

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

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES QUE ASISTEN A CONSULTA DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA
SEÑORA DE LA ALTAGRACIA. ENERO-DICIEMBRE 2016.



Trabajo de grado presentado por Beatriz Pérez Rodríguez y Beyda Pérez Cuevas
para la obtención del grado en: **DOCTOR EN MEDICINA**

Santo Domingo, D. N.
2017

CONTENIDO

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstract

I. Introducción.	13
I.1. Antecedentes.	14
I.2. Justificación.	18
II. Planteamiento del problema.	20
III. Objetivos.	22
III.1. General.	22
III.2. Específicos.	22
IV. Marco teórico.	23
IV.1. Métodos anticonceptivos	23
IV.1.1. Historia.	23
IV.1.2. Definición.	24
IV.1.2.1. Perfil del método anticonceptivo	24
IV.1.2.2. Perfil de la usuaria	25
IV.1.2.3. Criterios de elegibilidad médica.	26
IV.1.3. Clasificación.	26
IV.1.3.1. Métodos anticonceptivos del primer tipo (los más eficaces)	27
IV.1.3.1.1. Anticonceptivos intrauterinos.	27
IV.1.3.1.2. Implantes de progestágeno	28
IV.1.3.1.3. Técnicas anticonceptivas permanentes: esterilización	28
IV.1.3.2. Métodos anticonceptivos del segundo tipo (muy eficaces)	30
IV.1.3.2.1. Anticonceptivos por combinación hormonal	30
IV.1.3.2.2. Anticonceptivos con progestágeno solo	31
IV.1.3.2.3. Métodos de Amenorrea por lactancia	32
IV.1.3.3. Métodos anticonceptivos del tercer tipo	33
IV.1.3.3.1. Métodos de barrera	33
IV.1.3.3.2. Métodos basados en el conocimiento de las fechas	

de fecundidad	34
IV.1.3.4. Métodos anticonceptivos del cuarto tipo	35
IV.1.3.4.1. Espermicidas.	35
IV.1.3.4.2. Esponja anticonceptiva.	35
IV.1.3.4.3. Coitus Interruptus	35
IV.1.3.5. Anticoncepción de Emergencia	36
IV.1.4. Mecanismos de acción	37
IV.1.4.1. Métodos anticonceptivos del primer tipo (más eficaces).	37
IV.1.4.1.1. Anticoncepción intrauterina.	37
IV.1.4.1.2. Implantes de progestágenos.	37
IV.1.4.1.3. Técnicas de esterilización permanente.	38
IV.1.4.2. Métodos anticonceptivos del segundo tipo	38
IV.1.4.2.1. Anticonceptivos por combinación hormonal	38
IV.1.4.2.2. Formulaciones con progestágenos solos	38
IV.1.4.2.3. Método de amenorrea por lactancia	39
IV.1.4.3. Métodos anticonceptivos del tercer tipo (eficacia moderada).	39
IV.1.4.3.1. Métodos de barrera.	39
IV.1.4.3.2. Anticoncepción natural	39
IV.1.4.4. Métodos anticonceptivos del cuarto tipo (menos eficaces).	40
IV.1.4.4.1. Espermicidas	40
IV.1.4.4.2. Esponja anticonceptiva.	40
IV.1.4.4.3. Coitus interruptus.	41
IV.1.4.5. Anticoncepción de emergencia.	41
IV.1.5. Epidemiología.	41
IV.1.5.1. Uso de métodos anticonceptivos a nivel mundial.	41
IV.1.5.2. Uso de métodos anticonceptivos en República Dominicana.	42
IV.1.5.3. Conocimientos de métodos de planificación familiar	43
IV.1.6. Efectos adversos	43
IV.1.6.1. Métodos anticonceptivos del primer tipo	43
IV.1.6.1.1. Anticoncepción intrauterina.	43
IV.1.6.1.2. Implantes de progestágenos	44

IV.1.6.1.3. Métodos de esterilización permanente.	44
IV.1.6.2. Métodos anticonceptivos del segundo tipo	45
IV.1.6.2.1. Anticonceptivos hormonales.	45
IV.1.6.2.2. Vías alternativas de anticonceptivos hormonal	49
IV.1.6.2.3. Método de amenorrea de la lactancia.	50
IV.1.6.3. Métodos anticonceptivos del tercer tipo	50
IV.1.6.3.1. Métodos de barrera	50
IV.1.6.3.2. Anticoncepción natural	51
IV.1.6.4. Métodos anticonceptivos del cuarto tipo	51
IV.1.6.4.1. Espermicidas.	51
IV.1.6.4.2. Esponja	52
IV.1.6.4.3. Coitus interruptus	52
IV.1.6.5. Anticoncepción de emergencia	52
IV.1.7. Contraindicaciones	52
IV.1.7.1. Métodos de anticoncepción del primer tipo	52
IV.1.7.1.1. Anticoncepción intrauterina	52
IV.1.7.1.2. Implantes de progestágeno	53
IV.1.7.1.3. Métodos de esterilización permanente.	53
IV.1.7.2. Métodos anticonceptivos del segundo tipo	54
IV.1.7.2.1. Anticoncepción hormonal	54
IV.1.7.2.2. Método de amenorrea de la lactancia	55
IV.1.7.3. Métodos anticonceptivos del tercer tipo	56
IV.1.7.3.1. Métodos de barrera.	56
IV.1.7.3.2. Anticoncepción natural	57
IV.1.7.4. Métodos anticonceptivos del cuarto tipo	57
IV.1.7.4.1. Coitus Interruptus	57
IV.1.7.4.2. Esponja	57
IV.1.7.4.3. Espermicidas	58
IV.1.7.5. Anticoncepción de emergencia	58
IV.2. Conocimientos de los métodos	58
IV.2.1. Conocimiento	58

IV.2.2. Tipos de conocimientos	59
IV.3. Actitud	60
IV.3.1. Definición	60
IV.3.2. Componentes de la actitud.	61
IV.3.3. Medición de las actitudes.	61
IV.4. Práctica.	62
IV.4.1. Definición	62
V. Operacionalización de las variables.	63
VI. Material y métodos.	68
VI.1. Tipo de estudio.	68
VI.2. Área de estudio.	68
VI.3. Universo.	68
VI.4. Muestra.	69
VI.5. Criterios.	69
VI.5.1. De inclusión.	69
VI.5.2. De exclusión.	69
VI.6. Instrumento de recolección de datos.	69
VI.7. Procedimiento.	70
VI.8. Tabulación.	70
VI.9. Análisis	70
VI.10. Aspectos éticos	71
VII. Resultados	72
VIII. Discusión	114
IX. Conclusiones	116
X. Recomendaciones	117
XI. Referencias.	118
XII. Anexos.	125
XII.1. Cronograma.	125
XII.2. Consentimiento informado	126
XII.3. Instrumento de recolección de datos.	128

XII.4. Costos y recursos. 138
XII.5. Evaluación 139

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos agradecer a Dios por habernos permitido culminar esta etapa de estudio y otorgarnos sabiduría y capacidad para entender la gran responsabilidad y sacrificio que significa la carrera de Medicina.

A nuestra alma mater: la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU). Gracias por habernos abierto sus puertas y brindarnos la oportunidad de convertirnos en profesionales. Gracias a cada maestro y compañeros que hicieron de este trayecto, una experiencia inolvidable.

Al Dr. Plinio Cabrera por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico para realizar esta investigación. Gracias por brindarnos su apoyo y confianza en todo momento.

Al Dr. Rubén Darío Pimentel por su inmensa paciencia, asesoramiento y disposición a esclarecer cada paso de este proyecto.

Finalmente, agradecer a las protagonistas de esta investigación, nuestras pacientes. Por su actitud de colaboración y participación desinteresada. Sin ellas, nada de esto se podría haber llevado a cabo.

Beatriz Pérez Rodríguez y Beyda Pérez Cuevas

DEDICATORIAS

Quiero dedicar este trabajo a mi madre, por ser mi inspiración y guiarme en la vida con amor. Porque he alcanzado esta meta gracias a ella, por su paciencia, por escucharme y abrazarme en los momentos difíciles, y por siempre estar dispuesta a dar todo por mí.

A Dominique, por ser mi segundo padre, por su gran apoyo, por interesarse en mi bienestar e inculcarme el valor del sacrificio personal para el beneficio de los demás.

A mi padre Carlos, por sus valiosos consejos, y su amor incondicional.

A mi hermana Angelique, por inspirarme a dar lo mejor de mí y darle mi mejor ejemplo como hermana, por soportarme en mis momentos de estrés, por sacarme una sonrisa con sus ocurrencias.

A mi hermana Alice, por ser mi pequeño ángel, por darle vida y felicidad a mis días, y por ser una pieza crucial para poder llegar hasta aquí y guiarla en un buen camino.

A mi hermana Carla, por ser mi hermanita más pequeña y ofrecerme todo su cariño.

A mi novio Harold, por darme su amor cada día, por hacer de este camino una experiencia más llevadera, por sacarme una sonrisa a cada momento, resaltar mis buenos valores y motivarme a dar lo mejor de mí.

A mi prima Scarlet por ser mi hermana de otra madre, mi confidente, por darme fuerzas para seguir cuando pensaba que no podía más, por acompañarme en cada momento de esta etapa de mi vida.

A mi abuela María por traer al mundo a mi madre, por darme la familia que amo y por sus palabras de aliento en los momentos difíciles.

A mis demás familiares por brindarme su cariño, compasión, y por impulsarme a ser una mejor persona.

Beatriz Pérez Rodríguez

Quiero dedicar este trabajo a Dios, porque sin su amor y misericordia no estaríamos aquí hoy.

A mis padres, por haber sido un ejemplo a seguir durante toda mi vida, ellos me han enseñado a luchar por lo que quiero, que en la vida las cosas que valen la pena se consiguen a base de mucho esfuerzo, han sido el pilar para poder cumplir esta meta.

A mi mamá Ysabel, ella es mi roca, mi mejor amiga, mi psicóloga, mi taxi, mi muchacha de mandado y ha sido mi compañera durante toda la carrera. Me ha aconsejado y consolado en mis peores momentos, y ha celebrado mis triunfos como si fueran los de ella, aunque me vuelve loca la mitad del tiempo la verdad es que no sé qué hubiera sido de mi vida sin ella.

A mi papá Cayetano, él ha sido el pilar de mi familia, mi guía moral, mi galletita. Él ha hecho que todos mis sueños sean posibles, nunca me dice que no a nada que necesite, me enseñó a valorar las cosas que tengo y le agradezco a Dios todos los días por haber tenido un padre como él. A pesar de que no es la persona más expresiva del mundo sé que me quiere mucho y con el tengo un apoyo incondicional.

A mis hermanos, ellos han sido un gran apoyo a lo largo de todo este camino, ellos se desvelaban conmigo, aguantaban todas mis locuras, eran mis asistentes/conejillos de indias en mis tareas, y aunque discutimos el 90% de las veces no hubiera pedido por otros hermanos.

A mi hermana Vicayra, mi futura colega, mi compañera de habitación, ella fue mi alarma cada vez que tenía que despertarme a estudiar, una de mis mejores amigas, la que tenía que escucharme hablar cada vez que tenía un examen.

A mi hermana Shanandra, de mis hermanos es a la cual más me parezco, aún cuando discutimos casi todo el tiempo ella ha sido un apoyo incondicional.

A mi hermano Roddy, mi niño, por todo el cariño que me da, el siempre me alegra el día.

A mis tíos, Polín, Felito, Papo, Miledy, Sonia, Leonor, Ernesto. En especial a mis tías Miledy por nunca haber dejado de creer en mí y Sonia que es como una madre para mí, gracias a la confianza que ellas pusieron en mí he llegado a donde estoy.

A mis primos, particularmente a Raynier, Mejía, Estefany y Duhamel, ustedes son casi mis hermanos y siempre han estado cuando más los he necesitado.

A mis abuelas, Nina y Márgara, las cuales me cuidaron con todo el amor del mundo y que sin importar lo adulta que sea siempre me trataban como a una niña, no tuve abuelos pero si tuve dos abuelas que valen oro. Me causa un dolor inmenso saber que una de ellas no podrá verme lograrlo, Nina fue una madre para todos sus nietos, nos cuidaba a todos sin ningún reproche y no tengo palabras para expresar lo agradecida que estoy con ella.

A mis compañeros de promoción a los cuales debo de llamar a partir de ahora colegas, Laura, Caridad, Daniel, Emily, Juan Francisco, Marnelis, Isabella, Joel, Nicole, Evelina, Beatriz hemos reído, llorado, peleado y pasado por muchos obstáculos juntos, cuando iniciamos el proceso del preinternado ninguno de nosotros se imaginó que terminaríamos juntos pero me atrevo a decir que a pesar de nuestras diferencias nos volvimos una familia y creo que finalmente podemos decir que llegamos al final de un largo camino juntos, y estoy casi segura de que serán grande especialistas, este no es el final del recorrido para ninguno pero espero que no sea el final de nuestra unión como equipo.

A lo largo de la carrera hubo personas que, aunque no terminemos juntos les tengo un cariño muy especial, a Allyson por ser como es y por aceptarme como soy, a Amos mi vecino porque con el tiempo se ha vuelto una persona con la cual puedo contar, Rolando que siempre me da ánimos, a Isamar por ser la persona tan maravillosa que siempre ha sido conmigo. a mis ex-compañeras de arquitectura María Mercedes y Gisselle por ser las maravillosas personas que son y porque sin importar cuanto pase cada vez que las veo es como si nunca nos hubiéramos dejado de ver.

A mi compañera de tesis, por su gran dedicación y empeño en la realización del trabajo sin ella nada de esto hubiera ocurrido.

A los residentes del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, haciendo mención a la Dra. Felix y al Dr. Almonte por su gran ayuda durante la recolección de datos.

Beyda Pérez Cuevas

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, con el propósito de determinar conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en mujeres que asistieron a la consulta de Planificación Familiar del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, en el periodo de enero a diciembre del 2016. El universo estuvo constituido por todas las pacientes que acudieron a la consulta de Planificación Familiar del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia a lo largo del periodo de estudio. La muestra estuvo formada por 330 pacientes en edad fértil (15-44 años). En relación a los anticonceptivos el 48.5 por ciento de las pacientes tenía conocimiento medio. De las pacientes estudiadas el 34.8 por ciento tenían edades comprendidas entre 20-24 años. Los estudios secundarios fueron los resultados de mayor porcentaje con un 49.1 de las pacientes encuestadas. En cuanto a la religión el 42.7 por ciento no practicaba ninguna. En relación a la procedencia, el 87.0 por ciento procedía de la zona urbana. En cuanto a la convivencia de pareja el 53.9 por ciento de las pacientes vivían en unión libre. El 47.0 por ciento de las pacientes eran multigestas. El 79.1 por ciento tenía una actitud positiva ante los métodos anticonceptivos. El 71.2 por ciento utilizaba algún método de anticoncepción. El método anticonceptivo más utilizado fue el anticonceptivo inyectable en un 34.0 por ciento. El condón masculino fue el método más conocido en un 90.9 por ciento. Las pacientes no presentaron efectos adversos en un 40.9 por ciento. La mayor fuente de información fue a través de los trabajadores de la salud en un 33.6 por ciento. Las pacientes refirieron necesitar más información de los métodos anticonceptivos en un 52.1 por ciento.

Palabras claves: conocimientos, actitudes, prácticas, métodos anticonceptivos Planificación Familiar.

ABSTRACT

A descriptive, prospective and cross-sectional study was carried out with the purpose of determine knowledge, attitudes and practices of contraceptive methods in women that attended to the family planning consultation at the Maternity Hospital Nuestra Señora de la Altagracia in the period of January to December of 2016. The universe was made up by of all the patients who attended the consultation of family planning of the Maternity Hospital Nuestra Señora de la Altagracia throughout the study period. The sample was made up by 330 patients in child-bearing age (15-44 years). Regarding contraceptives, the 48.5 percent of the patients had medium knowledge. Of the patients studied the 34.8 per cent had ages between 20-24 years. Secondary studies were the results of higher percentage with a 49.1 of the surveyed patients. In terms of religion the 42.7 per cent of the patients practiced none. In relation to the origin the 87.0 per cent came from the urban area. As for the coexistence of couple the 53.9 per cent of the patients lived in common-law union. The 47.0 percent of the patients were multigested. The 79.1 percent had a positive attitude towards contraception. The 71.2 percent used some method of contraception. The contraceptive method most used was the injectable contraceptive in 34.0 percent. The male condom was the best known method in 90.9 percent. Patients did not present adverse effects in 40.9 percent. The largest source of information was through health workers at 33.6 percent. Patients reported needing more information on contraceptive methods by 52.1 percent.

Key words: knowledge, attitudes, practices, family planning contraceptive methods.

I. INTRODUCCIÓN

La planificación familiar es una parte integral de la salud femenina. La prevención de embarazos no planificados y el acceso a servicios de planificación familiar ha sido uno de los grandes avances en los servicios de salud del siglo 20.¹

Aunque la anticoncepción se ha practicado desde hace mucho tiempo, la aparición de agentes anticonceptivos modernos que no sólo resultan más eficaces sino también más cómodos que los antiguos, ha ampliado las posibilidades de elección de la pareja. La amplia gama de métodos permite disponer de un buen anticonceptivo para casi todas las personas que lo deseen.²

Esta disponibilidad de métodos anticonceptivos altamente eficaces ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. Sin embargo, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos.²

Más de 120 millones de mujeres alrededor del mundo desean prevenir embarazos, pero ni ellas ni sus parejas usan algún tipo de método anticonceptivo. Las razones de esto son varias: los servicios y suplementos no están disponibles o las opciones son limitadas; miedo social u oposición de la pareja al uso de este tipo de métodos; preocupaciones de los efectos secundarios y efectos en la salud; otros por la falta de conocimiento sobre opciones de anticoncepción y su uso.³

Además millones de personas utilizan métodos de planificación familiar para evitar embarazos, pero fallan, porque pueden no haber recibido instrucciones claras sobre cómo utilizar el método apropiadamente, no obtuvieron un método que se adecuara a ellos, no fueron preparados para los efectos secundarios, o simplemente se les acabo.³

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

deben mencionarse los embarazos que resultan de las relaciones sexuales forzadas.⁴

Según la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013, en la República Dominicana, de las adolescentes sexualmente activas entre 15 y 19 años, solo el 22.8 por ciento utiliza métodos anticonceptivos.⁵ Esto influye en la alta tasa de fecundidad en adolescentes de nuestro país.

Según un estudio realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2013, la tasa de fecundidad en adolescentes de la República Dominicana duplica la mundial que es 49. La de América Latina es 79 y la de África Subsahariana es de 120.⁶

La República Dominicana con una tasa de fecundidad de 98 se encuentra entre los cinco países con más altas tasas de fecundidad en adolescentes de la región de Latinoamérica y el Caribe solo superado por Nicaragua (109), Honduras (108), Venezuela (101) y Ecuador (100).⁶

Por otra parte, estadísticas provenientes del Ministerio de Salud Pública de nuestro país muestran que en el año 2012 del total de nacimientos registrados, el 29 por ciento fue de madres adolescentes. Es sabido que una proporción significativa de estos embarazos no son planificados.⁶

Por lo que está claro que proveer información, educación integral en sexualidad, y sobre todo acceso a los métodos anticonceptivos es esencial para reducir los embarazos no planificados, no solo en las adolescentes, sino en mujeres de todas las edades, y en la misma medida, permite dotarlas de conocimientos, actitudes y habilidades para tomar decisiones responsables respecto a su vida sexual y reducir los riesgos que conlleva un embarazo no planificado.

I.1. Antecedentes

En Colombia en el año 2011, los investigadores Rengifo H, Córdoba A. y colaboradores realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes del municipio de Miranda. La muestra fue de 406 adolescentes.⁷

En los resultados se presentaron conocimientos en niveles altos (7 a 9 preguntas acertadas) y muy alto (más de 10 preguntas acertadas), donde 90,5 por ciento de adolescentes habían recibido información sobre sexo y embarazo. La mayor fuente de información proviene de parte de los padres (67,5 %). Para el 26,7 por ciento de los adolescentes el sexo seguro significa solo usar preservativo. En cuanto a las prácticas en sexualidad, 42 por ciento expresaron haber tenido relaciones sexuales, con edad de inicio promedio de 13 años. El condón se presenta como el mecanismo de protección más utilizado. El uso de sustancias psicoactivas o licor para intensificar las experiencias sexuales fue afirmativo en 12,5 por ciento.⁷

Se concluyó que los adolescentes presentan conocimientos en niveles altos, más éste conocimiento no es suficiente para impedir que inicien su vida sexual tempranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan sus relaciones sexuales.⁷

En Ecuador en el año 2010 los investigadores Alvarado A, Idrovo M. y colaboradores realizaron un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de embarazo y uso de métodos anticonceptivos en las estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca. Este fue realizado con 586 estudiantes de sexo femenino. La edad media de las encuestadas era de 20.45 años de las cuales el 99.49 por ciento afirmaba conocer cómo prevenir un embarazo, el 47.95 por ciento de estudiantes tenía un conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos. El 97.27 por ciento de la muestra estaba dispuesto a aceptar métodos anticonceptivos y los usaría siempre en un 67.92.⁸

De las mujeres sexualmente activas el 29.17 por ciento utilizaba preservativo como método anticonceptivo. El 25.41 por ciento de las mujeres habían estado embarazadas y el 25.81 por ciento de la muestra que ha estado embarazada, tuvo un embarazo con uso de método anticonceptivo.⁸

En este estudio se concluye que el 99.49 por ciento de las estudiantes afirma conocer cómo prevenir un embarazo de las cuales el 47.95 por ciento tiene un conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos.⁸

En Argentina en el año 2006, la investigadora Maiztegui L. realizó un estudio sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del Hospital Materno Provincial de Córdoba donde se estudió a las mujeres multíparas, y se indagó el nivel de conocimiento que tienen sobre métodos anticonceptivos y la adopción de conductas de salud sexual y reproductiva. Se encuestaron 104 pacientes femeninas. La edad media fue de 27 años. Determinaron que el 85 por ciento conoce los métodos pero a la hora de usar alguno el 25 por ciento no utiliza ninguno, el 24 por ciento utiliza la píldora seguido del 21 por ciento que utiliza preservativos. Se observó un desinterés por consultar al médico sobre los métodos anticonceptivos.⁹

Hubo un 52 por ciento que prefieren los métodos anticonceptivos contra un 48 por ciento que elige ligarse las trompas. Encontraron que en un 96 por ciento se controlaron sus embarazos. Concluyeron que los conocimientos que tienen las mujeres no alcanzan para adoptar conductas, pues no se reflejan en su comportamiento sexual y reproductivo.⁹

En estas investigaciones se hace evidente que el conocimiento y el uso de los métodos de planificación familiar en las mujeres Latinoamericanas estudiadas es insuficiente para adoptar conductas sexuales y reproductivas adecuadas. El problema fundamental está en la práctica, donde a pesar de que estas mujeres conocen los métodos anticonceptivos, un importante porcentaje (25%)⁹ al momento de utilizarlos, no los usa, o los usa incorrectamente traduciéndose esto en embarazos no deseados.

