargo el embarazo no deseado significa un importante problema de salud pública. En estos países la principal causa del embarazo no deseado son consecuencias de las fallas en los métodos anticonceptivos. (Kott, Rates of Unintended Pregnancy Remain High In Developing Regions, 2015)

La planificación familiar a través del uso responsable de métodos anticonceptivos permite a las parejas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos y, además, prevenir posibles riesgos para la salud de las madres, reducir el riesgo de mortalidad en los menores de 1 año, prevenir las infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA, y disminuir la necesidad de recurrir a un aborto peligroso. (Langer, 2015)

La falla en el uso de métodos anticonceptivos es una de las causas más frecuentes de embarazos no deseados. Pero el éxito de un método anticonceptivo depende de que sea utilizado en la forma apropiada, ya que ninguno es capaz de prevenir un embarazo a menos que sea utilizado correctamente. (Cadena, 2017)

La importancia de la consejería médica en temas de anticoncepción es uno de los hallazgos del estudio CHOICE (siglas en inglés para Investigación de Salud Anticonceptiva de Experiencia con Elección Informada). Esa investigación realizada en distintos países de Europa y financiada por MSD, fue publicada en febrero de este año en The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care y reveló que la consejería médica permite incrementar la satisfacción de las usuarias de métodos anticonceptivos al orientarlas hacia la elección de un método que cubra mejor sus necesidades y estilo de vida. (Bitzer, 2016)

Diversos estudios realizados en países de América Latina y el Caribe coinciden en advertir que en la región uno de los factores detrás de la falla en el uso de métodos anticonceptivos es la falta de conocimiento sobre su uso adecuado, que resulta en gran medida de la ausencia o de la deficiencia en el asesoramiento médico de la mujer y de la pareja. (Langer, 2015)

7 METODOLOGIA

Constituye un estudio, descriptivo, retrospectivo, analítico, de corte transversal, que se llevó a cabo en el centro de Salud Nº3 de la Provincia de Loja. Mediante la revisión de las historias clínicas y la hoja A 051 de cada mujer gestante que acudió al centro de salud para sus controles mensuales, constituyendo un estudio retrospectivo de 5 años.

Las unidades de estudios representan las mujeres gestantes que acudieron para control desde enero del 2012 a enero del 2017.

Muestreo preliminar

Se realizó un muestreo preliminar que permitió tener un primer estimado de la varianza e intervalo de confianza de las pacientes embarazadas que acudían a control médico, por lo que la muestra fue a conveniencia y se tomó como base de datos el registro de atención a las embarazadas que acudieron para control médico en el centro de salud N°3 del año 2012 al 2017, constando en total de 100 mujeres gestantes estudiadas.

Las mediciones antropométricas que fueron registradas en la hoja 051 por el personal de enfermería del centro de Salud N°3.

Análisis estadístico

Para la obtención de los datos, inicialmente se llevó a cabo el análisis de las variables cuantitativas de las gestantes, recopiladas en una ficha técnica personal semiestructurada en las cual se recogen y trascriben los datos por gestante de la hoja A051, y de las historia clínica única, para inicialmente acoplar a partir de estas la información de tipo epidemiológica los resultados de frecuencia y prevalencia (cuadros de frecuencias).

Los datos obtenidos se ingresaran a la plataforma Excel, se empleara media aritmética, mediana, distribución de frecuencias y graficas pertinentes, identificando cual es la frecuencia de los problemas de la falla del método anticonceptivo, nivel de instrucción, embarazo no deseado y deseado, tipos de métodos empleados, etc. Para posteriormente aceptar o rechazar la hipótesis planteada, determinaremos si existe asociación entre el nivel de escolaridad y la falla del método anticonceptivo se emplearán tablas de doble entrada las mismas que en el segmento vertical constara la frecuencia general de falla del método anticonceptivo y en el segmento horizontal el nivel de instrucción, para lo cual se empleara la prueba y valor de P, acopladas a las pruebas inferenciales como la razón de Odds (OR) e intervalos de confianza.

Con los resultados obtenidos se establecerá si exista relación entre las variables planteadas, los cuales deberán ser discutidos de acuerdo a los diferentes estudios encontrados para estructurar la respectiva discusión.

Tipo de estudio:

El presente tema es un estudio cuantitativo, descriptivo, analítico y retrospectivo, de corte transversal.

Población:

Las unidades de estudios representan las mujeres gestantes que acudieron para control desde enero del 2012 a enero del 2017.

Muestra:

No se realizó calculo muestral, la misma fue a conveniencia de la población total de gestantes que acudieron al centro de salud Nº3 en el periodo del 2012 al 2017 y que cumplen los criterios de inclusión, ingresaron a su estudio y análisis posterior respectivo.