En el año 2013 en República Dominicana, el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), realizó la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) donde en el acápite de planificación familiar se constata que prácticamente la totalidad de las mujeres entrevistadas conoce algún método de planificación familiar.⁵

En efecto, 100 por ciento de las mujeres conoce los modernos, mientras que los métodos tradicionales son conocidos por un 80 por ciento de las mujeres en edad fértil.⁵

La píldora y el condón masculino son los métodos más conocidos (99%), seguidos por la esterilización femenina y las inyecciones (98%), el DIU y el implante (85%).⁵

Los métodos modernos menos conocidos por las mujeres entrevistadas fueron la esterilización masculina (70%) y amenorrea por lactancia o MELA (59%). El retiro es el método tradicional más conocido (72%). Con relación al uso de métodos anticonceptivos, el 72 por ciento del total de las mujeres han usado métodos anticonceptivos en alguna ocasión.⁵

En este estudio se revela una reducción relativamente fuerte en la proporción de usuarias de la esterilización femenina en los últimos seis años desde 47 hasta 41 por ciento, la cual es compensada por los aumentos del uso de la píldora (de 13 a 17 %), la inyección (de 4 a 6%) y del condón masculino (de 2 a 3 %).⁵

En el año 2014, en Santo Domingo, República Dominicana, Ramos D, Ramos A. y colaboradores realizaron un estudio sobre frecuencia y uso de los métodos anticonceptivos en las pacientes de 20-45 años, asistidas en la consulta de ginecología y obstetricia en el Hospital Municipal Mata Hambre. Se aplicó una encuesta entrevista a 85 pacientes femeninas. La edad más frecuente fue de 26-30 años. El 95.6 por ciento utilizaban los métodos anticonceptivos para prevenir embarazos. El 76.4 por ciento conoce las píldoras como métodos anticonceptivos, el 74 por ciento conoce el condón, el 58.8 por ciento conoce las inyecciones, el 40 por ciento conoce el DIU y el 16.4 por ciento conoce la ligadura tubárica; el 40 por ciento comenzó a utilizar los métodos anticonceptivos después de su primer hijo, un 58.8 por ciento tenía poco conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, el 40 por ciento tenía mucho conocimiento, el 1.2 por ciento no tenía ningún conocimiento. El 85 por ciento refiere tener necesidad de recibir más información sobre los métodos anticonceptivos, y un 15 por ciento refieren que no requieren de más información.¹⁰

La vida sexual de las mujeres al estar atravesada por componentes culturales, sociales, étnicos y económicos, los datos nacionales pueden no estar dando cuenta de las particularidades, e incluso no recoger las diversidades entre las regiones del país.

Esto se demuestra en este estudio realizado en el Hospital Municipal Mata Hambre donde más de la mitad de las mujeres tienen poco conocimiento de los métodos anticonceptivos, así mismo difiere con el gran estudio nacional ENDESA 2013 en el conocimiento de ciertos métodos anticonceptivos como el DIU (85%), las

inyecciones (98%) y la esterilización femenina (98%),⁵ donde en este hospital hay un conocimiento de estos métodos claramente menor (DIU 40%, Inyecciones 58.8%, Ligadura tubárica 16.4% respectivamente)¹⁰. Por ello es importante la realización de estudios de carácter local que contribuyan a contrastar o validar lo que el nivel nacional expone y sobre todo a orientar las intervenciones en salud con base a evidencia local sin perder la perspectiva nacional.¹¹

Otra investigación realizada en Santo Domingo por Jiménez C, Hernández M. y colaboradores, estudia los conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes de media sobre el uso de los anticonceptivos en el Liceo Las Palmas de Herrera, en enero-mayo 2014. La muestra estuvo representada por 60 estudiantes. Los resultados reportan que el 23.3 por ciento tenía alto conocimiento (8-10 respuestas correctas), mientras un 45 por ciento tenía bajo conocimiento (1-5 respuestas correctas), el 61 por ciento tenían entre 17-18 años. La mayoría de los estudiantes presentaron una buena actitud hacia los métodos anticonceptivos, el 38.3 por ciento ha usado algún método anticonceptivo y en la actualidad el 26.7 por ciento los utiliza.¹²

I.2. Justificación

La principal razón de la realización de este trabajo es que a pesar de la gran cantidad de investigaciones realizadas referentes al tema de la planificación familiar, pudiendo citarse la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013 de República Dominicana, que infiere que prácticamente el 100 por ciento de las mujeres conocen algún método anticonceptivo⁵, y la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) 2014, que establece que un 30.4 por ciento de las mujeres sexualmente activas de 15-49 años no utilizan métodos anticonceptivos,¹³ aún se evidencia en los hospitales de nuestro país un alto número de embarazos no planificados y adolescentes embarazadas.⁶

Según una publicación de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) 2011, se reporta que el 22.1 por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años se han embarazado al menos una vez.⁶ Lo que influye en la alta tasa de fecundidad de adolescentes de nuestro país.

Esto sin contar el hecho de que la mayoría de las pacientes que acuden a los hospitales de tercer nivel de nuestro país son de clase socio-económica baja y que cada nuevo embarazo conlleva un gasto que la mayor parte del tiempo la paciente no puede afrontar.⁶

El Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia es uno de los mayores centros de referencia nacional en lo concerniente al área de la Ginecología y Obstetricia,¹⁴ lo que lleva a que el flujo diario de pacientes sea abundante. Solo en el período de enero a octubre de 2015, esta maternidad asistió a 53, 740 mujeres embarazadas y se realizaron 19,536 partos.¹⁵

Este hecho produce que al realizar nuestra investigación en este centro nos encontremos con una muestra significativa que nos permitirá determinar que conocen estas mujeres de anticoncepción y salud sexual, a la vez proveer información adecuada para propiciar la correcta utilización de los métodos anticonceptivos y contribuir a la disminución de los embarazos no deseados y no planificados.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El control de la natalidad ha sido una de las preocupaciones de la humanidad desde hace miles de años; de hecho, la prueba médica más antigua conocida que data del siglo XIX a.C; contiene información sobre métodos anticonceptivos.

En este se hablaba de pesarios de excrementos de cocodrilo y miel; los primeros anticonceptivos de barrera eran tripas de animales con una de las puntas atadas.¹⁶ Otros compuestos utilizados para impedir el embarazo eran trozos de frutas en la vagina, bicarbonato de sodio, y mercurio.¹⁷

La aparición de los anticonceptivos modernos más seguros han sido determinantes en la transformación de los significados de la vida sexual, con el uso de las píldoras las mujeres al tener conocimiento tomaron el control sobre su cuerpo y asumieron decisiones autónomas en dos dimensiones vitales: la actividad sexual y la decisión de ser madre.¹⁸

Una vez que las mujeres tuvieron conocimiento y acceso a los anticonceptivos, las enfermedades y muertes por embarazo, parto o aborto también se redujeron significativamente como efecto directo del menor número de embarazos no deseados.¹⁸

En la actualidad las mujeres en los países en desarrollo que desean evitar el embarazo no utilizan métodos anticonceptivos, primordialmente por falta de conocimiento sobre su existencia, por suponer que su esposo se opondría, temor a los efectos secundarios y preocupación por su salud, o porque no pueden costearlos, o acceder a los mismos.¹⁹

El nivel de educación y alfabetización de la mujer, y su acceso a los medios de comunicación y los servicios de salud también influyen en su uso de métodos anticonceptivos. Las mujeres con menores niveles de educación y alfabetización, y las pobres tienen menores probabilidades de utilizar dichos métodos, si bien la falta de información ya no es la razón principal.¹⁹

En las últimas décadas las mujeres han adquirido conocimiento de los diferentes métodos, por lo que una razón más común en la actualidad es el temor por su salud y los efectos secundarios.¹⁹

En República Dominicana a pesar de que el conocimiento de los métodos anticonceptivos es alto (prácticamente 100% de las mujeres conoce algún método), cada año hay miles de embarazos no planeados, sobre todo en las adolescentes donde 1 de cada 5 mujeres de 15-19 años ha estado o está embarazada, mientras que el 20 por ciento de las adolescentes y jóvenes que abandonan la escuela lo hacen porque quedan embarazadas, siendo mayor la probabilidad entre las poblaciones más pobres. Además, suele pasar un año después del primer embarazo, para que se produzca un segundo.⁵ esto es determinante en la estabilidad familiar, y futuro de la mujer y sus hijos.

A menor educación, mayor proporción de embarazo en adolescentes. De acuerdo a los datos proporcionados por el UNFPA (2013), las adolescentes con nivel de instrucción básico o primario presentan un porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas siete veces mayor a las que tienen nivel universitario.⁶

Por otra parte, durante las últimas dos décadas, la evidencia relacionada con la salud, las tecnologías y los fundamentos lógicos de los derechos humanos para brindar una atención segura e integral para la realización de abortos han evolucionado ampliamente, pero a pesar de estos avances, se estima que 222 millones de niñas y mujeres que no desean quedar embarazadas, o que quieren retrasar su próximo embarazo, no utilizan ningún método anticonceptivo. Lo que conlleva a que cada año se realicen 22 millones de abortos en forma insegura, produciendo la muerte de alrededor de 47 000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones de mujeres.^{20, 21} y esto constituye un problema de salud pública que trae como consecuencia una alta morbilidad materna y fetal en países subdesarrollados.²²

Por todo lo antes expuesto hacemos la siguiente interrogante.

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos de las mujeres que acuden a consulta de planificación familiar en el Hospital Universitario Nuestra Señora De la Altagracia en Enero-Diciembre 2016?

III. OBJETIVOS

III.1. General:

1. Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos de las mujeres que acuden a consulta de planificación familiar del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en Enero-Diciembre 2016.

III.2. Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar.
2. Determinar el número de embarazos que han tenido las mujeres en estudio.
3. Identificar los métodos anticonceptivos que conocen las mujeres en estudio.
4. Determinar cuáles métodos anticonceptivos utilizan estas mujeres.
5. Identificar cuales efectos adversos han presentado las mujeres al utilizar los métodos anticonceptivos.
6. Identificar de que fuente reciben la información para adquirir conocimientos de los mismos.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Métodos anticonceptivos

IV.1.1. Historia

El control de la fertilidad ha sido una preocupación del hombre desde tiempos inmemorables. Amuletos, duchas vaginales, barreras, uso de frutos ácidos, coito interrumpido y combinación de hierbas, entre otros, eran los métodos que se usaban en la antigüedad para evitar el embarazo no deseado.¹⁷

2000 a.C. Un pequeño cono hecho de semillas de granada y cera que prevenía la ovulación, fue inventado por los egipcios y es reconocido como el primer anticonceptivo con estrógenos naturales. En China las mujeres tomaban mercurio para prevenir el embarazo.¹⁷

1850 a.C.-1550 a.C. Libros médicos de la antigüedad hablan de los métodos anticonceptivos. Lavados vaginales con miel y bicarbonato de sodio, son algunas de las recomendaciones que se encontraban en el libro <<Papyrus Petri>>.¹⁷

1550 a.C. En el libro <<Papyrus Ebers>>, se habla de un tapón de goma arábiga y dátiles que servía como espermicida.¹⁷

50 d.C. Para impedir la concepción se recomendaba aplicar a la mujer, antes de que saliera al sol, dos gusanos de araña Falangium, con un trozo de piel de ciervo.¹⁷

70 d.C. Soranos de Efeso, el ginecólogo más importante de la antigüedad, recomendaba que cuando el hombre fuera a eyacular, la mujer debía contener la respiración, luego levantarse, ponerse en cuclillas e intentar estornudar y beber algo frío.¹⁷

Siglo XVI – XVII. Aunque se han encontrado jeroglíficos egipcios del siglo XIV a.C., en los que se muestran fundas para el pene, es solo en el Siglo XVI d.C., en plena edad media, cuando se empiezan a buscar métodos para el control de las enfermedades venéreas, llamadas hoy Infecciones de Transmisión Sexual.¹⁷

Siglo XVII d.C. el doctor Condom creó un preservativo de intestino de oveja que tenía un hilo en la base para poder amarrarlo.¹⁷

Siglo XVIII – XIX. Las mujeres utilizaban trozos de frutas en la vagina. Se creía que esto hacía las veces de tapón y los ácidos cítricos de espermicidas.¹⁷

Las duchas vaginales aparecen en el Siglo XIX como método anticonceptivo. Después de tener relaciones sexuales, las mujeres se hacían un lavado con jabón, limón o vinagre.¹⁷

Siglo XX. Estudios científicos demostraron que las hormonas controlan el ciclo menstrual de las mujeres y que en su producción participan el cerebro y los ovarios. Es en los años veinte cuando un famoso laboratorio alemán investiga las hormonas sexuales y aparece el primer preparado hormonal cíclico. Años más tarde, científicos norteamericanos descubrieron que el estrógeno inhibe la ovulación. A finales de los años 30 éste laboratorio produjo el etinilestradiol, estrógeno que se administraba por vía oral para que no se presentara ovulación.¹⁷

En los años sesenta, se aprueba en Estados Unidos la primera píldora anticonceptiva. Esto marca un hito en la sexualidad femenina porque, desde entonces, ella puede separar la reproducción del placer. El condón se empezó a fabricar con látex y es el único método que protege de las Infecciones de Transmisión Sexual.¹⁷

IV.1.2. Definición

Los conocimientos actuales sobre la fisiología reproductiva permiten el diseño de técnicas que separen la actividad sexual de la concepción. Ello ha significado, especialmente en los países desarrollados, un cambio radical en las costumbres sexuales y en los patrones de natalidad. Se habla de anticoncepción cuando se hace referencia al uso de estas técnicas por parte de individuos o parejas para controlar su fertilidad en un momento determinado y como una opción personal.²³

Al elegir un método anticonceptivo debemos contemplar:

- Factores dependientes del método: Perfil del método.²³
- Factores dependientes de la mujer: Perfil de la usuaria.²³

IV.1.2.1. Perfil del método Anticonceptivo

- Eficacia: Es la capacidad de un método anticonceptivo para impedir la gestación y se mide con: Índice de Pearl nº de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que usaran este método durante 1 año. La eficacia

hay que valorarla desde dos puntos de vista: Eficacia teórica la que se obtiene con el uso perfecto de cualquier método anticonceptivo. Efectividad o eficacia real la que se obtiene en condiciones normales de uso.²³

- Seguridad: Es la capacidad de alterar positiva o negativamente la salud de la usuaria.²³
- Efectos secundarios: Si los riesgos superan a los beneficios esta desaconsejado su uso.²³
- Reversibilidad: Es la capacidad de recuperar la actividad reproductiva al interrumpir un método. Todos son reversibles salvo la esterilización.²³
- Facilidad o complejidad de uso: Si es muy complejo disminuye la efectividad.²³
- Relación con el coito: Los métodos anticonceptivos pueden tener relación inmediata, mediata o lejana con el coito, influyendo esta relación junto a la frecuencia de actividad coital en el consejo contraceptivo y en la elección que realiza la pareja.²³
- Precio: Aspecto considerado poco importante pero continúa siendo un factor que influye en la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos.²³

IV. 1.2.2. Perfil de la usuaria

Para que la eficacia teórica del método se aproxime lo máximo posible a la eficacia de uso debemos tener en cuenta por parte de la usuaria:

- Frecuencia de relaciones, tipo y nº de parejas.²³
- Edad, motivación y capacidades personales.²³
- Objeto de la contracepción.²³
- Cumplimiento.²³

Además existen factores personales que influyen en la elección del método adecuado como la edad de la usuaria, los antecedentes patológicos, hábitos tóxicos, estado de salud actual, la percepción individual de riesgos (conocer efectos secundarios y efectos beneficiosos y desmontando falsas creencias), aceptación, que dependerá de experiencias previas, condicionantes culturales y religiosas y capacidades personales.²³

IV. 1.2.3. Criterios de elegibilidad Médica

La Organización Mundial de la Salud ha aportado orientación basada en pruebas científicas respecto del uso de todos los métodos anticonceptivos reversibles y altamente eficaces, para mujeres con diversos factores de salud.

En el caso de los criterios de elegibilidad médica de Estados Unidos muchos métodos anticonceptivos se clasifican en seis grupos, por su semejanza: anticonceptivos orales por combinación, píldora de progestágeno solo, acetato de medroxiprogesterona de depósito, DIU de levonorgestrel y DIU de cobre. En el caso de alguna entidad clínica, se califica cada uno de los métodos (1 a 4) para describir su perfil de inocuidad en una mujer típica con esa anomalía clínica.²⁴

1. Estado de la mujer en el cual no hay restricción para utilizar el método anticonceptivo.²⁴

2. Estado de la mujer en que las ventajas de usar el método por lo común son mayores que los riesgos teóricos o probados.²⁴

3. Estado de la mujer en que los riesgos teóricos o probados por lo regular son mayores que las ventajas de usar el método.²⁴

4. Estado que representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo.²⁴

IV.1.3. Clasificación

En el presente, los métodos se agrupan con arreglo a su eficacia y no según el tipo de técnica anticonceptiva.

Los métodos del primer tipo (tasa de embarazos no voluntarios es de <2 por 100 mujeres en el primer año de uso). Comprenden los dispositivos intrauterinos, implantes y esterilización del varón y la mujer.²⁴

Los métodos del segundo tipo (tasa de ineficacia de 3 a 9% por cada 100 usuarias durante el primer año de uso). Comprenden los anticonceptivos hormonales sistémicos que se expenden en forma de píldoras orales, inyecciones intramusculares, parches transdérmicos o anillos transvaginales. También en este grupo se puede incluir el método de amenorrea por lactancia el cual es un método anticonceptivo muy eficaz pero temporal.²⁴

Los métodos del tercer tipo (tasa de ineficacia del 10 a 20% por 100 usuarias en el primer año). Comprenden los de barrera para varones y mujeres, así como el conocimiento de las fechas de fecundidad, como el recuento en los ciclos menstruales.²⁴

Los métodos del cuarto tipo (tasa de ineficacia de 21 a 30% por 100 usuarias en el primer año). Comprenden los preparados espermicidas. El método del coito interrumpido es tan impredecible que algunos expertos han concluido que no pertenece a ninguna de las otras categorías de técnicas anticonceptivas.²⁴

IV.1.3.1. Métodos anticonceptivos del primer tipo (los más eficaces)

1) Dispositivo intrauterino con T de cobre 380A 2) DIU que libera progestágeno, el cual es el dispositivo intrauterino de liberación de levonorgestrel. 3) Un sistema de implante subdérmico monocilíndrico y 4) múltiples métodos de esterilización para varones y mujeres.²⁴

IV.1.3.1.1. Anticonceptivos intrauterinos

Sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel

El sistema intrauterino de levonorgestrel es un dispositivo de polietileno flexible, en forma de <<T>>, de 32 x 32 mm, con un reservorio de 52 mg de levonorgestrel que diariamente libera 20 mg.²⁵

La dosis pequeña mitiga los efectos sistémicos del progestágeno. Hoy día, se ha aprobado que cada dispositivo debe funcionar durante cinco años a partir de su colocación, pero los datos refuerzan la posibilidad de que dure siete años.²⁴

Dispositivo intrauterino con T de cobre 380A

El dispositivo intrauterino de cobre es un cuerpo de polietileno, en forma de <<T>>, de 32 x 36 mm que contiene 380 mm² de cobre que envuelve el tallo y los brazos del mismo.²⁵

Se ha aprobado el uso de Cu-T 380A para que dure continuamente 10 años, aunque se ha demostrado que evita el embarazo, en tal situación, incluso por 20 años.²⁴

IV.1.3.1.2. Implantes de progestágeno

Se puede evitar la concepción con un dispositivo que contenga progestágeno, implantado en un plano subdérmico y que libere la hormona durante años.²⁴

Este consiste en una varilla de acetato de etinilvinilo de 40 mm de largo por 2 mm de diámetro, con 68 mg de etonogestrel, que en el primer año libera alrededor de 40 mcg al día, 30 mcg al día en el segundo año y en el tercero 25 mcg al día. La duración del efecto anticonceptivo es de tres años.²⁶

IV.1.3.1.3. Técnicas anticonceptivas permanentes: esterilización

Esterilización tubárica

La técnica en cuestión se efectúa al ocluir o seccionar las trompas de Falopio para evitar el paso del óvulo y, con ello, la fecundación. Según el *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 27 por ciento de los matrimonios estadounidenses prefiere este método.²⁴

Histerectomía

En el caso de la mujer con trastornos uterinos o de otras zonas del aparato reproductor, en que puede estar indicada la histerectomía, ésta constituye la forma ideal de esterilización.²⁴

Esterilización transcervical

Es factible completar algunos métodos de esterilización por vía transcervical hasta llegar a los orificios de desembocadura de las trompas; dentro de cada uno se logra su oclusión al colocar dispositivos mecánicos o compuestos químicos.²⁴

Oclusión mecánica de las trompas

Los métodos en cuestión comprenden la colocación de un dispositivo en la zona proximal de las trompas de Falopio por medio de histeroscopia. En Estados Unidos, la FDA ha aprobado dos sistemas de este tipo.²⁴

Sistema permanente anticonceptivo.

Consiste en un dispositivo de micro-inserción hecho de una espira interna de acero inoxidable, dentro de fibras de poliéster, mismas que están rodeadas por otra espira exterior expansible, elaborada con una aleación de níquel y titanio que se utiliza en las endoprótesis para arterias coronarias. La proliferación de fibroblastos en el interior de las fibras ocluye la trompa.²⁴

Método anticonceptivo permanente Adiana.

Crea en primer lugar una lesión térmica con una radiofrecuencia de 60 segundos en la zona intramural de la porción proximal de las trompas de Falopio; como paso siguiente, se inserta una matriz de elastómero de silicona no absorbente de 1.5 × 3.5 mm en el interior de la trompa.²⁴

La lesión térmica se efectúa con una profundidad de 0.5 mm y, durante la cicatrización, la proliferación de fibroblastos en la matriz ocluye el orificio tubario.²⁴

Métodos químicos de oclusión tubárica.

Es posible colocar fármacos dentro de la cavidad uterina o los orificios tubáricos para inducir una respuesta inflamatoria que ocluya las trompas.²⁴

Un método que se ha utilizado a escala mundial es el que utiliza un introductor de tipo DIU para colocar microglóbulos de quinacrina en el fondo del útero. Es eficaz y se considera en particular su sencillez. A pesar de que la Organización Mundial de la Salud no recomienda su uso por aspectos de probable carcinogénesis, sigue constituyendo un método importante en países y poblaciones de escasos recursos.²⁴

Esterilización del varón

Se hace una pequeña incisión en el escroto y se interrumpe la continuidad del conducto deferente para bloquear el transporte de espermatozoides desde los testículos. La esterilidad después de la vasectomía no es inmediata ni es posible anticipar la fecha en que comienza. Por ello, mientras no se corrobore del todo la azoospermia, habrá que recurrir a otro método anticonceptivo.²⁴

IV.1.3.2. Métodos anticonceptivos del segundo tipo (muy eficaces)

Los preparados hormonales que incluyen anticonceptivos orales por combinación, píldoras con progestágeno solo y anticonceptivos con estrógenos, progestágenos o ambos compuestos, que son aplicados por inyección, parche transdérmico o con un anillo intravaginal, todos son métodos considerados como muy eficaces.²⁴

IV.1.3.2.1. Anticonceptivos por combinación hormonal.

Los productos de esta categoría contienen un estrógeno y un progestágeno.

Se distribuyen en tres presentaciones: píldoras anticonceptivas orales, parche transdérmico y anillo intravaginal.²⁴

Píldoras anticonceptivas orales por combinación

Los preparados de esta categoría se conocen con varios nombres, entre otros, anticonceptivos orales por combinación, píldoras de control de la natalidad, anticonceptivos orales (ACO), píldoras anticonceptivas orales o, de forma más sencilla, <<la píldora>>.²⁴

Hoy día el contenido de estrógeno diario en muchos de los ACO varía de 20 a 50 µg de etinilestradiol y gran cantidad de ellos contiene 35 µg o menos.²⁴

Con los ACO, la dosis de progestágeno puede ser constante durante todo el ciclo (píldoras monofásicas), pero a menudo la dosis es variable (píldoras bifásicas y trifásicas). En algunas de estas últimas, las dosis de estrógeno varían también durante el ciclo menstrual.²⁴

Las píldoras multifásicas fueron elaboradas en un intento por disminuir la cantidad de progestágeno total por ciclos sin que se perdiera la eficacia anticonceptiva o el control de ciclos. Tal disminución se consigue al comenzar con una dosis pequeña de progestágeno y al aumentarla ulteriormente en el ciclo.²⁴

En teoría, la dosis total menor lleva al mínimo la intensidad de los cambios metabólicos inducidos por progestágenos y también los efectos adversos.²⁴

En unos cuantos ACO, las píldoras de placebo inerte han sido sustituidas por otras que contienen hierro. El nombre de ellas incluye el sufijo Fe, agregado.²⁵

Además, hay una modalidad de ácido fólico, el llamado levomefolato de calcio, que forma parte de las píldoras activas y las de tipo placebo.²⁴

Sistema transdérmico

El parche tiene una capa interior con un adhesivo y una matriz hormonal y otra capa exterior impermeable o resistente al agua.²⁴

Se aplica en los glúteos, en la cara externa del brazo, en la mitad inferior del vientre o superior del cuerpo, pero no en las mamas. Expulsa diariamente una dosis de 150 µg de progestágeno que es la norelgestromina y 20 µg de etinilestradiol. Durante tres semanas, se aplica cada semana un nuevo parche y la siguiente semana no se aplica parche alguno, para permitir que surja metrorragia por abstinencia o suspensión (intraterapéutica).²⁴

Anillo transvaginal

Es un anillo de polímero flexible con un diámetro externo de 54 mm y otro interno de 50 mm. Su material central libera una dosis diaria de 15 µg de etinilestradiol y 120 µg del progestágeno, que es el etonogestrel. Las dosis mencionadas inhiben de modo muy eficaz la ovulación.²⁴

El anillo se introduce en los primeros cinco días de haber comenzado la menstruación y se extrae después de tres semanas, para que durante una semana no esté colocado y se produzca la metrorragia intraterapéutica. Después de ese lapso, se introduce un nuevo anillo.²⁴

IV.1.3.2.2. Anticonceptivos con progestágeno solo

Los anticonceptivos que contiene sólo un progestágeno fueron creados para eliminar las reacciones adversas propias de los estrógenos.²⁴

Los progestágenos se pueden administrar por diversos mecanismos que incluyen tabletas, inyecciones, dispositivos e implantes subdérmicos.²⁴

Progestágenos inyectables

Entre los preparados inyectables están la forma de depósito del acetato de medroxiprogesterona (*DMPA, depotmedroxyprogesteroneacetate*). Cada 90 días se

aplica una inyección intramuscular de 150 mg. Un derivado del DMPA se aplica por vía subcutánea a razón de una dosis de 104 mg también cada 90 días. La dosis de 104 mg, por su absorción más lenta con la inyección subcutánea, equivale a la del preparado intramuscular de 150 mg.²⁴

Con uno u otro método, si se aplica la dosis inicial en los primeros cinco días después del comienzo de la menstruación, no se necesitará algún método anticonceptivo <<de refuerzo>>. El etantato de noretindrona es un tercer progestágeno inyectable de <<depósito>>; cada dos meses se inyecta por vía intramuscular una dosis de 200 mg.²⁴

Los progestágenos inyectables tienen eficacia anticonceptiva equivalente o mayor que la de ACO.²⁴

IV.1.3.2.3. Método de Amenorrea por lactancia.

La lactancia es un método de anticoncepción natural; de acuerdo con la OMS se denomina método de amenorrea de la lactancia. Como protección anticonceptiva tiene 98 por ciento de eficacia.²⁷

En promedio, 20 por ciento de las mujeres que amamantan a su hijo ovula ≥ 90 días después del parto. La ovulación suele anteceder a la menstruación, razón por la cual ellas están expuestas al riesgo de embarazarse sin desearlo.²⁴

En el caso de mujeres que alimentan con leche a su hijo de manera intermitente, la técnica anticonceptiva eficaz se debe comenzar como si no alimentaran a su niño. Además, la técnica anticonceptiva es esencial después de las primeras menstruaciones, salvo que se planee otro embarazo.²⁴

Las alternativas anticonceptivas durante la lactancia incluyen los dispositivos intrauterinos, métodos de barrera, métodos químicos y los métodos hormonales.²⁷

Los anticonceptivos hormonales combinados son una alternativa por su efectividad, pero no están indicados durante la lactancia. Existen los que están compuestos solo por progesterona, los actuales en cantidades menores a tres a cinco veces a las píldoras tradicionales.²⁷

Los anticonceptivos únicamente de progesterona permiten amamantar sin inconvenientes, y mantener una anticoncepción segura.²⁷

IV. 1.3.3. Métodos anticonceptivos del tercer tipo: eficacia moderada

Dentro de este grupo se encuentran los métodos de barrera y los métodos de conocimiento de las fechas de fecundidad.²⁴

IV. 1.3.3.1. Métodos de barrera

Los métodos de esta categoría incluyen diafragmas vaginales y preservativos para varones y para mujeres. La tasa notificada de embarazos con los métodos en cuestión varía de 2 a 6 por ciento en el primer año de uso y depende fundamentalmente del empleo preciso y constante.²⁴

Preservativo del varón

Casi todos los preservativos están elaborados de látex. Con menor frecuencia, se utilizan poliuretano o ciego de oveja. Los preservativos brindan una barrera eficaz contra el embarazo y su índice de ineficacia cuando los utilizan parejas fuertemente motivadas ha sido incluso de 3 o 4 por 100 parejas por año de exposición.²⁴

Una ventaja de los preservativos es que si se utilizan de manera apropiada, brindan considerable protección (no absoluta) contra muchas de las infecciones de transmisión sexual.²⁴

También son útiles para evitar los cambios premalignos del cuello uterino tal vez al bloquear la transmisión del virus del papiloma humano (HPV).²⁴

Preservativo femenino

Los preservativos para mujeres evitan el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Consiste en una vaina de poliuretano con un anillo del mismo material, pero flexible, en cada extremo. El anillo abierto permanece fuera de la vagina y el interno cerrado se ajusta detrás de la sínfisis del pubis y por debajo del cuello uterino, a semejanza de un diafragma. Es importante no utilizarlo junto con el preservativo del varón, porque con ambos puede haber deslizamiento, roturas o desplazamiento.²⁴

Diafragma combinado con espermicida

Está compuesto de una cúpula circular de látex de diversos diámetros apoyado en un resorte metálico circunferencial. Cuando se utiliza en combinación con un gel o crema espermicidas, puede ser muy eficaz. El espermicida se aplica en la superficie del cuello de forma central en la <<cúpula>> y a lo largo del borde. Hecho lo anterior, se coloca en la vagina para que queden separados de modo eficaz el cuello uterino, los fondos de saco vaginales y la pared anterior de la vagina, del resto de la vagina y el pene. Al mismo tiempo, queda adosado contra el cuello uterino por acción del diafragma, el agente espermicida colocado en el centro.²⁴

Es importante mucho antes del coito introducir el diafragma y el agente espermicida, pero el lapso no debe exceder de dos horas y, cuando se rebasa tal periodo, se aplica espermicida adicional en la zona superior de la vagina para protección máxima. Ha de utilizarse de nuevo el espermicida antes de cada coito.

El diafragma no se extrae durante seis horas, como mínimo, después de la relación sexual.²⁴

Escudo de Lea

Se trata de un dispositivo no desechable, lavable, de barrera, elaborado de silicona y que se coloca en el cuello del útero. El escudo protege de embarazo e infecciones de transmisión sexual; se puede colocar en cualquier momento adecuado antes del coito y debe quedar en su sitio durante ocho horas como mínimo después de consumada la relación sexual.²⁴

IV. 1.3.3.2. Métodos basados en el conocimiento de las fechas de fecundidad

Esta modalidad de protección anticonceptiva fue definida por la Organización Mundial de la Salud como un método que abarca la identificación de los días fértiles del ciclo menstrual.²⁴

Al saber tales fechas, la pareja evita el coito o utiliza un método de barrera durante ellas.²⁴ Estos incluyen el método del calendario, método del moco cervical, síntomas y temperatura.

IV. 1.3.4. Métodos anticonceptivos del cuarto tipo: menos eficaces

Los métodos de esta categoría conllevan una tasa notablemente grande de ineficacia con su empleo. Entre ellos están los espermicidas distribuidos en diversas modalidades, que incluyen una esponja-barrera.²⁴

IV. 1.3.4.1. Espermicidas

Estos anticonceptivos se distribuyen en forma de cremas, geles, óvulos, películas y espuma de aerosol. Las probables usuarias abarcan mujeres para quienes son inaceptables los demás métodos.²⁴

Los espermicidas oponen una barrera física a la penetración de espermatozoides y también aportan su acción química para tal fin. El ingrediente activo es el nonoxinol-9 o el octoxinol-9.²⁴

Es necesario colocar los espermicidas en un punto alto de la vagina en contacto con el cuello uterino poco antes del coito. Su eficacia máxima no dura más de una hora.

Es mejor que la mujer no se lave los genitales (ducha) durante seis horas, como mínimo, después del coito.²⁴

IV. 1.3.4.2. Esponja anticonceptiva

Consiste en un disco de poliuretano impregnado de nonoxinol-9 que se puede colocar incluso 24 horas antes del coito. El disco se humedece y aplica directamente contra el cuello del útero. Mientras está colocado, tiene capacidad anticonceptiva sea cual sea la frecuencia del coito. Debe estar en su sitio seis horas después de la relación sexual.²⁴

IV.1.3.4.3. Coitus Interruptus

El coito interrumpido es la remoción del pene de la vagina antes de la eyaculación. Este método es tan impredecible que algunos expertos han concluido que no pertenece a ninguna de las otras categorías de técnicas anticonceptivas.²⁴

IV. 1.3.5. Anticoncepción de Emergencia

Los métodos en cuestión son adecuados para mujeres que intentan obtener cuidados anticonceptivos después del coito consensual pero sin protección o después de violación sexual.²⁴

Los métodos disponibles hoy día incluyen compuestos con esteroides sexuales, otros con antiprogesterona y dispositivo intrauterino de cobre. Como dato importante, la duración de su acción es breve y, por tal razón, las mujeres con situaciones y trastornos que normalmente contraindicarían el empleo de productos hormonales, pueden recibir estos compuestos para evitar, como método de suma urgencia, un embarazo no deseado.²⁴

Anticoncepción de urgencia con productos hormonales

Combinaciones de estrógeno con progestágeno

Conocidos también como el método Yuzpe. Tiene más eficacia conforme más pronto se les utilice después de un coito sin protección, pero es necesario ingerir las píldoras en un término de 72 horas luego de la relación sexual, aunque se pueden administrar incluso hasta las 120 horas. Doce horas después de la dosis inicial, se consume una segunda dosis.²⁴

Regímenes con progestágeno solo

El método a base de progestágeno solo para situaciones de urgencia se expende en la forma de Plan B y Plan B de una fase. El Plan B consiste en dos píldoras y cada una contiene 0.75 mg de levonorgestrel. La primera dosis se ingiere en el curso de 72 h después del coito sin protección, pero puede usarse incluso hasta luego de 120 h y la segunda dosis se ingiere 12 h después.²⁴

El Plan B de una fase incluye una sola dosis de 1.5 mg de levonorgestrel ingeridos de manera óptima en un término de 72 h o incluso hasta 120 h después de la relación sexual.²⁴

Antiprogestágenos y moduladores selectivos del receptor de progestágeno

Se han sintetizado compuestos que tienen actividad anticonceptiva porque impiden la preparación (mediada por progesterona) del endometrio sensibilizado por el estrógeno, para recibir el ovocito por implantar.²⁴

Mifepristona, es un antagonista de progesterona que retrasa la ovulación o impide el desarrollo del endometrio secretor.²⁴

El acetato de ulipristal se ingiere en la forma de una tableta de 30 mg incluso 120 horas después del coito sin protección.²⁴

Dispositivos intrauterinos con cobre

El DIU de cobre tiene una eficacia del 99 por ciento si se inserta en un plazo de cinco días de haber tenido relaciones sexuales sin protección. El DIU se puede dejar después en el útero como método normal de control de natalidad.²⁸

IV.1.4. Mecanismos de acción

IV.1.4.1. Métodos anticonceptivos del primer tipo (más eficaces).

IV.1.4.1.1. Anticoncepción intrauterina

Sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (LNG-IUS):

El progestágeno en este dispositivo actúa al atrofiar el endometrio; estimula el espesamiento del moco cervical, lo cual bloquea la penetración del espermatozoide en el útero y puede disminuir la motilidad tubárica y con ello evitar la unión del óvulo y el espermatozoide. También se puede inhibir la ovulación, aunque es un hecho inconstante.²⁴

Dispositivo Intrauterino con T de cobre 380 A.

La intensa reacción inflamatoria local inducida en el útero por los dispositivos de cobre, facilita la activación lisosómica y otras acciones inflamatorias, con características espermicidas. En el caso remoto de que se produzca la fecundación, contra el blastocito se dirigen las mismas acciones inflamatorias. Por último, todo el endometrio se torna hostil e inadecuado para la implantación.²⁴

IV.1.4.1.2. Implantes de progestágenos

El progestágeno liberado de forma continua suprime la ovulación, intensifica la viscosidad del moco cervical y origina cambios atróficos en el endometrio.²⁴

IV.1.4.1.3. Técnicas de esterilización permanente.

Esterilización femenina

La oclusión mecánica, química o el corte de las trompas de Falopio evita que un ovulo no fertilizado pase a través de las trompas donde puede ser fertilizado por un espermatozoide.²⁶

Esterilización masculina

Vasectomía

Al Interrumpir los conductos deferentes, se impide que los espermatozoides lleguen al semen. Por consiguiente, el semen se eyacula sin espermatozoides.²⁴

IV.1.4.2. Métodos anticonceptivos del segundo tipo (muy eficaces)

IV.1.4.2.1. Anticonceptivos por combinación hormonal

Inhiben la ovulación al suprimir los factores liberadores de gonadotropina por el hipotálamo, lo cual evita la secreción de hormona foliculoestimulante (FSH) y de hormona luteinizante (LH) por parte de la hipófisis.²⁴

Los estrógenos suprimen la liberación de FSH y estabilizan el endometrio para evitar la metrorragia, situación conocida como goteo intermenstrual.²⁴

Los progestágenos inhiben la ovulación al suprimir la LH, espesan el moco cervical para retrasar el paso de espermatozoides y hacen que el endometrio quede en un estado inadecuado para la implantación del óvulo.²⁴

De ese modo, los anticonceptivos por combinación hormonal generan efectos anticonceptivos de las dos hormonas y se ingieren diariamente tres de cuatro semanas, con lo cual se obtiene una protección prácticamente absoluta contra el embarazo.²⁴

IV.1.4.2.2. Formulaciones con progestágenos solos

Las píldoras con progestágeno solo, llamadas también minipíldoras, los ingiere diariamente la mujer. No inhiben con certeza la ovulación, sino que su eficacia depende más bien de alteraciones del moco cervicouterino y de sus defectos en el endometrio.²⁴

Los cambios del moco no persisten más allá de 24 horas, razón por la que, para obtener eficacia máxima, la mujer debe ingerir la píldora a la misma hora todos los días.²⁴

Anticoncepción hormonal transdérmica y anillo vaginal

El parche, que se adhiere a la piel de la usuaria, y el anillo vaginal contienen combinaciones de etinilestradiol y un progestágeno potente. Ambos liberan esteroides de forma sostenida, lo que produce unas concentraciones séricas relativamente constantes, que son menores que las concentraciones máximas de los ACO pero suficientes para evitar la ovulación.²⁶

IV.1.4.2.3. Método de Amenorrea por lactancia

La lactancia inhibe la ovulación. La succión del neonato eleva las concentraciones de prolactina y reduce la secreción de gonadoliberina (hormona liberadora de gonadotropina (GnRH)) del hipotálamo, reduciendo la liberación de lutropina (hormona luteinizante) por lo que se inhibe la maduración folicular.²⁶

IV.1.4.3. Métodos anticonceptivos del tercer tipo (eficacia moderada)

IV.1.4.3.1. Métodos de barrera

Como su nombre indica, estos métodos (preservativo masculino, femenino, diafragma con espermicida, capuchón cervical y escudo de lea) funcionan como barrera mecánica evitando que los espermatozoides entren a vagina y útero y se unan con el óvulo, evitando la fecundidad.²⁹

Además en algunos métodos que se utilizan con espermicida, se produce la destrucción o inactivación de los espermatozoides.²⁹

IV.1.4.3.2. Anticoncepción natural

La anticoncepción natural requiere evitar las relaciones sexuales durante el periodo fértil cerca del momento de la ovulación.²⁶

Se han utilizado una variedad de métodos: El método del calendario, el método del moco (Billings o método de la ovulación) y el método de síntomas y temperatura que

es una combinación de los dos primeros. Con el método del moco, la mujer intenta predecir el periodo fértil evaluando las características del moco cervical con sus dedos. Bajo la influencia del estrógeno, el moco aumenta en cantidad y se vuelve progresivamente más viscoso y elástico hasta que se alcanza el día de la ovulación.²⁶

Después, el moco se vuelve más escaso y seco bajo la influencia de la progesterona, hasta la siguiente menstruación. Las relaciones pueden permitirse durante los <<días secos>>, justo después de la menstruación y hasta que el moco sea detectado. De ahí en adelante, la pareja debe abstenerse hasta el cuarto día posterior al día <<pico>>.²⁶

El método de síntomas y temperatura, el primer día de la abstinencia puede predecirse ya sea por el calendario, al restar 21 días a la duración del ciclo menstrual más corto durante los seis meses anteriores, o por el primer día en que el moco sea detectado, lo que suceda primero. El final del periodo fértil se pronostica mediante la temperatura corporal basal.²⁶

La mujer toma su temperatura todas las mañanas y reanuda las relaciones tres días después del cambio de temperatura, el aumento en la temperatura significa que el cuerpo lúteo está produciendo progesterona y que la ovulación se ha producido.²⁶

El método postovulatorio es una variación en la que la pareja tiene relaciones solo si se ha detectado la ovulación.²⁶

IV.1.4.4. Métodos anticonceptivos del cuarto tipo (menos eficaces)

IV.1.4.4.1. Espermicidas

Funcionan como barrera física a la penetración de los espermatozoides y como espermicidas químicos.³⁰ Inmoviliza, inactiva, daña y/o mata el espermatozoide.³¹

IV.1.4.4.2. Esponja anticonceptiva

Actúa como barrera a los espermatozoides, absorbiendo el semen, y como espermicida destruyendo los espermatozoides.³⁰

IV.1.4.4.3. Coitus Interruptus

Al retirar completamente el pene de la vagina y de los genitales externos antes de la eyaculación se impide el contacto del espermatozoide con la vagina.²⁶

IV.1.4.5. Anticoncepción de emergencia

Anticoncepción de urgencia con productos hormonales

Los anticonceptivos hormonales tienen diferentes mecanismos de acción. Un mecanismo importante es la inhibición o el retraso de la ovulación.²⁴

Otros sugeridos incluyen cambios endometriales que impiden la implantación; la interferencia con el transporte o la penetración de espermatozoides y la disminución de la función del cuerpo amarillo.²⁴

Dispositivo Intrauterino de cobre para anticoncepción de Emergencia

Interrumpe el proceso de fertilización y evita que un óvulo fertilizado se adhiera al útero.²⁷

IV.1.5. Epidemiología

IV.1.5.1. Uso de métodos anticonceptivos a nivel mundial

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en el África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54 por ciento en 1990 a un 57,4 por ciento en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6 por ciento a 28,5 por ciento; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9 por ciento a un 61,8 por ciento, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7 por ciento.³²

IV.1.5.2. Uso de métodos anticonceptivos en República Dominicana

En el cuestionario de la Mujer, ENDESA 2013 se incluyó una sección sobre el conocimiento y el uso actual de los métodos de planificación familiar. Los resultados de las encuestas muestran que en el total de mujeres en unión un 72 por ciento usaba algún método anticonceptivo a la fecha de la ENDESA 2013.⁵

En el caso de los métodos modernos, estas cifras son de 70 y 69 por ciento, respectivamente.⁵

En cuanto a los niveles de uso de métodos específicos, la ENDESA 2013 revela una reducción relativamente fuerte en la proporción de usuarias de la esterilización femenina en los últimos seis años, desde 47 hasta 41 por ciento, la cual es compensada en gran parte por los aumentos durante el mismo lapso en el uso de la píldora anticonceptiva (de 13-17%), de la inyección (de 4-6%) y en menor medida del condón masculino (de 2-3%).⁵

Entre las mujeres no unidas sexualmente activas, el 68 por ciento de ellas usa algún método anticonceptivo y el 63 por ciento utiliza un método moderno.⁵

La prevalencia de uso de métodos aumenta con la edad de la mujer desde 55 por ciento en el grupo de mujeres casadas o unidas de 15-19 años hasta 81 por ciento en las de 35-39 años, para luego disminuir a 77 por ciento en los últimos dos grupos de edades.⁵

Por otra parte la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS) 2014 en su apartado de salud reproductiva establece que el 21.4 por ciento de las mujeres entre 20 y 24 años tuvieron al menos un nacido vivo antes de los 18 años. El porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años actualmente casadas o en unión que usa algún método anticonceptivo es del 69.6 por ciento.¹³

El porcentaje de mujeres entre 15-49 años que actualmente están casadas o en unión, en edad fértil y que desean espaciar los nacimientos o limitar la cantidad de niños que tengan y que actualmente no usa anticonceptivos es del 11.4 por ciento.¹³

IV. 1.5.3. Conocimientos de Métodos de planificación familiar

Prácticamente la totalidad de las mujeres entrevistadas en ENDESA 2013, independientemente de la edad, la zona o región de residencia, el nivel de educación o el quintil de riqueza conoce algún método de planificación familiar.⁵

Los métodos modernos de planificación familiar son más conocidos que los métodos tradicionales. En efecto, un 100 por ciento de las mujeres conoce los modernos, mientras que los métodos tradicionales son conocidos por un 80 por ciento de las mujeres en edad fértil, por un 84 por ciento de las casadas o unidas y un 86 por ciento de las no unidas pero sexualmente activas.⁵

Entre los métodos modernos más conocidos por las mujeres figuran la píldora y el condón masculino (99%), seguido muy de cerca por la esterilización femenina y las inyecciones (98%), el DIU y el implante son conocidos por el 85 por ciento de las mujeres; mientras los menos conocidos son la esterilización masculina (70%) y amenorrea por lactancia o MELA (59%).⁵

El retiro es el método tradicional más conocido, en el total de mujeres el 72 por ciento lo conoce, el ritmo es conocido por el 69 por ciento de todas las mujeres, y los métodos folclóricos por el 4 por ciento.⁵

IV.1.6. Efectos adversos

IV.1.6.1. Métodos anticonceptivos del primer tipo (Más eficaces)

IV.1.6.1.1. Anticoncepción intrauterina

En general los efectos adversos de estos dispositivos no son graves y los efectos graves son muy raros.