La muestra según el muestreo preliminar queda conformada por un total estipulado de 622 embarazadas con sus respectivas historias clínicas y su formulario de registro de mujeres embarazadas (A051) (anexo 1) estudiadas, siendo estos instrumentos los que se utilizó para la recolección de datos y estructuración de la base general.

El formulario (051) o (SIP) Sistema Informático Perinatal, es un instrumento utilizado a nivel mundial ya que según los Objetivos de Desarrollo del Milenio las Naciones Unidas han planteado un gran desafío referente al monitoreo de los indicadores de las metas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. La calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una Historia Clínica apropiada y un flujo de la información que garantice a quien atienda el caso en el cualquier lugar y momento en que lo haga, que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder.

En 1983, el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP). El SIP es un producto de consenso técnico entre cientos de profesionales de la Región convocados periódicamente por el CLAP/SMR para su revisión y forma parte de las herramientas (tool kit) de la OPS para mejoría de la calidad de la atención de madres y recién nacidos. El SIP permite que en la misma maternidad, los datos de la HC puedan ser ingresados a una base de datos creada con el programa del SIP y así producir informes locales. A nivel de país o regional, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo, por áreas geográficas, redes de servicios u otras características poblacionales específicas. En el nivel central se convierte en un instrumento útil para la vigilancia de eventos materno-neonatales y para la evaluación de programas nacionales y regionales.(CLAP. 2010)

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Culminar los controles del embarazo en el centro de salud Nº3.

Tener a lo menos 1 control en el primer trimestre de la gestación.

Criterios de exclusión

Tener información incompleta en la hoja A0 51

Asociación de variables de estudio

Variable de supervisión	Variable interviniente	Variable de asociación
	- Edad - Estado civil	
Nivel de escolaridad	**Relación**	Falla del método anticonceptivo

Localización y temporalización

La presente investigación se ejecutó en la Provincia de Loja, la cual se ubica entre las coordenadas 3°59' 26” de latitud sur y 79°12'18” de longitud oeste; limita al norte la provincia de Azuay, al sur con la República del Perú, al este con la provincia de Zamora Chinchipe y al oeste con la provincia de El Oro.

Según la división política administrativa de la zona, ésta comprende 16 cantones: Calvas, Catamayo, Celica, Chaguarpamba, Espindola, Gonzanamá, Loja, Macará, Olmedo, Paltas,

Pindal, Puyango, Quilanga, Saraguro, Sozoranga y Zapotillo; además de 78 parroquias urbanas y rurales. De acuerdo al Registro Oficial No. 290, del 28 de mayo de 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, se establece que se conformarán 19 distritos (seis en El Oro, nueve en Loja y cuatro en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en El Oro, 72 en Loja y 26 en Zamora Chinchipe)

8 Operalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala	Dimensión	Indicador	Valor final-Codificación
Edad	Edad biológica, tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo	Años cumplidos hasta la fecha actual	Cuantitativa	Nominal	--	Años cumplidos	1 =15-20 años 2 =20-29 años 3 =30-39 años 4 =40-49 años
Estado Civil:	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Situación civil actual de la persona	Cualitativa	Nominal	_____	• Casado/a • Unión libre • Soltero/a • Otra	1. Casado/a 2. Unión libre 3. Soltero/a 4. Otra

Socioantropología	Nacionalidad : Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación, lo que conlleva una serie de derechos y deberes políticos y sociales	Tipo de nacionalidad de la persona	Cualitativa	Nominal	___	• Nacionalidad de la persona	1. Ecuatoriana. 2. Colombiana. 3. Peruana. 4. Cubana. 5. Venezolana. 6. Otra.
Etnia	Autoidentificación: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y voluntaria su pertenencia a una nacionalidad o pueblo.	Pertenencia a un determinado pueblo o nacionalidad	Cualitativa l	Nominal	___	• Autoidentificación de la persona	1. Blanca 2. Indígena 3. Mestizo/a 4. Negro/a 5. Otro/a
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener	Nivel de educativo de	Cualitativa	Ordinal	Ninguna	• Ninguna	1. Bajo nivel de escolaridad

	en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	la persona			Primaria Secundaria Superior	• Primaria • Secundaria • Superior	2. Alto nivel de escolaridad
Falla del método anticoncepitivo			Cualitativa	Nominal		• No fallaron • Barrera • DIU • Hormonal • Natural	1. Con falla del método anticonceptivo. 3. Sin falla del método anticonceptivo.

9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TIEMPO	Año 2018											Año 2018				
ACTIVIDAD	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Elaboración del proyecto																
Revisión bibliográfica																
Aprobación del proyecto																
Recolección de datos																
Organización de la información																
Tabulación y análisis de los datos																
Redacción de primer informe																
Revisión y corrección de informe final																
Elaboración de informe final																

10 PRESUPUESTO

Concepto	Cantidad	Costo Unitario (USD)	Costo Total (USD)
Viajes			
Pasajes	20	1,25	25
Materiales y suministros			
Hojas papel A4	2 paquete	6.50	13.00
Carpeta	4	1.00	4.00
Copias	650	0.1	6.50
Anillados	4	1.50	6.00
Licencia de Microsoft Word	1	60.00	60.00
Base de datos	1	800.00	800.00
Subtotal			898.50
Imprevistos	**(5% del subtotal)**		50.00
TOTAL			**948.50**

11 Bibliografía consultada:

- Moreau C, Trusell J, Rodriguez G. Contraceptive Failure Rates in France. Results from a polupation-base Survey. Human Reprod 2015. pp 2422 – 2427.
- Gori JR, Lorusso A. Planificación Familiar. Ginecología de Gori. Segunda edición. Buenos Aires. 2014. pp 552-576.
- Langer A. El embarazo no deseado. Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2016.
- Cleland J and Ali MM. Reproductive consequences of contraceptive failure in nineteen developing countries. The American College of Obstetricians and Gyneccologists. 2015. pp 314 – 320
- Mosher WD, Martinez GM, Chandra A. Use of contraception and use of family planning service in the United Status. 2002. Advance data from vital and health statistics. 2016. pp 1 – 36
- Edson Cano. Porcentaje de fallo de los métodos anticonceptivos. Anticoncepción. 2018.
- Aller, Juan. Métodos anticonceptivos. Editorial McGrall Hill interamericana, México 2016.
- Hun Sante SM. El embarazo en la adolescencia precoz. Instantáneas. Rev Panam Salud Pública 2014; pp 262
- Mora Cancino, Hernández Valencia. Embarazo en la adolescencia: Cómo ocurre en la sociedad actual. 2015
- Colomer Revuelta, J.; Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. Pediatría Atención Primaria, 2015. pp 261-269.

- Hacker, Neville, Ginecología y Obstetricia, Editorial Manual Moderno, Estados Unidos 2015.
- Monroy, Anameli. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud, editorial Pax, Mèxico, 2016.
- Montero A. Anticoncepción en la adolescencia. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015.
- Ponce F, Mayagüez J. Métodos anticonceptivos. Revista Prevén. 2016.
- Cadena M. Los métodos anticonceptivos. Revista Coursehero. 2017.
- Keit, Edmond, Ginecología y obstetricia de Dewhurst, Editorial McGrall Hill, Mèxico, 2017
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). ENDEMAIN 2012 - Informe Final. 2015.
- Brunner Huber L. And Toth JL. Obesity and oral contraceptive failure: findings from 2012 National Survey of family growth. Am J of Epidemiology 2018.
- Eggleston E. Causas determinantes de embarazos no planeados en el Ecuador. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. 2016.
- Louzano P. Ecuador: Indicadores Educativos en Latino América. UNESCO 2015.
- Ley Orgánica de Educación Intercultural (2011), Registro Oficial Nº 417, segundo suplemento, Quito: Ministerio de Educación.
- Rodrigo Cifuentes B. Ginecología y Obstetricia Basada en Evidencia. Bogotá, 2018.
- J. Joseph Speidel, Cynthia C. Harper, and Wayne C. Shields (septiembre de 2018). «The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy». Contraception.

- Kott A. “Rates of Unintended Pregnancy Remain High In Developing Regions”. International perspectives on sexual and reproductive health. Marzo 2015.
- Bitzer J, Gemzell-Danielsson K, Roumen F, Marintcheva-Petrova M et al. ‘The CHOICE study: effect of counseling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries’ Eur J Contracept Reprod Health Care. 2015.
- Rocca CH, Hubbard AE, Johnson-Hanks J, et al. Predictive Ability and Stability of Adolescents’ Pregnancy Intentions in a Predominantly Latino Community. Stud Fam Plann 2015; 41(3): 179–192.
- Bitzer J and Simon JA. Current issues and available options in combined hormonal contraception. Contraception 2014; 84: 342–356.
- Mansour D, Gemzell-Danielsson K, Inki P, et al. Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature. Contraception 2015; 84: 465–477.
- Lopez LM , Steiner MJ , Grimes DA, et al. Strategies for communicating contraceptive effectiveness. Cochrane Database Syst Rev. 2014
- Barrett G, Smith S and Wellings K. Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. J Epidemiol Community Health 2014