Con el uso prolongado y conforme aumenta la edad de la usuaria, disminuye la frecuencia de los embarazos no planeados, expulsión y complicaciones hemorrágicas.³⁰

Se pueden mencionar:

- Perforación uterina
- Cólicos y hemorragia
- Menorragia

-Infección. Se han descrito diversas infecciones pélvicas, en algunos casos incluso letales, una de ellas es el aborto séptico, que obliga a realizar un legrado de inmediato.³⁰ La única infección pélvica relacionada con DIU es la actinomicosis.²⁶

-Embarazo con DIU. Si se confirma que el embarazo es intrauterino, y si el DIU no se extrae, existe un 50 por ciento de riesgo de aborto.³³

-Embarazo ectópico. El DIU previene mejor el embarazo normal que el ectópico, por lo que la frecuencia relativa de este último aumenta.³³

IV.1.6.1.2. Implantes de progestágenos

Hemorragia vaginal impredecible, amenorrea,²⁵ cefalea, aumento de peso, acné, sensibilidad mamaria y labilidad emocional.³⁴

Puede presentar un modesto aumento de antitrombina III y una pequeña disminución de la actividad del factor VI, cambios que podrían reducir la coagulabilidad. Pequeños incrementos de bilirrubina se puede observar con más frecuencia en las usuarias de levonorgestrel que en las de etonorgestrel.²⁶

IV.1.6.1.3. Métodos de esterilización permanente.

Esterilización tubárica

Las complicaciones aumentan con el uso de anestesia general, la cirugía abdominal o pélvica previa, los antecedentes de EIP, obesidad y diabetes mellitus.²⁶

La complicación importante más frecuente es la laparotomía imprevista al encontrar adherencias. También pueden presentarse infecciones y lesión en órganos intraabdominales.³⁵

Raramente aparece una salpingitis como complicación quirúrgica.²⁶

Además se ha descrito un riesgo aumentado de embarazo ectópico, menorragia y goteo intermenstrual después de la esterilización tubárica. También la incidencia de quistes ováricos funcionales aumenta casi al doble después de la esterilización tubárica.²⁴

Riesgos de histeroscopia

Respuestas vasovagáles, cólicos, náuseas y oligometrorragia. Perforación por el dispositivo durante la inserción y su expulsión. Hipervolemia, lesiones a órganos

adyacentes, sangrado e infección que se producen en menos de 1 por ciento de los casos.²⁶

Riesgos de esterilización masculina

Vasectomía

Las complicaciones quirúrgicas son los hematomas escrotales, la infección de la herida y la epididimitis; sin embargo, son raras las secuelas serias.²⁶

IV.1.6.2. Métodos anticonceptivos del segundo tipo (muy eficaces)

IV.1.6.2.1. Anticonceptivos Hormonales

Las reacciones adversas más frecuentes, aunque menos graves, que en general desaparecen tras las primeras administraciones son:

- Náuseas y vómitos, secundarios al contenido de estrógenos del preparado. Tienen a desaparecer con el uso continuado.³³

- Aumento de peso que se atribuye generalmente a la retención de líquido, por lo que los gestágenos con actividad antiminerlocorticoidea pueden reducir su incidencia.³³

- Cefaleas, desencadenadas por el efecto de los estrógenos sobre la aldosterona.³³

- Mastalgias que se debe al efecto estrogénico sobre áreas de hiperplasia focal o por la interrupción brusca del gestágeno en la semana de descanso.³³

- Cloasma, hiperpigmentación cutánea parcheada, de desarrollo lento y en relación con el tratamiento y la exposición solar prolongada.³³

- Depresión.³³

- Disminución de la libido.³³

- Infecciones urinarias dependientes de la dosis de estrógeno.³³

- Sangrados irregulares (*Spotting*); Se presentan con mayor frecuencia en los primeros ciclos y son más habituales cuanto más baja es la dosis de estrógeno.³³

- Amenorrea como consecuencia de una escasa proliferación endometrial por predominio del componente gestagénico sobre el estrogénico.³³

- Amenorrea postpíldora.³³

-Colelitiasis: los estrógenos poseen propiedades litogénicas, incrementando la secreción biliar de colesterol y su índice de saturación.³³

-Colestasis: puede ocurrir en los primeros meses de uso y se manifiesta por prurito e hiperbilirrubinemia conjugada.³³

Efectos adversos mayores:

Tromboembolismo venoso: Existe una elevación del riesgo relativo en las mujeres usuarias, sobre todo durante el primer año de empleo.³³

Este riesgo, que es menor que el observado en las mujeres gestantes, se debe a que la anticoncepción induce una elevación de los factores I, II, VII, IX, X y del plasminógeno.³³

Trombofilia

Los cambios en el sistema de coagulación se detectan en todas las mujeres, incluyendo aquellas que toman anticonceptivos orales (ACO) de baja dosis; sin embargo, algunas están genéticamente predisuestas a la trombosis cuando se exponen al embarazo a la administración de estrógeno exógeno.²⁶

Las pacientes con deficiencia congénita de antitrombina III, proteína C o proteína S tienen un riesgo muy elevado de trombosis en la gestación o con el tratamiento con estrógenos, pero son una proporción muy pequeña de las potenciales usuarias de ACO. Una variación más habitual, el factor V de Leiden, se observa en el 3 por ciento al 5 por ciento de la población caucásica; estas últimas no deben recibir anticonceptivos que tengan estrógenos, como por ejemplo la píldora, el parche o el anillo.²⁶

Infarto del miocardio

Los anticonceptivos orales con dosis reducidas no aumentan el riesgo de padecer infarto del miocardio en las mujeres que no fuman. De hecho, el *American College of Obstetricians and Gynecologists* afirma que no existen contraindicaciones para administrar anticonceptivos orales a las mujeres mayores de 35 años que no fuman.³⁰

Es importante reconocer que el tabaquismo constituye un factor de riesgo independiente de infarto del miocardio y que el tabaquismo y los anticonceptivos orales actúan en forma sinérgica elevando este riesgo, en especial después de los 35 años.³⁰

Anticonceptivos orales e ictus

En la década de 1970, el consumo de ACO parecía relacionarse con el riesgo de ictus tanto hemorrágico como trombótico, pero estos estudios fracasaron al no considerar factores de riesgo preexistentes.²⁶

La enfermedad de moyamoya, una forma rara de insuficiencia vascular cerebral, está claramente relacionada con el uso de ACO en especial entre fumadoras.²⁶

Las pruebas actuales muestran que no hay riesgo para las mujeres sanas que toman las píldoras de bajas dosis.²⁶

Las mujeres fumadoras o las que padecen hipertensión o diabetes tienen un claro incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular, con independencia de que usen o no ACO.²⁶

Hipertensión arterial

Es poco frecuente, pero puede aparecer hasta en un 5 por ciento de las usuarias, sobre todo, en los primeros 6 meses de uso.²⁶

Metabolismo de la glucosa

Los estrógenos orales solos no tienen efectos secundarios sobre el metabolismo de la glucosa, pero los progestágenos muestran un efecto antagonista de la insulina. Las antiguas presentaciones, con mayores dosis de progestágenos, producían alteraciones en las pruebas de tolerancia a la glucosa, con concentraciones elevadas de insulina en la paciente promedio.²⁶

Los efectos sobre el metabolismo de la glucosa, al igual que sobre los lípidos, están relacionados con la potencia androgénica de los progestágenos y con las dosis.²⁶

Metabolismo de los lípidos

Los andrógenos y los estrógenos compiten con la lipasa hepática, una enzima crítica en el metabolismo lipídico. Los estrógenos disminuyen las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y elevan las lipoproteínas de alta densidad (HDL), cambios que se espera que disminuyan el riesgo de aterosclerosis.²⁶

Los andrógenos y los progestágenos androgénicos pueden antagonizar estos efectos benéficos, disminuyendo los niveles de HDL y elevando los de LDL.²⁶

Los estrógenos elevan los triglicéridos. Los compuestos con baja dosis tienen efectos secundarios mínimos sobre el metabolismo de los lípidos, y las nuevas presentaciones (con desogestrel y norgestimato como progestágenos) producen cambios potencialmente beneficiosos, al elevar las HDL y disminuir las LDL.²⁶

Las mujeres cuyos valores lipídicos son mayores de la media antes del tratamiento es más probable que presenten alteraciones durante el tratamiento.²⁶

Otros efectos metabólicos.

Los ACO pueden producir cambios en una amplia variedad de proteínas sintetizadas en el hígado.²⁶

Los estrógenos de los ACO elevan las concentraciones circulantes de globulina transportadora de hormona tiroidea, por lo tanto alteran los estudios de función tiroidea basados en la unión, al aumentar las concentraciones totales de tiroxina (t4) y disminuir la capacidad de captación de resina de triyodotironina (t3).²⁶

Los resultados de las pruebas actuales de función tiroidea que miden la t4 libre y las pruebas de radioyodo son normales.²⁶

Anticonceptivos orales y cáncer

Cáncer de endometrio y de ovario.

Los ACO combinados reducen los riesgos de cáncer de endometrio y de ovario subsecuentes.²⁶

Dos años de consumo de ACO reducen el riesgo de cáncer de endometrio en un 40 por ciento y cuatro años o más de consumo reducen el riesgo en un 60 por ciento.²⁶

Cáncer cervicouterino

Se ha descrito un riesgo aumentado de carcinoma in situ e invasivo a largo plazo con infección persistente por HPV al actuar de facilitadores en la carcinogénesis.³³

Cáncer de Mama

Se ha descrito un ligero aumento del riesgo relativo en mujeres jóvenes que iniciaron la toma de manera precoz y prolongada. Los cánceres diagnosticados tienen mejor pronóstico por ser más localizados en comparación con los diagnosticados en no usuarias.³³

Tumores hepáticos.

Los ACO han sido señalados como causa de adenomas hepáticos benignos. Estos tumores hormonodependientes pueden provocar una hemorragia mortal. Suelen desaparecer cuando se suspende el ACO, y el riesgo se relaciona con el uso prolongado. Presumiblemente, los nuevos ACO con menos dosis tienen menos riesgo.²⁴

Anticonceptivos orales e infecciones de transmisión sexual.

La colonización del cuello uterino por clamidia se presenta más frecuentemente en las usuarias de ACO, pero a pesar de este hallazgo, varios estudios de casos y controles encontraron un riesgo disminuido de EIP aguda entre estas usuarias. En contraste, un estudio subsecuente no encontró protección con el uso de ACO.²⁶

Aun no se tiene certeza de si los anticonceptivos hormonales influyen en la adquisición del VIH. El estudio más amplio realizado concluyó que el riesgo global no está incrementado con los ACO combinados o la DMPA inyectable.²⁶

IV.1.6.2.2. Vías alternativas de anticoncepción hormonal

Parches

Sangrados inesperados/oligometrorragia en los dos primeros ciclos, mastalgias, dismenorrea y dolor abdominal. Riesgo de trombosis venosa. Otros efectos secundarios son poco frecuentes.²⁶

Anillo vaginal

Metrorragia inesperada. Casi 20 por ciento de las mujeres y 35 por ciento de los hombres manifiestan percibir el anillo durante el coito.²⁶

Anticonceptivos hormonales inyectables.

Acetato de medroxiprogesterona de liberación lenta: DMPA puede producir sangrado vaginal irregular persistente, aumento de peso, disminución de la masa ósea. Tiene efectos no homogéneos sobre los lípidos, puede presentar disminución de las concentraciones de colesterol total y triglicéridos, una pequeña reducción en el colesterol HDL y un pequeño aumento, o no tienen cambios en el colesterol LDL. También pueden producir elevación de la glucosa.²⁶

En raras ocasiones se ha presentado trombosis venosa y tromboembolias en las usuarias de DMPA, pero esto se ha descrito en usuarias con altos riesgos cardiovasculares independientes del DMPA.²⁶

DMPA subcutáneo

Ganancia de peso, pérdida de la masa ósea.²⁶

IV.1.6.2.3. Método de amenorrea de la Lactancia

No se han descrito efectos adversos.²⁶

IV.1.6.3. Métodos anticonceptivos del tercer tipo (moderadamente eficaces)

IV.1.6.3.1. Métodos de barrera

Preservativos

El riesgo de rotura del preservativo es de un 3 por ciento y se relaciona con la fricción. El uso de lubricantes con base de agua puede reducir este riesgo. Los productos basados en petróleo como los aceites minerales deben evitarse, porque incluso una exposición breve puede reducir la resistencia del preservativo.

Efectos adversos: reacciones alérgicas al látex o al poliuretano.²⁶

Diafragma

El uso del diafragma, especialmente el uso prolongado durante múltiples coitos, parece incrementar el riesgo de infecciones urinarias.²⁶

El riesgo de cistitis aumenta con el número de días que se utiliza el diafragma durante la semana. Se han descrito casos de síndrome de choque tóxico.²⁶

Efectos adversos: reacción alérgica al látex o al espermicida.²⁹

Capuchón cervical

El uso frecuente de espermicidas puede aumentar el riesgo de contraer VIH.²⁹

Se han descrito casos de síndrome de choque tóxico. También riesgo de contraer una infección de las vías urinarias.²⁹

Efectos adversos: reacción alérgica al espermicida, e irritación vaginal u olor desagradable.²⁹

Escudo de Lea

Entre los posibles efectos secundarios se encuentran sangrado anormal o manchado, incomodidad de la pareja al sentir el dispositivo, dolor o molestia urogenital, infección del tracto urinario, vaginitis, prueba de Papanicolau anormal, entre otros.³⁶

IV.1.6.3.2. Anticoncepción natural

Los métodos de anticoncepción natural no tienen efectos adversos.³⁷

IV.1.6.4. Métodos anticonceptivos del cuarto tipo (menos eficaces)

IV.1.6.4.1. Espermicidas

El uso frecuente de espermicidas puede causar cambios en el revestimiento de la vagina y el recto, que a su vez aumenta el riesgo de contraer el VIH de una pareja infectada.²⁹

Efectos adversos: reacciones alérgicas al espermicida y vaginitis.²⁹

IV.1.6.4.2. Esponja

Efectos adversos: Síndrome de choque tóxico en algunas mujeres que usan la esponja, irritación vaginal y reacciones alérgicas al poliuretano, los espermicidas o los sulfitos (todos estos se encuentran en la esponja).²⁹

IV.1.6.4.3. Coitus Interruptus

Efectos psicológicos adversos tanto para el hombre como para la mujer sobre todo por el miedo de no realizar la extracción del pene antes del orgasmo; hay capacidad fecundante del espermatozoide en vulva, previa a la eyaculación hay fuga espermática, puede producir hipertrofia prostática, síndrome de congestión pélvica, frigidez e insatisfacción sexual.³³

IV.1.6.5. Anticoncepción de emergencia

Nauseas, vómitos, alteraciones de la menstruación, cefalea, vértigo, mastalgia. Se han publicado varios informes de casos de episodios trombóticos después del uso de la combinación de estrógenos/levonorgestrel para anticoncepción de emergencia.²⁶

IV. 1.7. Contraindicaciones

IV. 1.7.1. Métodos de anticoncepción del primer tipo (más eficaces)

IV. 1.7.1.1. Anticoncepción intrauterina

Generales:

- Embarazo confirmado o sospechado.³⁰
- Anomalías del útero que provocan distorsión de la cavidad uterina.³⁰
- Enfermedad pélvica inflamatoria aguda o antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria a menos que se haya producido un embarazo uterino ulterior.³⁰
- Endometritis puerperal o aborto infectado en los últimos tres meses.³⁰
- Neoplasia cervicouterina sospechada o confirmada o estudio citológico anormal sin resolución.³⁰
- Hemorragia genital de causa desconocida.³⁰
- Cervicitis o vaginitis aguda sin tratamiento, incluso vaginosis bacteriana, hasta detener la infección.³⁰

- Parejas sexuales múltiples en la mujer o su pareja.³⁰
- Enfermedades que aumentan la predisposición a infecciones, por ejemplo: leucemia, SIDA y adicción a drogas endovenosas.³⁰
- Antecedente de embarazo ectópico o de otra enfermedad que predispone al embarazo ectópico.³⁰
- Actinomicosis genital.³⁰
- Dispositivo intrauterino previo que no ha sido extraído.³⁰

DIU con cobre, no se debe usar en presencia de:

- Enfermedad de Wilson.³⁰
- Alergia al cobre.³⁰

La aplicación de DIU con levonorgestrel está contraindicada en presencia de:

- Hipersensibilidad a cualquier componente de este producto.³⁰
- Carcinoma mamario sospechado o confirmado.³⁰
- Hepatopatía aguda o tumor hepático.³⁰

IV. 1.7.1.2. Implantes de progestágeno

Embarazo, trombosis o trastornos tromboembólicos, tumores hepáticos benignos o malignos, hepatopatía activa, metrorragia anormal no diagnosticada o cáncer de mama.²⁴

IV. 1.7.1.3. Métodos de esterilización permanente.

Esterilización femenina

- Embarazo sospechado o confirmado.³⁸
- Infecciones pélvicas activas (peritonitis pélvica).³⁸
- Infección sistémica aguda.³⁸
- Enfermedad hepática activa.³⁸
- Infección de la piel en el sitio de operación propuesto.³⁸
- Enfermedad de transmisión sexual.³⁸
- Anemia severa (menos de 8 mg/dl).³⁸
- Enfermedad respiratoria aguda.³⁸
- Enfermedad cardiovascular o coronaria actual.³⁸
- Enfermedad trofoblástica maligna.³⁸

- Cualquier otro riesgo operatorio temporal.³⁸
- Cualquier condición psiquiátrica que pueda impedir la decisión.³⁸

Condiciones que incrementan los riesgos quirúrgicos:

- Endometriosis.³⁸
- Infección pélvica pasada.³⁸
- Cirugía abdominal o pélvica complicada en el pasado.³⁸
- Obesidad.³⁸
- Hernia umbilical.³⁸
- Discrasias sanguíneas.³⁸

Vasectomía

No existe ninguna contraindicación absoluta.³⁹

Las contraindicaciones relativas son:

- Riesgos propios de la cirugía (sangrado, alergia al anestésico local).³⁹
- Patologías escrotales (cicatrización de cirugía post-inguinal, queloides, infecciones activas del aparato genitourinario).³⁹

IV. 1.7.2. Métodos anticonceptivos del segundo tipo (Muy eficaces)

IV. 1.7.2.1. Anticoncepción hormonal

Contraindicaciones absolutas:

- Pacientes con riesgo cardiovascular: fumadoras mayores de 35 años (o no fumadoras mayores de 40).³³
- Antecedentes de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar.³³
- Cirugía mayor con previsible períodos prolongados de inmovilización.³³
- Mutaciones de genes con carácter trombogénico (factor V, protrombina, proteína C y S y antitrombina).³³
- HTA mal controlada.³³
- Diabetes con afectación vascular (vasculopatía, nefropatía, retinopatía o neuropatía).³³
- Vasculopatía inflamatoria.³³
- Cardiopatías graves.³³

- Pacientes con afectación hepática importante: adenoma hepático, hepatopatías activas como cirrosis activa (la hepatitis A no se considera contraindicación absoluta).³³
- Porfiria aguda intermitente.³³
- Antecedentes de ictericia durante la gestación, colestasis intrahepática.³³
- Embarazo, confirmado o sospechado.³³
- Cáncer de mama y otros tumores hormonodependientes.³³
- Discrasia sanguínea, anemia de células falciformes, por el riesgo de trombosis.³³
- Sangrado genital anormal no filiado.³³
- Migrañas con aura a cualquier edad.⁴⁰

Contraindicaciones relativas

- Migraña común que inicia o empeora con la anticoncepción hormonal especialmente en mujeres mayores de 35 años.⁴⁰
- Hipertensión con una presión arterial diastólica de reposo de 90 mmHg o más o presión arterial sistólica en reposo de 140 mmHg o más en tres o más visitas separadas, o una medición de presión diastólica de 110 mmHg o más en una sola visita.⁴⁰
- Función hepática alterada (mononucleosis en fase aguda, cambios inducidos por fármacos).⁴⁰
- Hipertrigliceridemia.⁴⁰
- Medicamentos que interactúan con los anovulatorios como algunos fármacos usados en el tratamiento de las siguientes enfermedades: epilepsia, dislipidemia, prediabetes, varices severas, litiasis biliar, cefalea, HTA, depresión, asma y colitis ulcerosa.³³

IV. 1.7.2.2. Método de amenorrea de la Lactancia.

- Infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).⁴¹
- Madres malnutridas.⁴¹
- Niños con Galactosemia.⁴¹

- Madres que consumen drogas de abuso como heroína, cocaína, anfetamina y marihuana.⁴¹

IV. 1.7.3. Métodos anticonceptivos del tercer tipo (moderadamente eficaces)

IV. 1.7.3.1. Métodos de barrera

Preservativo masculino

- Alergia o hipersensibilidad al látex o al espermicida.⁴⁰
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.⁴⁰

Preservativo femenino

- Alergia o hipersensibilidad al látex o al espermicida.⁴⁰

Diafragma

- Reacciones alérgicas de la mujer o su pareja a la silicona o al espermicida.⁴⁰
- Infecciones crónicas de las vías urinarias o con historia de síndrome de shock tóxico.⁴⁰

Capuchón cervical

- Alergia al espermicida.⁴⁰
- Alergia al material del dispositivo.⁴⁰
- Alergia de la pareja al dispositivo o al espermicida.⁴⁰
- Cáncer uterino o cervical sospechoso o confirmado.⁴⁰
- Historia de síndrome de choque tóxico.⁴⁰
- Infección vaginal o cervical activa, enfermedad inflamatoria pélvica.⁴⁰
- No debe ser usado durante el postparto o después de un aborto por 6 semanas.⁴⁰
- Prolapso uterino de tercer grado.⁴⁰
- Corte o rasgado en vagina o cervix a la examinación pélvica.⁴⁰

Escudo de LEA

- Alergia al espermicida.⁴⁰
- Alergia al material del dispositivo.⁴⁰
- Alergia de la pareja al dispositivo o al espermicida.⁴⁰
- Cáncer uterino o cervical sospechado o confirmado.⁴⁰
- Historia de síndrome de choque tóxico.⁴⁰
- Infección vaginal o cervical activa, enfermedad inflamatoria pélvica.⁴⁰
- No debe ser usado durante el postparto o después de un aborto por 6 semanas.⁴⁰
- Adhesiones entre cérvix y paredes vaginales.⁴⁰
- Prolapso uterino de tercer grado.⁴⁰

IV. 1.7.3.2. Anticoncepción natural

La anticoncepción natural no tiene efectos secundarios conocidos. Si hay una contraindicación para su uso sería para las parejas que deben impedir la concepción (tal vez porque la mujer está tomando un medicamento que sería perjudicial para el feto o la pareja absolutamente no quiere la responsabilidad de un niño), debido a que la tasa de fracaso de todas las formas es de 25 por ciento.³⁷

IV. 1.7.4. Métodos anticonceptivos del cuarto tipo (menos eficaces)

IV. 1.7.4.1. Coitus Interruptus

- No hay afecciones médicas que restrinjan su uso.⁴²

IV. 1.7.4.2. Esponja

- Alergia al espermicida.⁴⁰
- Alergia al material de la esponja.⁴⁰
- Alergia de la pareja a la esponja o espermicida.⁴⁰
- Historia de síndrome de choque tóxico.⁴⁰
- Infección vaginal o cervical activa.⁴⁰

IV. 1.7.4.3. Espermicidas

Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación.⁴⁰

IV. 1.7.5. Anticoncepción de emergencia

Píldoras anticonceptivas de emergencia.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia previenen el embarazo. No se deben administrar a mujeres con embarazo confirmado. Sin embargo, si una mujer las toma sin saber que está embarazada, los datos disponibles indican que los medicamentos no perjudicarán ni a la mujer ni al feto. No se recomienda como método anticonceptivo de uso regular porque existe una mayor posibilidad de fracaso que con las píldoras anticonceptivas habituales.⁴²

Las píldoras anticonceptivas de emergencia pueden ser menos eficaces en las mujeres obesas (con un IMC superior a 30 kg/m²), pero no presentan problemas de toxicidad. No se debe negar la anticoncepción de emergencia a las mujeres obesas cuando la necesiten.⁴³

Las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel o ulipristal no tienen otras contraindicaciones médicas.⁴³

Dispositivos Intrauterinos de cobre

Embarazo, trombocitopenia grave, hemorragia vaginal sin causa aparente, cáncer cervicouterino, cáncer endometrial y enfermedad inflamatoria pélvica.⁴³

IV. 2. Conocimientos de los métodos anticonceptivos

IV.2.1. Conocimiento

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori) o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.⁴⁴

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega el entendimiento y concluye finalmente en la razón.⁴⁴

Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo). Cuando el conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito.⁴⁴

IV.2.2. Tipos de conocimientos

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la forma y manera en que se usan los medios para conseguirlo.⁴⁵

Según la procedencia y las características del objeto que intentamos conocer podemos hablar de conocimiento vulgar, racional o intelectual, práctico, artístico, religioso, técnico, filosófico, científico; sin embargo, los diversos tipos de conocimientos relacionados, suelen estar sumergidos simultáneamente, en otros muchos campos del saber. Sin duda son formas de conocimiento muy valiosas para situaciones concretas; pero, no obstante, conviene destacar desde el primer momento que es el conocimiento científico es el más vinculado a la investigación, incluso, el propiamente ligado a la actividad investigadora. Todas las demás formas de conocimientos, útiles sin duda, no son suficientemente aceptables para obtener el denominado conocimiento científico.⁴⁵

Conocimiento vulgar.

La experiencia demuestra que el conocimiento vulgar, basado esencialmente en la cultura popular, es la vía ordinaria que sigue el hombre para resolver sus problemas más elementales y primarios. Suele ser un conocimiento práctico, asentado en el pensar espontáneo y de sentido común, con el estimable valor de facilitar la sociabilidad y desarrollar la comunidad en los aspectos prácticos de la vida. El conocimiento vulgar no requiere ni exige gran capacidad teórica ni reflexiva, si bien resuelve problemas simples y dificultades de fácil alcance, con la menor economía posible, y que se agotan en el acto de su propia ejecución.⁴⁵

Conocimiento Filosófico

Este tipo de conocimiento busca el porqué de los fenómenos y se basa fundamentalmente en la reflexión sistemática para descubrir y explicar. Se asemeja bastante al conocimiento científico, ya que a la reflexión racional, añade un carácter sistemático y crítico, si bien se distinguen por el objeto de la investigación y por el método. Así, mientras el objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, traspasando la experiencia, el objeto de las ciencias está constituido por los datos próximos, inmediatos, perceptibles y sujetos a experimentación.⁴⁵

Conocimiento científico.

El conocimiento científico es uno de los tipos y modos posibles del conocimiento humano. Por supuesto, no es el único capaz de ofrecer respuestas a nuestros muchos interrogantes; sin embargo, es el más desarrollado y el de mayor utilidad en la evolución humana y social; de ahí el interés que supone abordarlo con mayor profundidad y detenimiento.⁴⁵

El conocimiento científico es un saber crítico (fundamentado), metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable (por medio del lenguaje científico), racional, provisorio y que explica y predice hechos por medio de leyes.⁴⁵

IV.3. Actitud

IV.3.1. Definición

Las actitudes se pueden definir como disposiciones permanentes de ánimo, formadas por un conjunto de convicciones y sentimientos que llevan al sujeto a actuar y expresarse.⁴⁶

También puede definirse como la organización de creencias, opiniones, sentimientos y tendencias conductuales, relativamente duradera, hacia objetos, grupos, eventos o símbolos socialmente significativos.⁴⁷

IV. 3. 2. Componentes de la actitud

Componente cognitivo: Conjunto de ideas o conocimientos que se tienen sobre el objeto.⁴⁸

Componente evaluativo: Son los sentimientos positivos o negativos hacia el objeto.⁴⁸

Componente conductual: es la predisposición a actuar de determinada manera delante del objeto.⁴⁸

IV. 3. 3. Medición de las actitudes

El carácter mediador y relacional de las actitudes no permite que las podamos observar y medir directamente. Por ello, la aportación de un instrumento de medida por parte de Thrustone fue revolucionaria.⁴⁸

De entre todas las escalas utilizadas, destacan la escala de intervalos aparentemente iguales de Thrustone, la escala de Likert y el diferencial semántico de Osgood, aunque aquí solo se explicaran las dos primeras. El proceso de construcción de la escala de Thrustone sigue los pasos siguientes:⁴⁸

Construcción de Ítems: redacción de una serie de frases (alrededor de cien) relacionadas con el objeto de actitud, las cuales tienen que representar todas las posiciones posibles con respecto a este objeto, desde las más favorables a las más desfavorables.⁴⁸

Un conjunto de personas, que actúan como jueces determinan en qué medida las afirmaciones son favorables o desfavorables y las deben situar en una escala de entre cero y once puntos.⁴⁸

Cálculo del valor escalar: a cada frase se le asigna un valor teniendo en cuenta las puntuaciones que le han dado los jueces. Este valor es la medida de sus puntuaciones.⁴⁸

Selección de los ítems: se seleccionan entre veinte y treinta ítems y se siguen estos criterios: a) tienen que cubrir el continuo de la actitud; b) se seleccionan los ítems que han reunido mas acuerdo por parte de los jueves, y se evitan los ítems ambiguos; c) se eliminan los ítems irrelevantes o que son incapaces de distinguir las posiciones diferentes de la gente.⁴⁸

La otra escala más utilizada, un poco más fácil de aplicar es la escala de Likert que surgió como un intento de simplificar la complejidad de los pasos necesarios para construir una escala Thurstone. En vez de necesitar las valoraciones de los jueces, se valida a partir de las opiniones personales de los sujetos. En esta escala se pide a la persona que indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem en una escala de cinco puntos; la suma de las calificaciones individuales representa la actitud global.⁴⁸

IV. 4. Práctica

IV. 4. 1. Definición

Se puede definir de varias formas:

- Realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas.⁴⁹
- Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad.⁴⁹
- Aplicación de una idea, teoría o doctrina.⁴⁹
- Uso continuado o habitual que se hace una cosa.⁴⁹
- Ejercicio o prueba que se hace bajo la dirección de un profesor para conseguir habilidad o experiencia en una profesión o trabajo.⁴⁹

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escala
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Años cumplidos	Numérica
Procedencia	Lugar, cosa o persona de que procede alguien o algo.	-Rural -Urbano	Nominal
Religión	Es una actitud humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	-Católica -Adventista -Testigo de Jehová -Mormones -Ninguna -Otras	Nominal
Nivel de escolaridad	Grado de estudio obtenido en un periodo de tiempo.	-Primaria -Secundaria -Universitaria	Nominal
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y acciones que desempeña un individuo para generar ingresos económicos.	-Empleada -Desempleada -Ama de casa -Trabajo ocasional -Estudiante -Otros	Nominal
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo.	-Casada -Soltera -Unión libre	Nominal
Gestas	Número de embarazos que ha tenido la mujer.	-Nuligesta -Primigesta	Nominal

		-Multigesta	
Inicio de las relaciones sexuales	Edad en que la mujer tuvo su primera relación sexual.	-Años	Numérica
Métodos anticonceptivos que conocen	Es la información que sabe la mujer sobre los métodos de planificación familiar.	-Ritmo -Temperatura -Moco cervical -Coito interrumpido -Sintotérmico -MELA -Condón femenino -Condón masculino -Diafragma -Escudo de Lea -Capuchón cervical -Espermicidas -Esponja -DIU -Anticonceptivos orales -Píldora de emergencia -Anillo intravaginal -Parche transdérmico -Anticonceptivos inyectables -Implantes	Nominal

		subdérmicos -Esterilización femenina -Esterilización masculina	
Conocimiento de los métodos anticonceptivos	Nivel de conocimiento de las mujeres hacia los métodos anticonceptivos.	Número de respuestas correctas -Alto > 10 -Medio 6-9 -Bajo < 5	Ordinal
Actitud sobre los métodos anticonceptivos	Predisposición que presentan las mujeres en estudio frente a los anticonceptivos, ya sea de aceptación, o rechazo.	Escala de Likert -Totalmente de acuerdo = 1 punto -De acuerdo = 2 puntos -Neutral = 3 puntos -En desacuerdo = 4 puntos -Totalmente en desacuerdo = 5 punto	Nominal
Práctica de los Métodos anticonceptivos	Es la utilización o no de los métodos de planificación familiar.	-Utiliza -No utiliza	Nominal
Tipos de métodos de planificación familiar que utilizan	Son los diferentes dispositivos, técnicas o sustancias utilizadas para evitar la concepción de manera temporal o permanente.	-Ritmo -Temperatura -Moco cervical -Coito interrumpido	Nominal

		<ul style="list-style-type: none">-Sintotérmico-MELA-Condón femenino-Condón masculino-Diafragma-Escudo de Lea-Capuchón cervical-Espermicidas-Esponja-DIU-Anticonceptivos orales-Píldora de emergencia-Anillo intravaginal-Parche transdérmico-Anticonceptivos inyectables-Implantes subdérmicos-Esterilización femenina-Esterilización masculina	
--	--	---	--

Efectos adversos de los métodos anticonceptivos	Son los efectos secundarios del método anticonceptivo que propicie su abandono o haga posible la concepción.	<ul style="list-style-type: none"> -Embarazo -Infección vaginal -Sangrado -Dolor en el vientre -Incomodidad o molestias en la relación sexual -Aumento de peso -No ha presentado falla 	Nominal
Fuentes de información	Es la vía por la cual las mujeres recibieron información sobre los métodos de planificación familiar.	<ul style="list-style-type: none"> -Medios de comunicación masiva -Familiares o amigos -Charlas o conferencias -Trabajadores de salud -Escuela -Otros 	Nominal

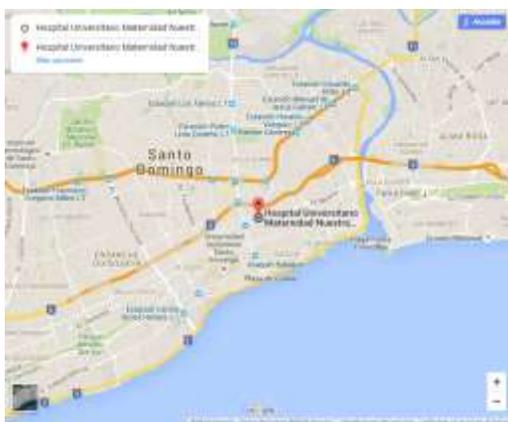
VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

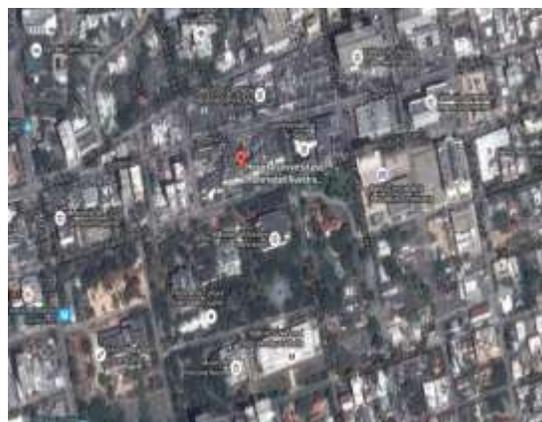
Se llevó a cabo un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, con el propósito de determinar conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en mujeres que asistieron a la consulta de Planificación Familiar del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, en el periodo de enero a diciembre del 2016. (Ver anexo XII.1: Cronograma)

VI. 2. Área de estudio

El estudio tuvo lugar en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, el cual está ubicado en la avenida Pedro Henríquez Ureña N° 49 del sector Gascue. Está delimitado, al Norte, por la Avenida México; al Sur, por la Pedro Henríquez Ureña; al Este, por la Félix María del Monte; al Oeste, por la Benito Juárez. Distrito Nacional, República Dominicana. Corresponde al área IV de Salud, de la Región Metropolitana. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico



Vista aérea

VI.3. Universo

El universo estuvo constituido por todas las pacientes que acudieron a la consulta de Planificación Familiar del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia a lo largo del periodo de estudio.

VI.4. Muestra

La muestra estuvo formada por 330 pacientes en edad fértil (15-44 años). Dicha muestra se calculó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2(pq) N}{d^2N + Z^2(pq)}$$

n = muestra

$$Z^2 = (1.96)^2$$

P = Proporción esperada de conocimientos = 0.70

q = Proporción estándar de no conocimiento = 0.30

N = Universo = 2124 pacientes

$$d^2 = (0.05)^2 = \text{Error estándar}$$

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Mujeres en edad fértil (15-44 años).
2. Asistir a la consulta de Planificación Familiar.
3. Aceptar participar en la encuesta entrevista previa firma de consentimiento informado.

VI.5.2. De exclusión

1. Barrera del idioma.
2. Negarse a participar en el estudio.

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se elaboró un formulario que estuvo conformado por un total de 36 preguntas (2 abiertas y 34 cerradas). Este incluyó datos sociodemográficos, tales como: edad, procedencia, escolaridad y datos de conocimientos, actitudes y prácticas acerca de métodos anticonceptivos tales como: (Ver anexo XII.3. Instrumento de recolección de datos).

Puntuación

Para evaluar el conocimiento se tomaron en cuenta las preguntas de la número 10 hasta la número 21, dándole el valor de 1 punto a cada una respectivamente, donde las mujeres que obtuvieron un resultado de 10 o más preguntas correctas tuvieron un conocimiento alto, de 6-9 preguntas correctas un conocimiento medio y menos de 5 preguntas correctas, un conocimiento bajo. La actitud fue evaluada mediante la escala de Likert con las preguntas 22-27; dándole un valor de 5 puntos a cada ítem con una puntuación máxima de 30 y una mínima de 6 puntos; las mujeres que obtuvieron menos de 18 puntos tuvieron una actitud negativa y de 18-30 puntos una actitud positiva. La práctica fue evaluada con la pregunta 28, valorando la utilización o no de los métodos anticonceptivos.

VI.7. Procedimientos

Los datos fueron recolectados por las sustentantes, estudiantes de último año de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Luego de solicitar el permiso correspondiente al Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia y obtener su aprobación, se procedió a la recolección de los datos; Se seleccionaron las pacientes en edad fértil que acudieron a consulta de Planificación Familiar de este hospital en horario vespertino (1:00 pm-3:00 pm), en orden de llegada. Se les explicó el objetivo del estudio y se firmó el consentimiento informado, luego el instrumento fue llenado a través de una encuesta entrevista anónima. (Ver anexo XII.1 Cronograma).

VI.8. Tabulación

Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procesamiento, para lo cual se utilizaron programas computarizados, tales: Microsoft Excel, Epi-info.

VI.9. Análisis

Las informaciones obtenidas a partir de la presente investigación, fueron estudiadas en frecuencia simple.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁵⁰ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁵¹El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de enseñanza, así como a la Unidad de enseñanza del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por las mujeres que acudieron a la consulta de Planificación familiar del centro de salud. Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por las sustentantes.

Todas las informantes identificadas durante esta etapa fueron abordadas de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas y el llenado del consentimiento informado.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad.

A la vez, la identidad de las participantes fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

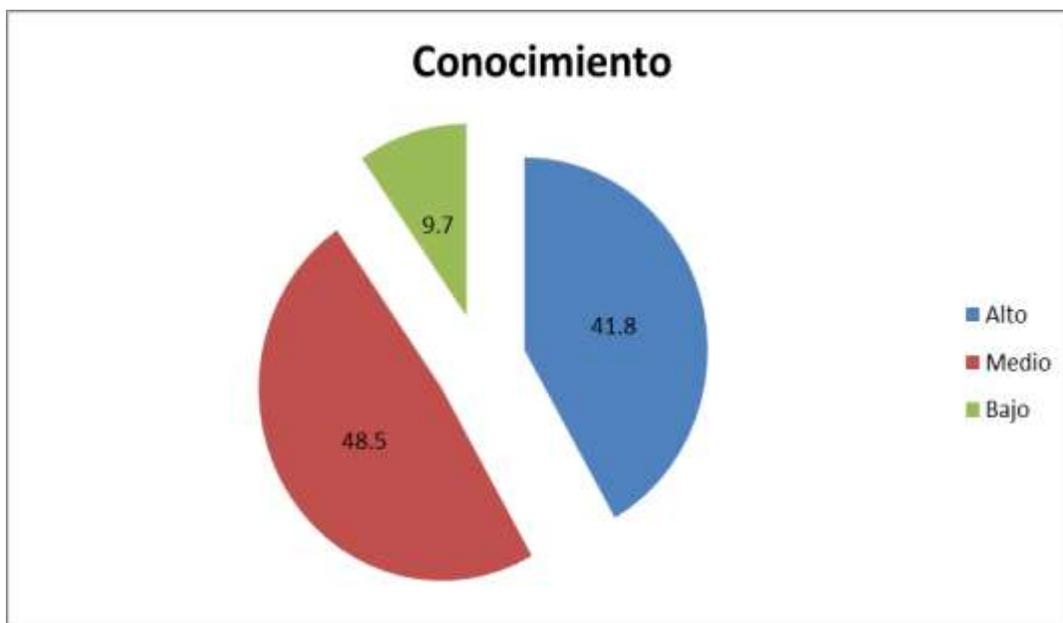
Tabla 1. Distribución de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según conocimiento. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Conocimiento	Frecuencia	%
Alto	138	41.8
Medio	160	48.5
Bajo	32	9.7
Total	330	100.0

Fuente: Encuesta entrevista

Según el conocimiento, en el 48.5 por ciento fue medio; en el 41.8 por ciento alto, y en el 9.7 por ciento bajo.

Gráfico 1. Distribución de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según conocimiento. Hospital Universitario Maternidad Nuestra señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 1.

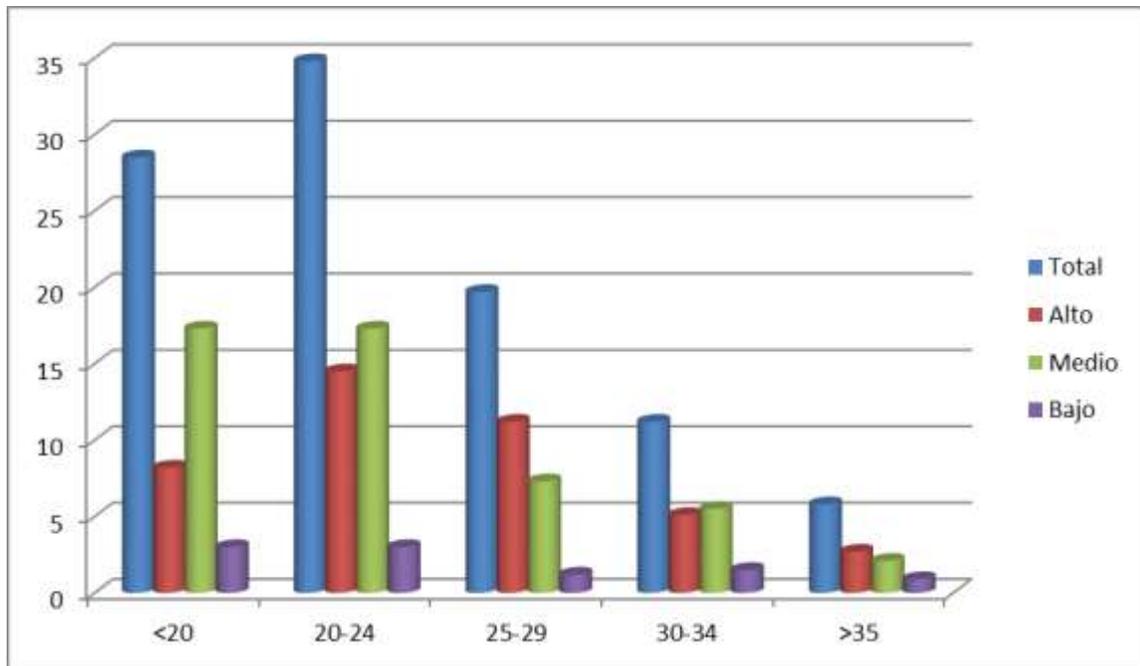
Tabla 2. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según edad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Edad (en años)	Total (%)	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)
<20	94 (28.5)	27 (8.2)	57 (17.3)	10 (3.0)
20-24	115 (34.8)	48 (14.5)	57 (17.3)	10 (3.0)
25-29	65 (19.7)	37 (11.2)	24 (7.3)	4 (1.2)
30-34	37 (11.2)	17 (5.1)	15 (4.5)	5 (1.5)
≥ 35	19 (5.8)	9 (2.7)	7 (2.1)	3 (0.9)
Total	330 (100.0)	138 (41.8)	160 (48.5)	32 (9.7)

Fuente: Encuesta entrevista

De acuerdo a la edad y el nivel de conocimiento, el 34.8 por ciento estaba en el rango de edad de 20-24, de los cuales el 17.3 por ciento tenía conocimiento medio; el 14.5 por ciento alto, y el 3.0 por ciento bajo. El 28.5 por ciento tenía menos de 20 años, de los cuales el 17.3 por ciento tenía conocimiento medio; el 8.2 por ciento alto, y el 3.0 por ciento bajo. El 19.7 por ciento tenía edad entre 25-29 años, de los cuales el 11.2 por ciento tenían conocimiento alto; el 7.3 por ciento medio, y el 1.2 por ciento bajo. El 11.2 por ciento tenía entre 30-34 años, de los cuales el 5.1 por ciento tenía conocimiento alto; el 4.5 por ciento medio, y el 1.5 por ciento bajo. El 5.8 por ciento tenía edad mayor a 35 años, de los cuales el 2.7 por ciento tenía conocimiento alto; el 2.1 por ciento medio, y el 0.9 por ciento bajo.

Gráfico 2. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según edad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 2.

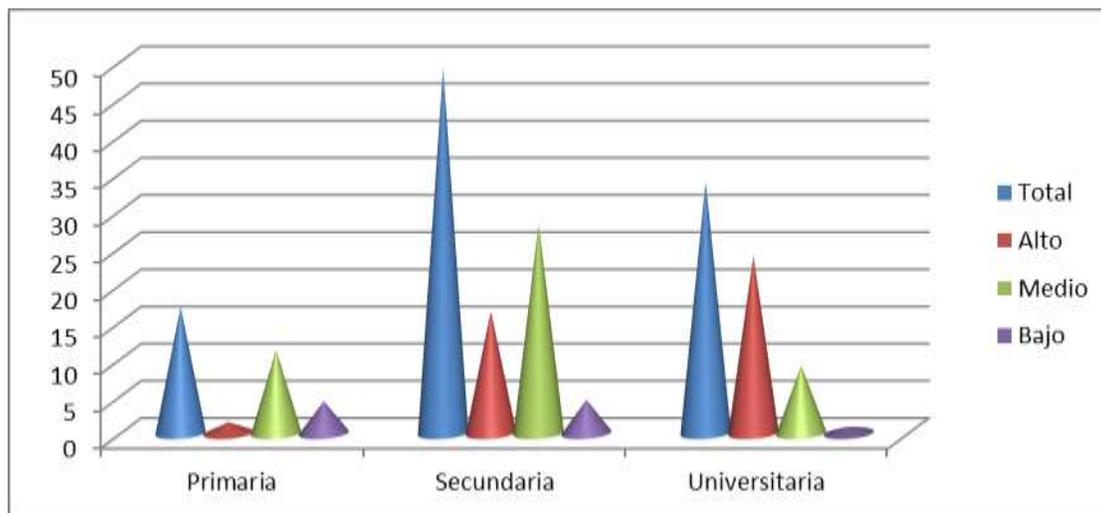
Tabla 3. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según escolaridad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Escolaridad	Total (%)	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)
Analfabeto	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Primaria	56 (17.0)	5 (1.5)	37 (11.2)	14 (4.3)
Secundaria	162 (49.1)	54 (16.4)	93 (28.2)	15 (4.5)
Universitaria	112 (33.9)	79 (23.9)	30 (9.1)	3 (0.9)
Total	330 (100.0)	138 (41.8)	160 (48.5)	32 (9.7)

Fuente: Encuesta entrevista.

El 49.1 por ciento tenía educación secundaria, de estas el 28.2 por ciento tenía conocimiento medio; el 16.4 por ciento alto, y el 4.5 por ciento bajo. El 33.9 por ciento tenía educación universitaria, de los cuales el 23.9 por ciento tenía conocimiento alto; el 9.1 por ciento medio, y el 0.9 por ciento bajo. El 17.0 por ciento tenía educación primaria, de los cuales el 11.2 por ciento tenía conocimiento medio; el 4.3 por ciento bajo, y el 1.5 por ciento alto.

Gráfico 3. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según escolaridad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 3.

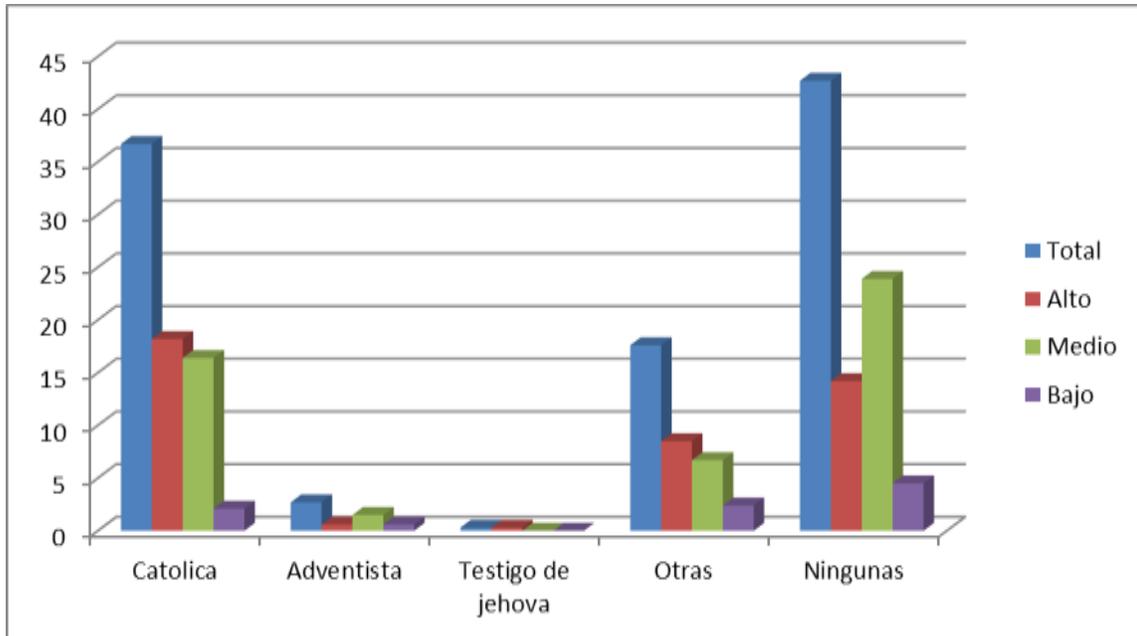
Tabla 4. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según religión. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Religión	Total (%)	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)
Católica	121 (36.7)	60 (18.2)	54 (16.4)	7 (2.1)
Adventista	9 (2.7)	2 (0.6)	5 (1.5)	2 (0.6)
Testigo de Jehová	1 (0.3)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
Mormones	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Otras	58 (17.6)	28 (8.5)	22 (6.7)	8 (2.4)
Ninguna	141(42.7)	47 (14.2)	79 (23.9)	15 (4.5)
Total	330 (100.0)	138 (9.7)	160 (48.5)	32 (9.7)

Fuente: Encuesta entrevista

Según la religión, el 42.7 por ciento no tenía ninguna, de los cuales el 23.9 por ciento tenía conocimiento medio; el 14.2 por ciento alto, y el 4.5 por ciento bajo. El 36.7 por ciento practicaba la religión católica, de los cuales el 18.2 por ciento tenía conocimiento alto; el 16.4 por ciento medio, y el 2.1 por ciento bajo. El 17.6 por ciento tenía otras religiones, de las cuales el 8.5 por ciento tenía conocimiento alto; el 6.7 por ciento medio, y el 2.4 por ciento bajo. El 2.7 por ciento era adventista, de los cuales el 1.5 por ciento tenía conocimiento medio; el 0.6 alto y 0.6 bajo. El 0.3 por ciento era testigo de Jehová y tenía conocimiento alto.

Gráfico 4. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según religión. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016



Fuente: Tabla 4.

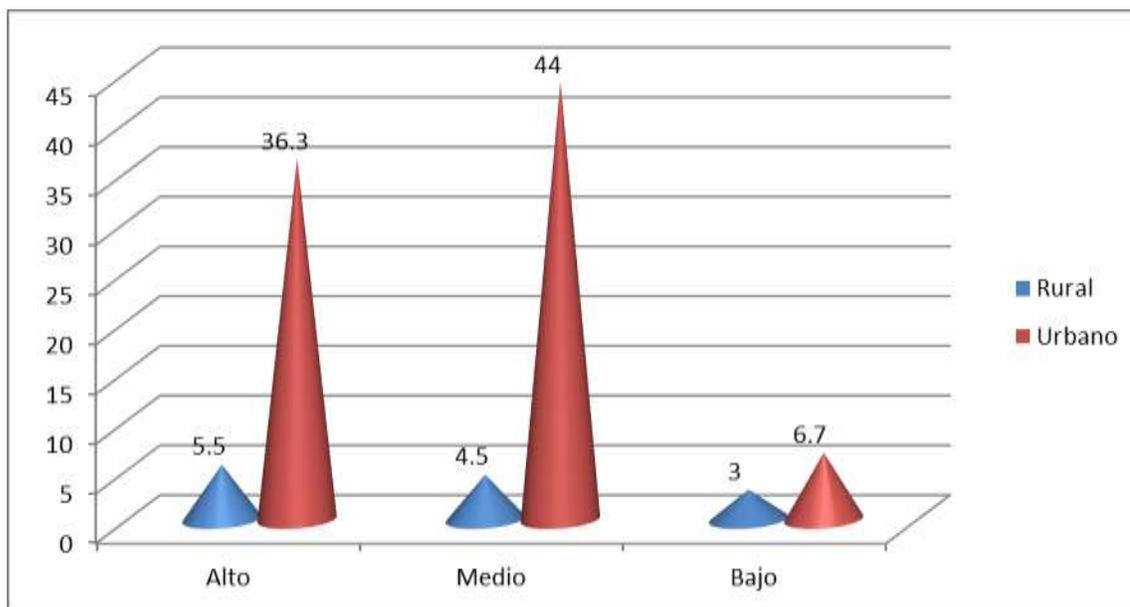
Tabla 5. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según procedencia. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Conocimiento	Total (%)	Rural (%)	Urbano (%)
Alto	138 (41.8)	18 (5.5)	120 (36.3)
Medio	160 (48.5)	15 (4.5)	145 (44.0)
Bajo	32 (9.7)	10 (3.0)	22 (6.7)
Total	330 (100.0)	43 (13.0)	287 (87.0)

Fuente: Encuesta entrevista

El 87.0 por ciento era de procedencia urbana, de los cuales el 44.0 por ciento tenía conocimiento medio; el 36.3 por ciento alto, y el 6.7 por ciento bajo. El 13.0 por ciento era de procedencia rural, de los cuales el 5.5 por ciento tenía conocimiento alto; el 4.5 por ciento medio, y el 3.0 por ciento bajo.

Gráfico 5. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según procedencia. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 5

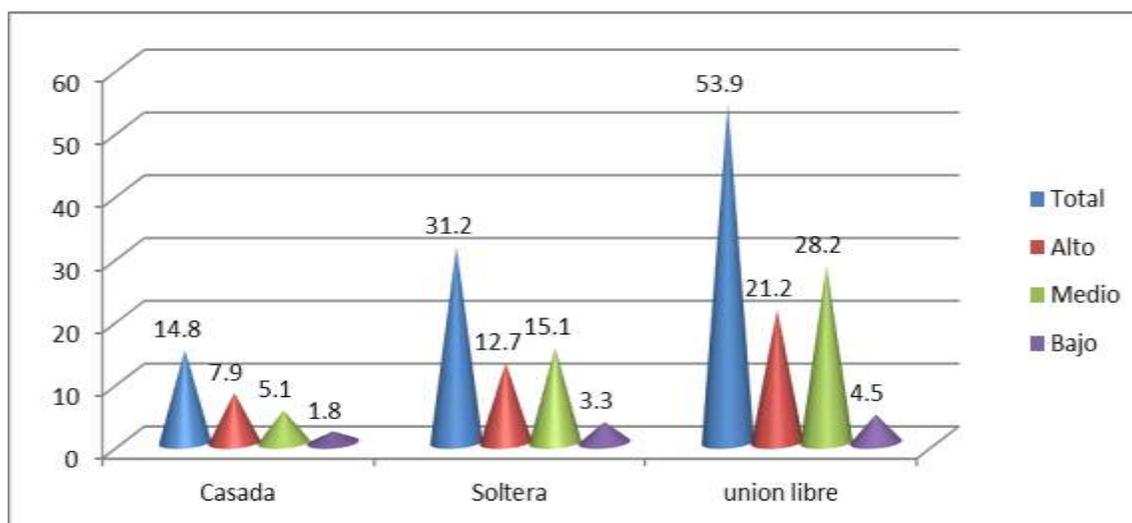
Tabla 6. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según estado civil. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Estado civil	Total (%)	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)
Casada	49 (14.8)	26 (7.9)	17 (5.1)	6 (1.8)
Soltera	103 (31.2)	42 (12.7)	50 (15.1)	11 (3.3)
Unión libre	178 (53.9)	70 (21.2)	93 (28.2)	15 (4.5)
Total	330 (100.0)	138 (41.8)	160 (48.5)	32(9.7)

Fuente: Encuesta entrevista

Según el estado civil, el 53.9 por ciento vivía en unión libre, de los cuales el 28.2 por ciento tenía conocimiento medio; el 21.2 por ciento alto, y el 4.5 por ciento bajo. El 31.2 por ciento era soltera, de los cuales el 15.1 por ciento tenía conocimiento medio; el 12.7 por ciento alto, y el 3.3 por ciento bajo. El 14.8 por ciento era casada, de los cuales el 7.9 por ciento tenía conocimiento alto; el 5.1 por ciento medio, y el 1.8 por ciento bajo.

Gráfico 6. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según estado civil. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 6.

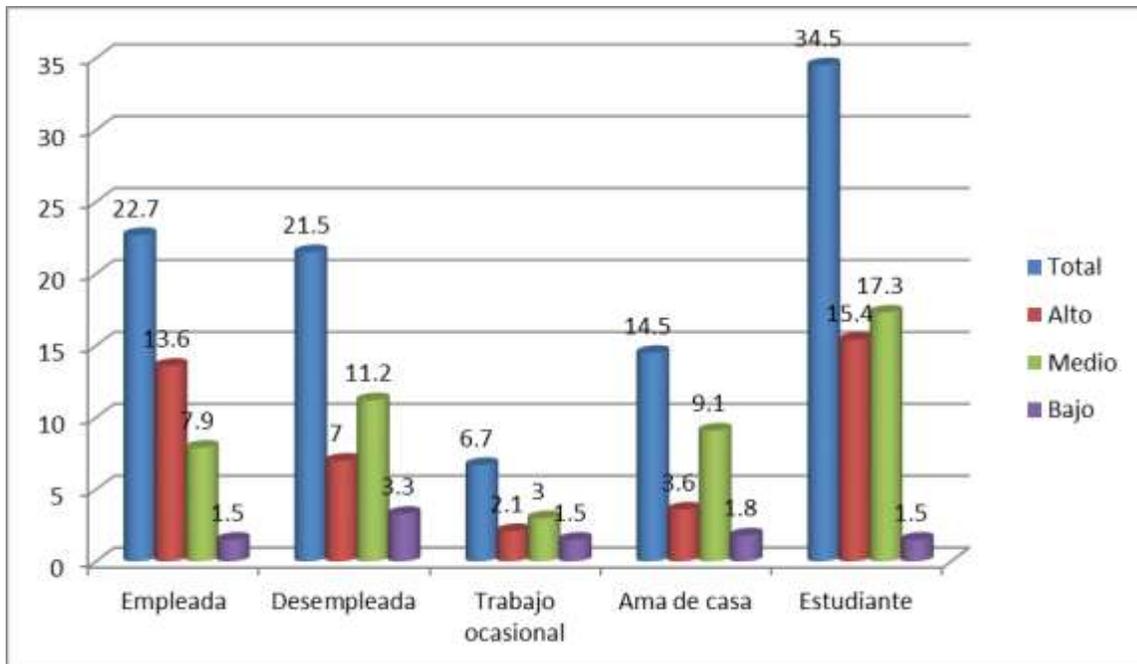
Tabla 7. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según ocupación. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Ocupación	Total (%)	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)
Empleada	75 (22.7)	45 (13.6)	26 (7.9)	5 (1.5)
Desempleada	71 (21.5)	23 (7.0)	37 (11.2)	11 (3.3)
Trabajo ocasional	22 (6.7)	7 (2.1)	10 (3.0)	5 (1.5)
Ama de casa	48 (14.5)	12 (3.6)	30 (9.1)	6 (1.8)
Estudiante	114 (34.5)	51 (15.4)	57 (17.3)	5 (1.5)
Total	330 (100.0)	138 (41.8)	160 (48.5)	32 (9.7)

Fuente: Encuesta entrevista

Según la ocupación, el 34.5 por ciento era estudiante, de los cuales el 17.3 por ciento tenía conocimiento medio; el 15.4 por ciento alto, y el 1.5 bajo. El 22.7 por ciento era empleada, de los cuales el 13.6 por ciento tenía conocimiento alto; el 7.9 por ciento medio, y el 1.5 por ciento bajo. El 21.5 por ciento era desempleada, de los cuales el 11.2 por ciento tenía conocimiento medio; el 7.0 por ciento alto, y el 3.3 por ciento bajo. El 14.5 por ciento era ama de casa, de los cuales el 9.1 por ciento tenía conocimiento medio; el 3.6 por ciento alto, y el 1.8 por ciento bajo. El 6.7 por ciento tenía trabajo ocasional, de los cuales el 3.0 por ciento tenía conocimiento medio; el 2.1 por ciento alto, y el 1.5 por ciento bajo.

Gráfico 7. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según ocupación. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 7.

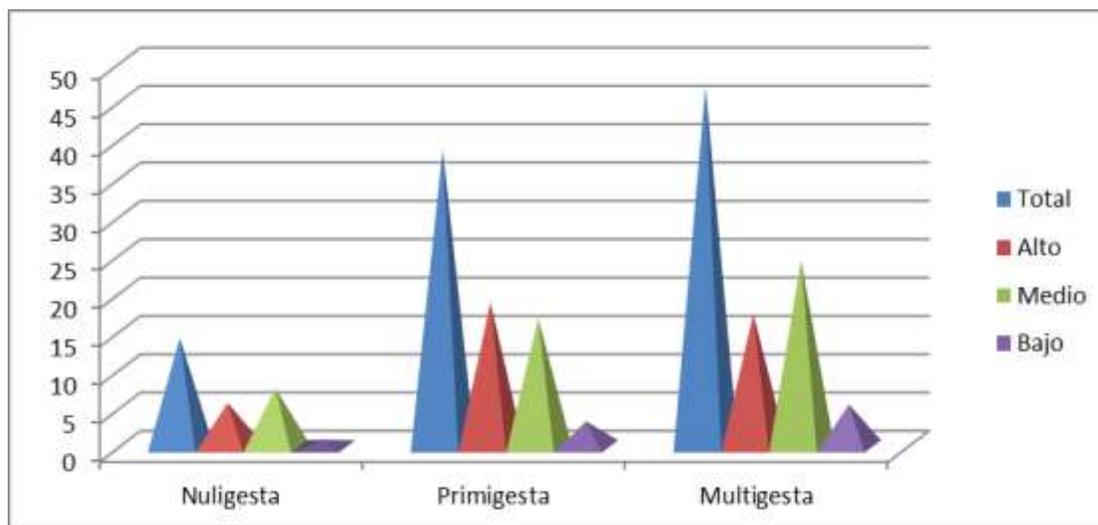
Tabla 8. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según el número de gestas. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Gestas	Total (%)	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)
Nuligesta	47 (14.2)	19 (5.7)	25 (7.6)	3 (0.9)
Primigesta	128 (38.8)	62 (18.8)	55 (16.7)	11 (3.3)
Multigesta	155 (47.0)	57 (17.3)	80 (24.3)	18 (5.5)
Total	330 (100.0)	138 (41.8)	160 (48.5)	32 (9.7)

Fuente: Encuesta entrevista

El 47.0 por ciento era multigesta, de los cuales el 24.3 por ciento tenía conocimiento medio; el 17.3 por ciento alto, y el 5.5 por ciento bajo. El 38.8 por ciento era primigesta, de los cuales el 18.8 por ciento tenía conocimiento alto; el 16.7 por ciento medio, y el 3.3 por ciento bajo. El 14.2 por ciento era nuligesta, de los cuales el 7.6 por ciento tenía conocimiento medio; el 5.7 por ciento alto, y el 0.9 por ciento bajo.

Gráfico 8. Conocimiento de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según el número de gestas. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 8.

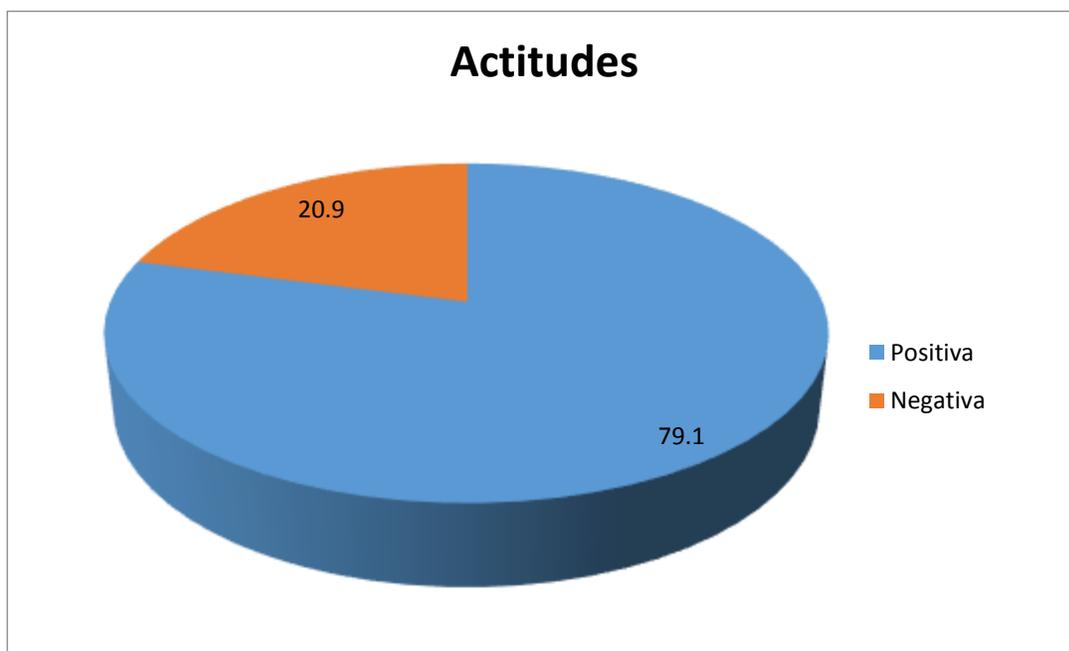
Tabla 9. Distribución de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según actitudes. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Actitudes	Frecuencia	%
Positiva	261	79.1
Negativa	69	20.9
Total	330	100.0

Fuente: Encuesta entrevista

Según las actitudes, en el 79.1 por ciento tenía actitud positiva, y en el 20.9 por ciento negativa.

Gráfico 9. Distribución de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según actitudes. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 9.

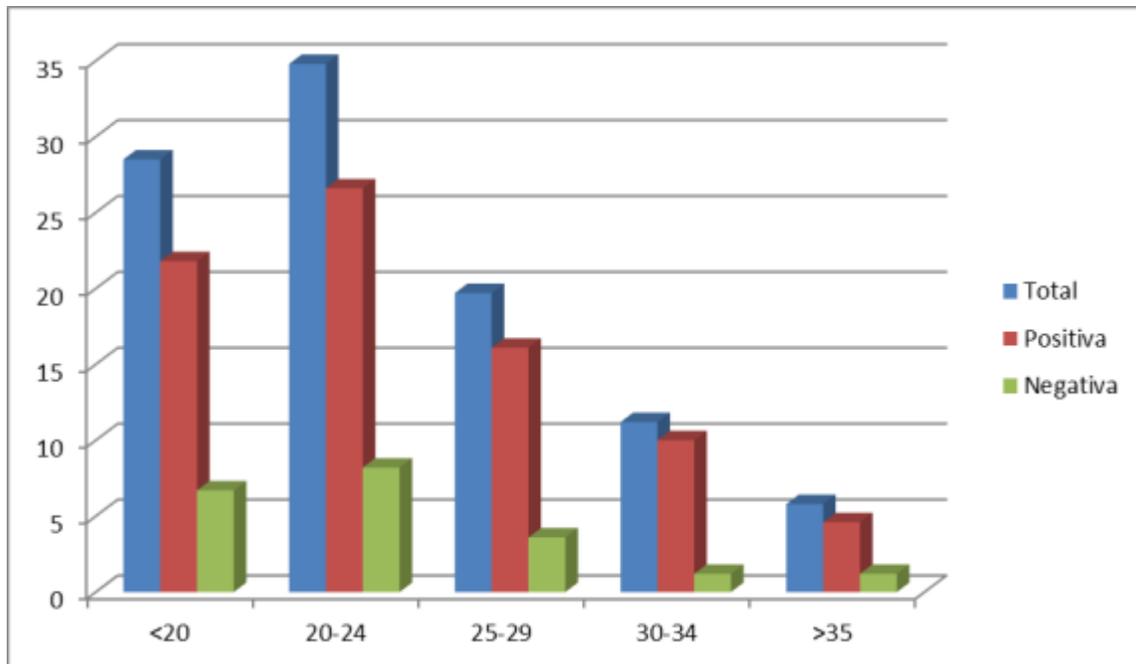
Tabla 10. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según edad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Edad (en años)	Total (%)	Positiva (%)	Negativa (%)
<20	94 (28.5)	72 (21.8)	22 (6.7)
20-24	115 (34.8)	88 (26.6)	27 (8.2)
25-29	65 (19.7)	53 (16.1)	12 (3.6)
30-34	37 (11.2)	33 (10.0)	4 (1.2)
>35	19 (5.8)	15 (4.6)	4 (1.2)
Total	330 (100.0)	261 (79.1)	69 (20.9)

Fuente: Encuesta entrevista

El 34.8 por ciento de las pacientes tenía edad entre 20-24 años; tenían actitud positiva en un 26.6 por ciento, y negativa en un 8.2 por ciento. El 28.5 por ciento tenía edad menor de 20 años, estas tenían actitud positiva en un 21.8 por ciento y 6.7 por ciento negativa. El 19.7 por ciento tenía edad entre 25-29 años y tenían actitud positiva en un 16.1 por ciento y el 3.6 negativa. El 11.2 por ciento presentaban edades entre 30-34 años, tenían actitud positiva en un 10.0 por ciento y negativa en un 1.2 por ciento. El 5.8 por ciento tenía edad mayor a 35 y tenían actitud positiva en un 4.6 por ciento y negativa en un 1.2 por ciento.

Gráfico 10. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según edad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 10.

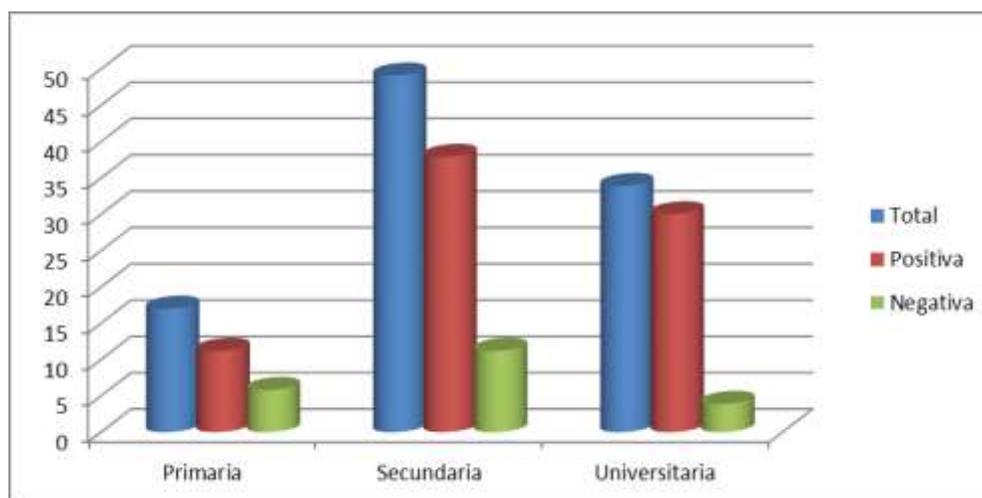
Tabla 11. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según escolaridad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Escolaridad	Total (%)	Positiva (%)	Negativa (%)
Analfabeto	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Primaria	56 (17.0)	37 (11.2)	19 (5.8)
Secundaria	162 (49.1)	125 (37.9)	37 (11.2)
Universitaria	112 (33.9)	99 (30.0)	13 (3.9)
Total	330 (100.0)	261 (79.1)	69 (20.9)

Fuente: Encuesta entrevista

Según la escolaridad, del 49.1 por ciento de pacientes tenía educación secundaria, en 37.9 por ciento tenía actitud positiva, y en 11.2 por ciento negativa. El 33.9 por ciento universitaria, de los cuales el 30.0 por ciento tenía actitud positiva, y el 3.9 por ciento negativa. El 17.0 por ciento de las pacientes tenía educación primaria de los cuales el 11.2 por ciento tenía actitud positiva y el 5.8 por ciento negativa.

Gráfico 11. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según escolaridad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 11.

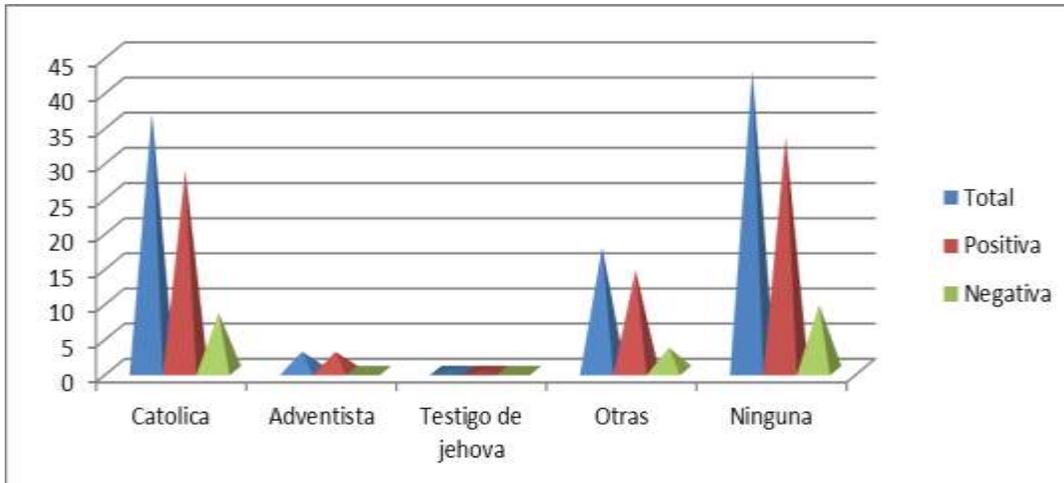
Tabla 12. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según religión. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Religión	Total (%)	Positiva (%)	Negativa (%)
Católica	121 (36.7)	94 (28.5)	27 (8.2)
Adventista	9 (2.7)	9 (2.7)	0 (0.0)
Testigo de Jehová	1 (0.3)	1 (0.3)	0 (0.0)
Mormones	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Otras	58 (17.6)	47 (14.3)	11 (3.3)
Ninguna	141 (42.7)	110 (33.3)	31 (9.4)
Total	330 (100.0)	261 (79.1)	69 (20.9)

Fuente: Encuesta entrevista

El 42.7 por ciento no tenía ninguna religión, de los cuales el 33.3 tenía actitud positiva y el 9.4 por ciento negativa. El 36.7 por ciento practicaba la religión católica, de los cuales el 28.5 por ciento tenía actitud positiva y el 8.2 por ciento negativa. El 17.6 tenía otras religiones, de las cuales el 14.3 por ciento tenía actitud positiva, y el 3.3 por ciento negativa. El 2.7 era adventista y tenía actitud positiva. El 0.3 por ciento era testigo de Jehová y tenía actitud positiva.

Grafico 12. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según religión. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 12.

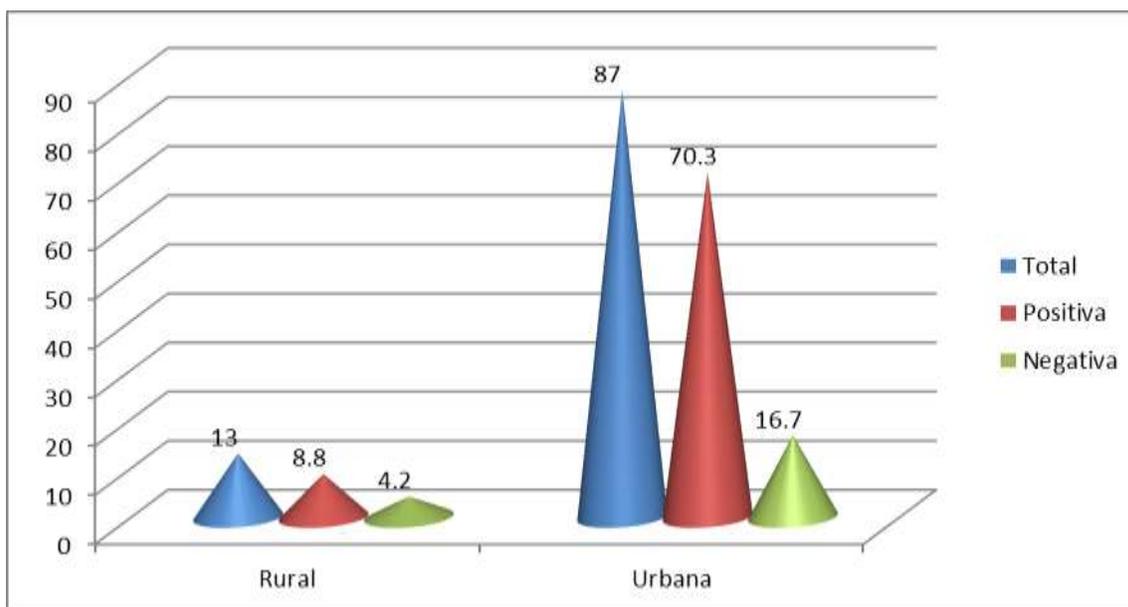
Tabla 13. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según procedencia. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Procedencia	Total (%)	Positiva (%)	Negativa (%)
Rural	43 (13.0)	29 (8.8)	14 (4.2)
Urbano	287 (87.0)	232 (70.3)	55 (16.7)
Total	330 (100.0)	261 (79.1)	69 (20.9)

Fuente: Encuesta entrevista

Según la procedencia, el 87.0 por ciento era urbana, y de estos el 70.3 por ciento tenía actitud positiva y el 16.7 por ciento negativa. El 13.0 por ciento era rural, y de estos el 8.8 por ciento tenía actitud positiva y el 4.2 por ciento negativa.

Gráfico 13. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según procedencia. Hospital Universitario Maternidad Nuestra señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 13.

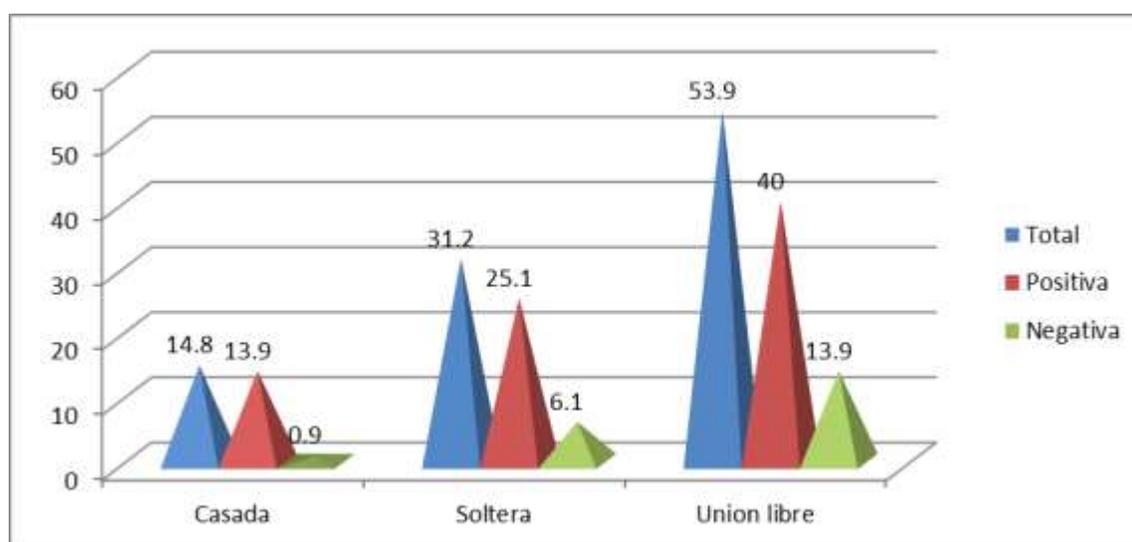
Tabla 14. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según estado civil. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Estado civil	Total (%)	Positiva (%)	Negativa (%)
Casada	49 (14.8)	46 (13.9)	3 (0.9)
Soltera	103 (31.2)	83 (25.1)	20 (6.1)
Unión libre	178 (53.9)	132 (40.0)	46 (13.9)
Total	330 (100.0)	261 (79.1)	69 (20.9)

Fuente: Encuesta entrevista

Según el estado civil, el 53.9 por ciento vivía en unión libre, de los cuales el 40.0 por ciento tenía actitud positiva y el 13.9 por ciento negativa. El 31.2 por ciento era soltera, de los cuales el 25.1 por ciento tenía actitud positiva y el 6.1 por ciento negativa. El 14.8 por ciento era casada, de los cuales el 13.9 por ciento tenía actitud positiva y el 0.9 por ciento negativa.

Gráfico 14. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según estado civil. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 14.

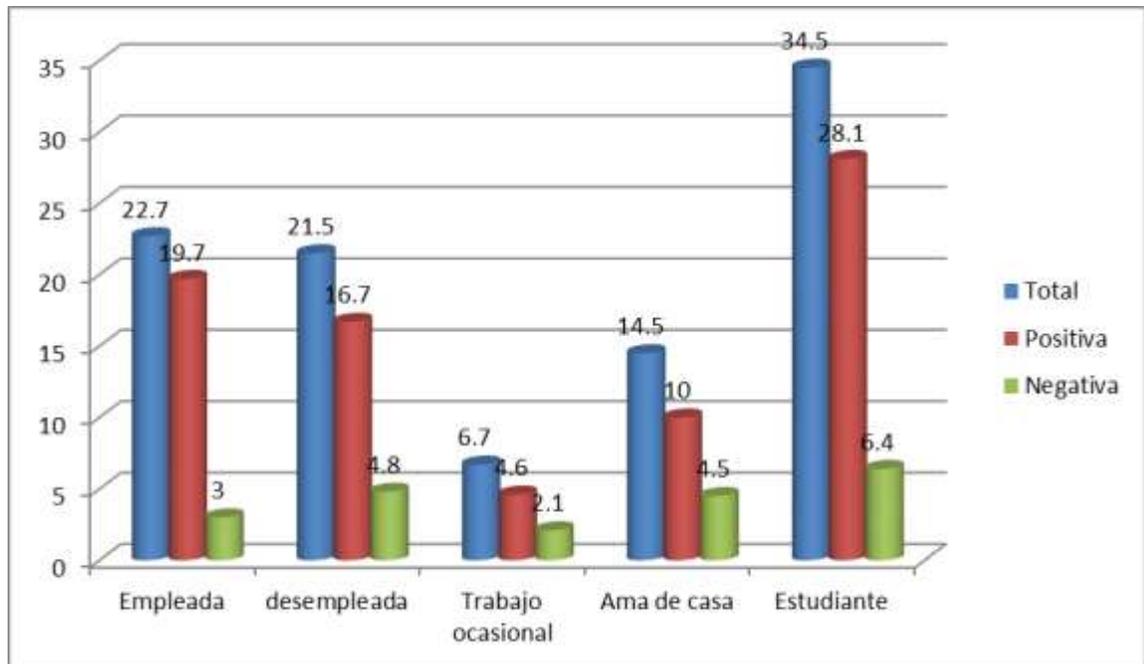
Tabla 15. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según ocupación. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Ocupación	Total (%)	Positiva (%)	Negativa (%)
Empleada	75 (22.7)	65 (19.7)	10 (3.0)
Desempleada	71 (21.5)	55 (16.7)	16 (4.8)
Trabajo ocasional	22 (6.7)	15 (4.6)	7 (2.1)
Ama de casa	48 (14.5)	33 (10.0)	15 (4.5)
Estudiante	114 (34.5)	93 (28.1)	21 (6.4)
Total	330 (100.0)	261 (79.1)	69 (20.9)

Fuente: Encuesta entrevista

Según la ocupación, el 34.5 por ciento era estudiante, de los cuales el 28.1 por ciento tenía actitud positiva y el 6.4 por ciento negativa. El 22.7 por ciento era empleada, de los cuales el 19.7 por ciento tenía actitud positiva y el 3.0 por ciento negativa. El 21.5 por ciento era desempleada, de los cuales el 16.7 por ciento tenía actitud positiva y el 4.8 por ciento negativa. El 14.5 por ciento era ama de casa, de las cuales el 10.0 por ciento tenía actitud positiva y el 4.5 por ciento negativa. El 6.7 por ciento tenía trabajo ocasional de los cuales el 4.6 por ciento tenía actitud positiva y el 2.1 por ciento negativa.

Gráfico 15. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según ocupación. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 15.

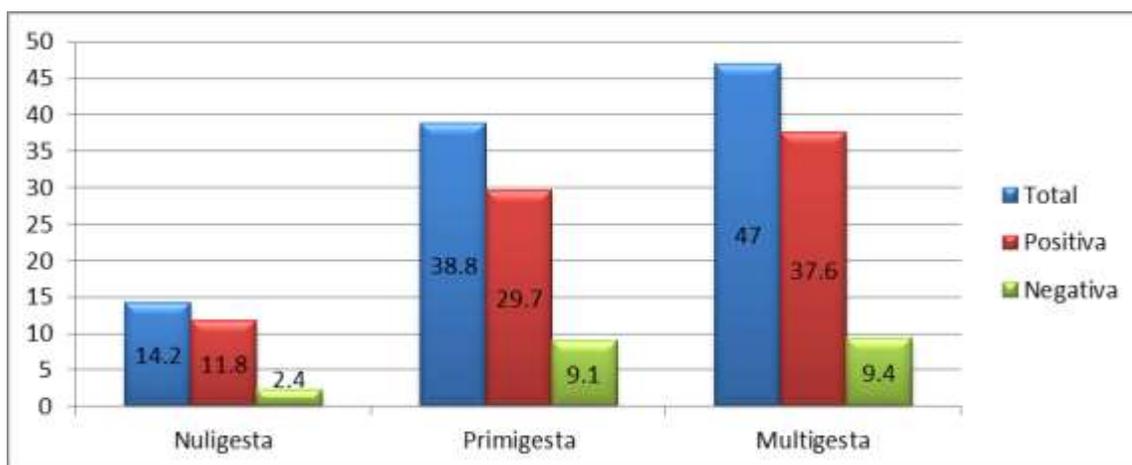
Tabla 16. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según el número de gestas. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Gestas	Total (%)	Positiva (%)	Negativa (%)
Nuligesta	47 (14.2)	39 (11.8)	8 (2.4)
Primigesta	128 (38.8)	98 (29.7)	30 (9.1)
Multigesta	155 (47.0)	124 (37.6)	31 (9.4)
Total	330 (100.0)	261 (79.1)	69 (20.9)

Fuente: Encuesta entrevista

El 47.0 por ciento era multigesta, de las cuales el 37.6 por ciento tenía actitud positiva, y el 9.4 por ciento negativa. El 38.8 por ciento era primigesta de las cuales el 29.7 por ciento tenía actitud positiva y el 9.1 por ciento negativa. El 14.2 por ciento era nuligesta de los cuales el 11.8 por ciento tenía actitud positiva y el 2.4 por ciento negativa.

Gráfico 16. Actitudes de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según el número de gestas. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 16.

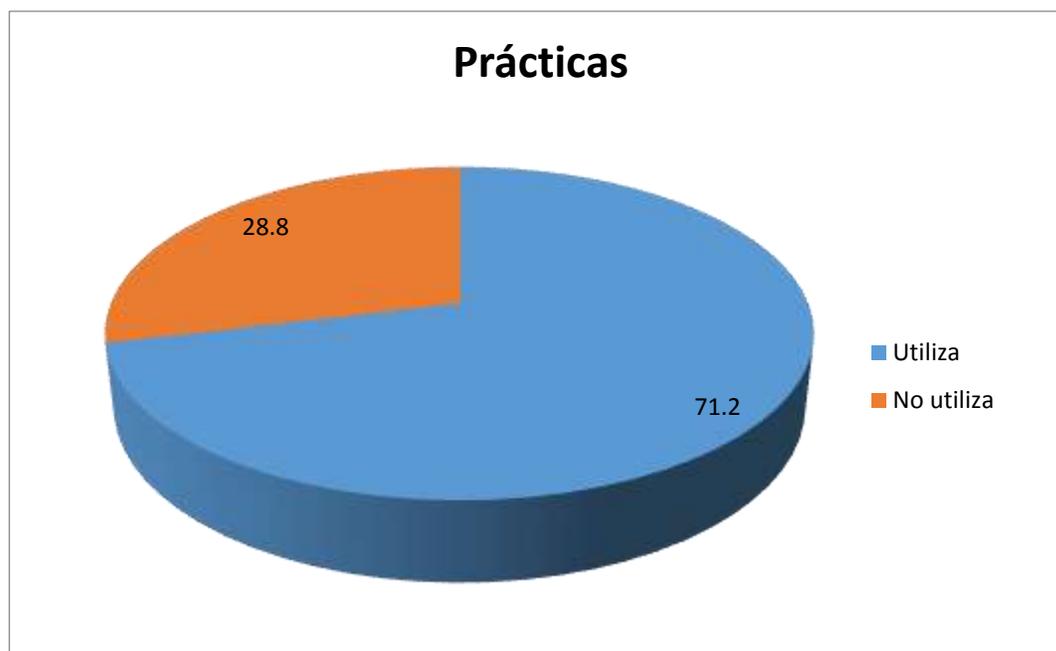
Tabla 17. Distribución de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según las prácticas. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Prácticas	Frecuencia	%
Utiliza	235	71.2
No utiliza	95	28.8
Total	330	100.0

Fuente: Encuesta entrevista

De acuerdo a las prácticas el 71.2 por ciento utiliza métodos de planificación y el 28.8 por ciento no los utiliza.

Gráfico 17. Distribución de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según las prácticas. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 17.

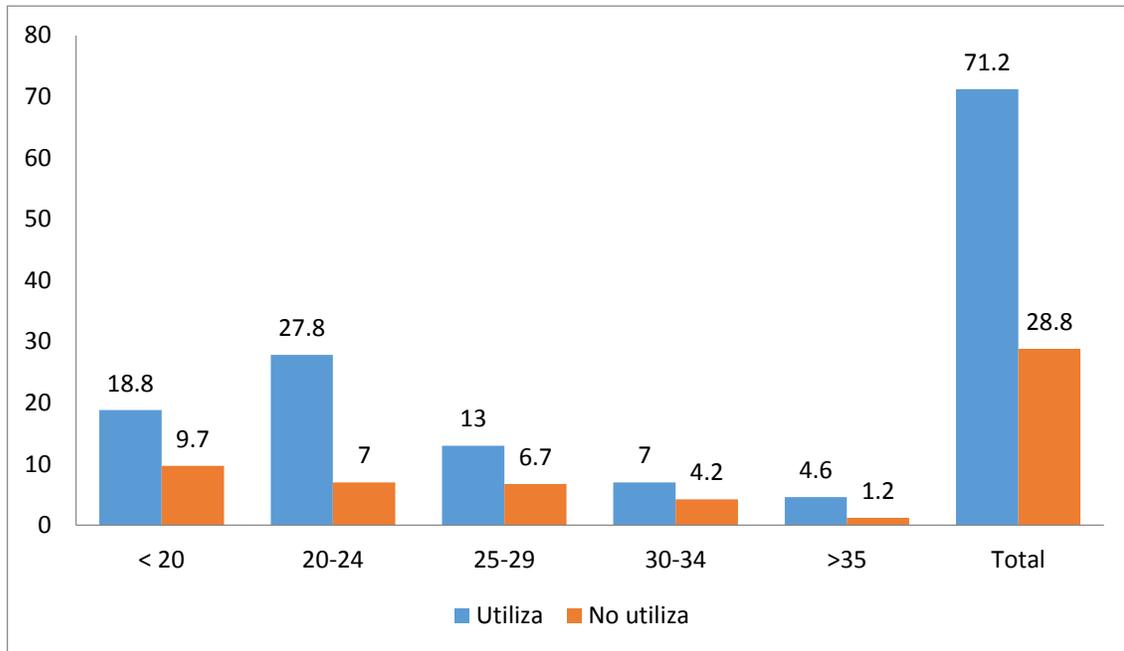
Tabla 18. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según edad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Edad (en años)	Total (%)	Utiliza (%)	No utiliza (%)
<20	94 (28.5)	62 (18.8)	32 (9.7)
20-24	115 (34.8)	92 (27.8)	23 (7.0)
25-29	65 (19.7)	43 (13.0)	22 (6.7)
30-34	37 (11.2)	23 (7.0)	14 (4.2)
>35	19 (5.8)	15 (4.6)	4 (1.2)
Total	330 (100.0)	235 (71.2)	95 (28.8)

Fuente: Encuesta entrevista

El 34.8 por ciento tenía edades entre 20-24 años, de estos el 27.8 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 7.0 por ciento no. El 28.5 tenía edad menor a 20 años, de estos el 18.8 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 9.7 por ciento no. El 19.7 por ciento con edades entre 25-29 años, de estos el 13.0 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 6.7 por ciento no. El 11.2 por ciento con edades entre 30-34 años, de estos el 7.0 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 4.2 por ciento no. El 5.8 por ciento con edades mayor a 35 años, de estos el 4.6 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 1.2 por ciento no.

Gráfico 18. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según edad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 18.

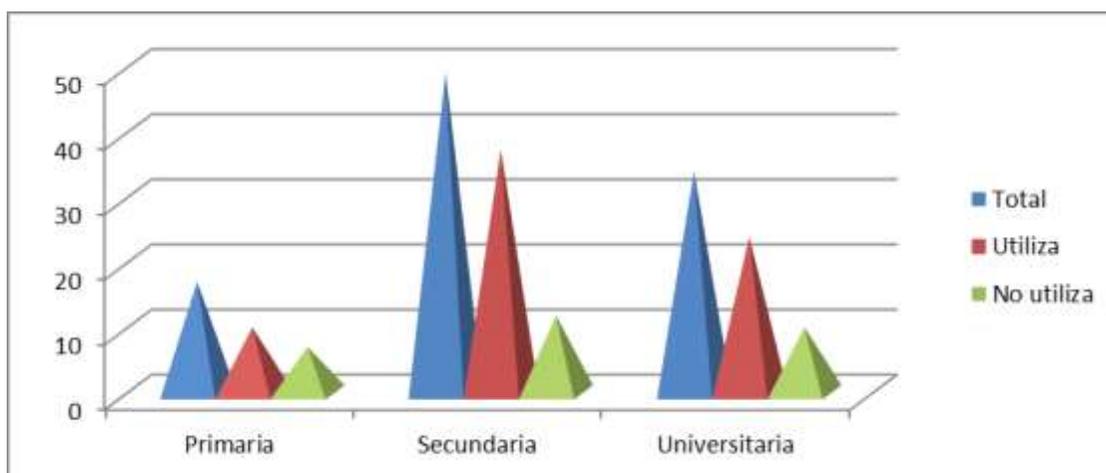
Tabla 19. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según escolaridad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Escolaridad	Total (%)	Utiliza (%)	No utiliza (%)
Analfabeto	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Primaria	56 (17.0)	33 (10.0)	23 (7.0)
Secundaria	162 (49.1)	123 (37.3)	39 (11.8)
Universitaria	112 (33.9)	79 (23.9)	33 (10.0)
Total	330 (100.0)	235 (71.2)	95 (28.8)

Fuente: Encuesta entrevista

De acuerdo a la escolaridad, el 33.9 por ciento era universitaria, de las cuales el 23.9 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 10.0 por ciento no lo utilizaba. El 49.1 por ciento tenía educación secundaria, de las cuales el 37.3 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 11.8 por ciento no lo utilizaba. El 17.0 por ciento tenía educación primaria, de las cuales el 10.0 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 7.0 por ciento no lo utilizaba.

Gráfico 19. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según escolaridad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 19.

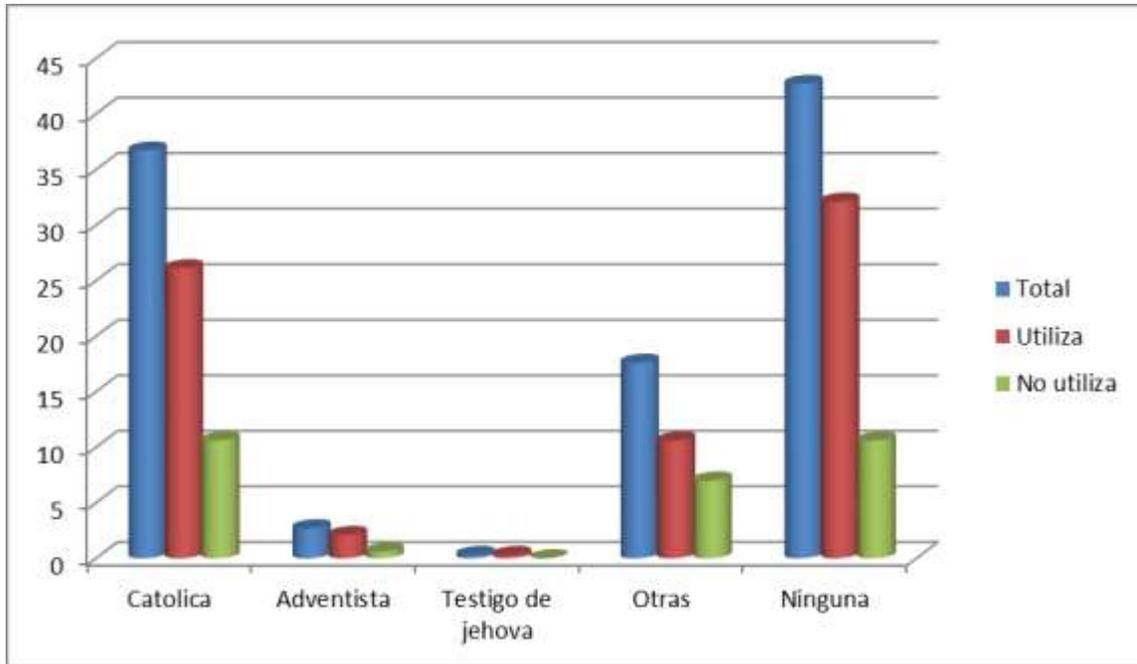
Tabla 20. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según religión. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Religión	Total (%)	Utiliza (%)	No utiliza (%)
Católica	121 (36.7)	86 (26.1)	35 (10.6)
Adventista	9 (2.7)	7 (2.1)	2 (0.6)
Testigo de Jehová	1 (0.3)	1 (0.3)	0 (0.0)
Mormones	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Otras	58 (17.6)	35 (10.6)	23 (7.0)
Ninguna	141 (42.7)	106 (32.1)	35 (10.6)
Total	330 (100.0)	235 (71.2)	95 (28.8)

Fuente: Encuesta entrevista

El 42.7 por ciento no era de ninguna religión, de los cuales el 32.1 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 10.6 por ciento no utilizaba. El 36.7 por ciento practicaba la religión católica, de los cuales el 26.1 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 10.6 por ciento no utilizaba. El 17.6 por ciento era de otras religiones, de los cuales el 10.6 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 7.0 por ciento no utilizaba. El 2.7 por ciento era adventista, de los cuales el 2.1 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 0.6 por ciento no utilizaba. El 0.3 por ciento era testigo de Jehová y utilizaba los métodos anticonceptivos.

Grafico 20. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según religión. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 20.

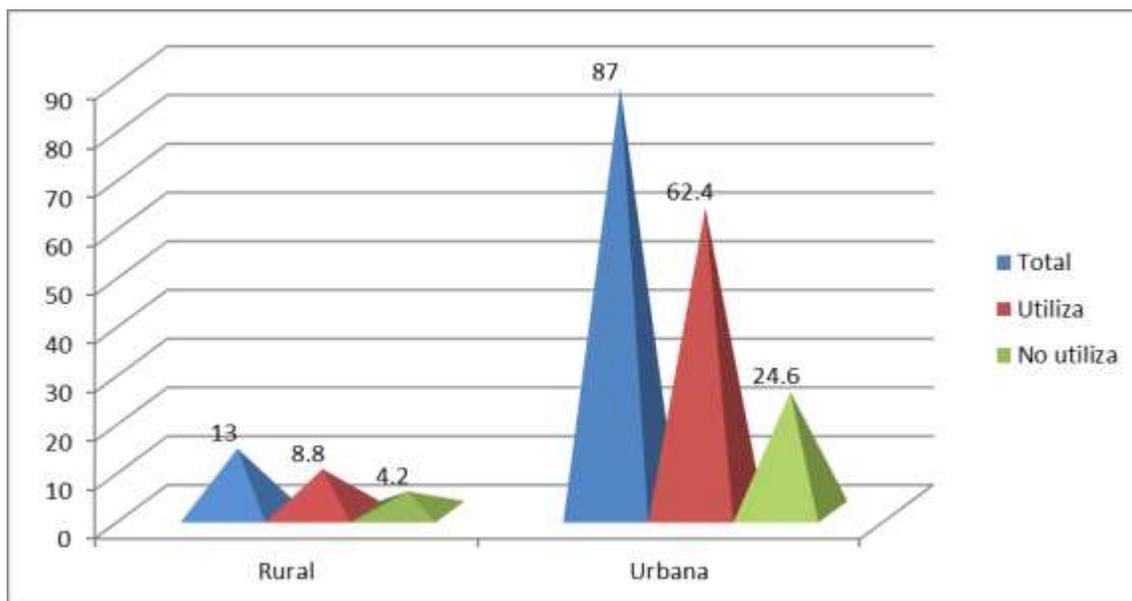
Tabla 21. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según procedencia. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Procedencia	Total (%)	Utiliza (%)	No utiliza (%)
Rural	43 (13.0)	29 (8.8)	14 (4.2)
Urbano	287 (87.0)	206 (62.4)	81 (24.6)
Total	330 (100.0)	235 (71.2)	95 (28.8)

Fuente: Encuesta entrevista

El 87.0 por ciento era de procedencia urbana, de estos el 62.4 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 24.6 por ciento no utilizaba. El 13.0 por ciento era de procedencia rural, de estos el 8.8 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 4.2 por ciento no utilizaba.

Gráfico 21. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según procedencia. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 21.

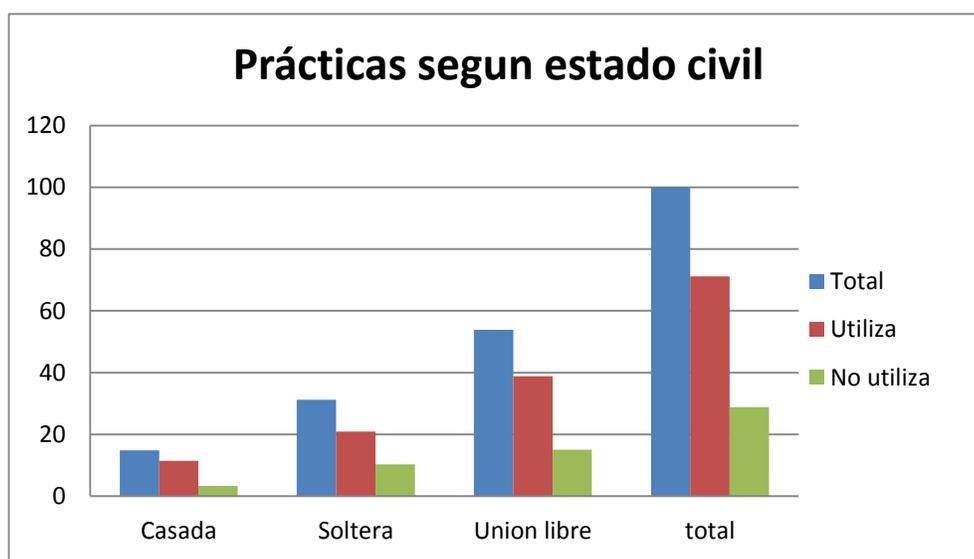
Tabla 22. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según estado civil. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Estado civil	Total (%)	Utiliza (%)	No utiliza (%)
Casada	49 (14.8)	38 (11.5)	11 (3.3)
Soltera	103 (31.2)	69 (20.9)	34 (10.3)
Unión libre	178 (53.9)	128 (38.8)	50 (15.1)
Total	330 (100.0)	235 (71.2)	95 (28.8)

Fuente: Encuesta entrevista

El 53.9 por ciento vivía en unión libre, de los cuales el 38.8 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 15.1 por ciento no utilizaba. El 31.2 por ciento era soltera, de los cuales el 20.9 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 10.3 por ciento no utilizaba. El 14.8 por ciento era casada, de los cuales el 11.5 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 3.3 por ciento no utilizaba.

Gráfico 22. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según estado civil. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 22.

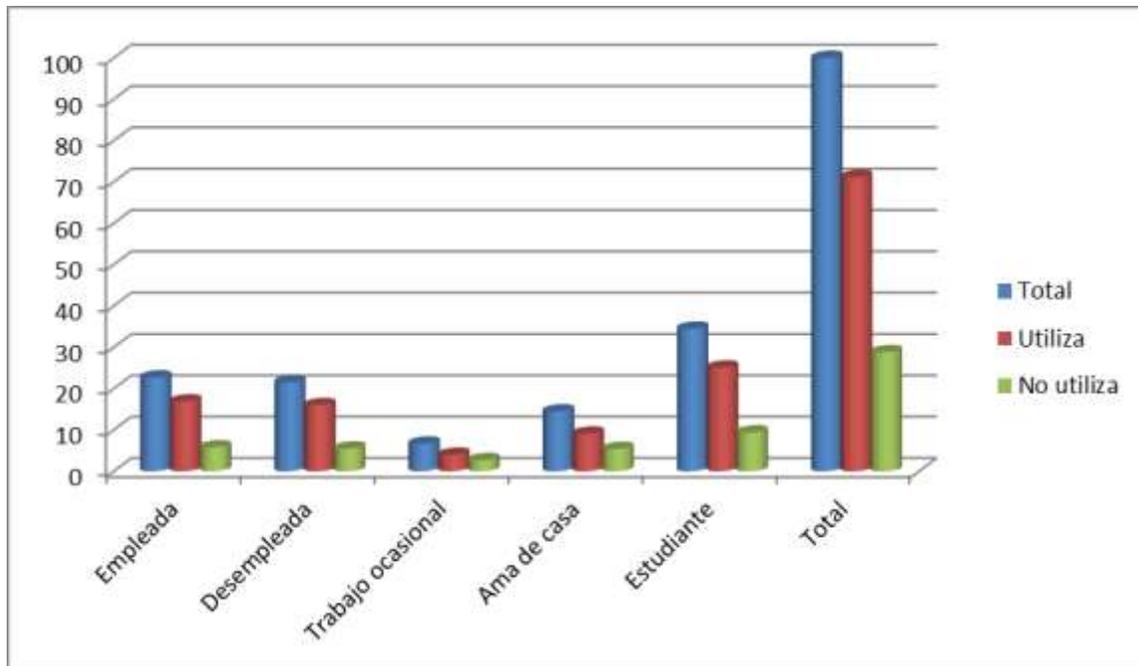
Tabla 23. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según ocupación. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Ocupación	Total (%)	Utiliza (%)	No utiliza (%)
Empleada	75 (22.7)	56 (16.9)	19 (5.8)
Desempleada	71 (21.5)	53 (16.0)	18 (5.5)
Trabajo ocasional	22 (6.7)	13 (4.0)	9 (2.7)
Ama de casa	48 (14.5)	30 (9.1)	18 (5.4)
Estudiante	114 (34.5)	83 (25.1)	31 (9.4)
Total	330 (100.0)	235 (71.2)	95 (28.8)

Fuente: Encuesta entrevista

El 34.5 por ciento de las pacientes era estudiante, de las cuales 25.1 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 9.4 por ciento no utilizaba. El 22.7 por ciento de las pacientes era empleada de las cuales 16.9 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 5.8 por ciento no utilizaba. El 21.5 por ciento de las pacientes era desempleada, de las cuales 16.0 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 5.5 por ciento no utilizaba. El 14.5 por ciento de las pacientes era ama de casa, de las cuales 9.1 por ciento utilizaba métodos anticonceptivos y el 5.4 por ciento no utilizaba. El 6.7 por ciento de las pacientes tenía trabajo ocasional, de las cuales 4.0 por ciento utiliza método anticonceptivo y el 2.7 por ciento no utiliza.

Gráfico 23. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según ocupación. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 23.

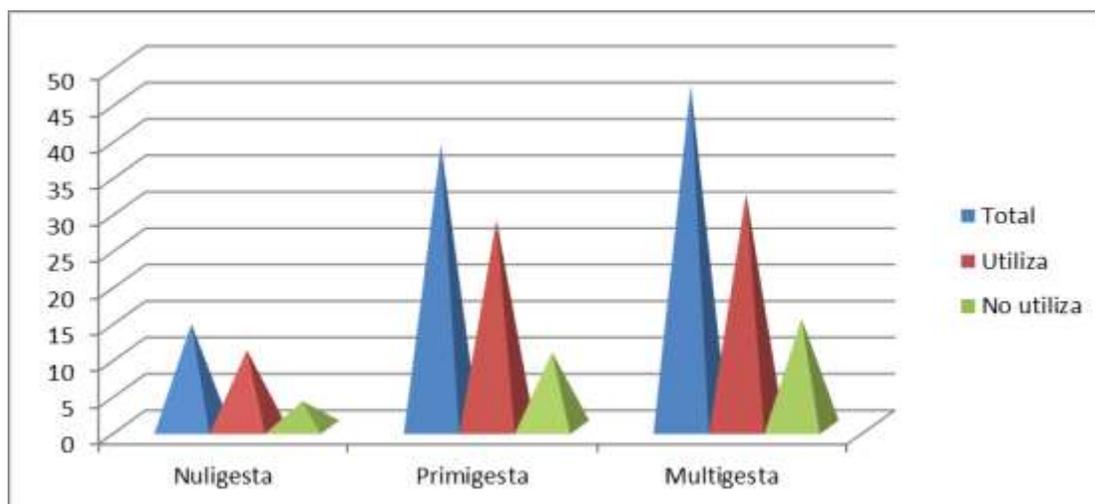
Tabla 24. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según el número de gestas. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Gestas	Total (%)	Utiliza (%)	No utiliza (%)
Nuligesta	47 (14.2)	35 (10.6)	12 (3.6)
Primigesta	128 (38.8)	94 (28.5)	34 (10.3)
Multigesta	155 (47.0)	106 (32.1)	49 (14.9)
Total	330 (100.0)	235 (71.2)	95 (28.8)

Fuente: Encuesta entrevista

El 47.0 por ciento de las pacientes era multigesta, de las cuales el 32.1 utilizaba métodos anticonceptivos y el 14.9 por ciento no utilizaba. El 38.8 por ciento de las pacientes era primigesta, de las cuales el 28.5 utilizaba métodos anticonceptivos y el 14.9 por ciento no utilizaba. El 14.2 por ciento de las pacientes era nuligesta, de las cuales el 10.6 utilizaba métodos anticonceptivos y el 3.6 por ciento no utilizaba.

Gráfico 24. Prácticas de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según el número de gestas. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 24.

Tabla 25. Distribución de métodos anticonceptivos que conocen las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016

Métodos anticonceptivos	Frecuencia	%
Ritmo	119	36.1
Temperatura	22	6.7
Moco cervical	18	5.5
Sintotérmico	3	0.9
Coito interrumpido	155	47.0
MELA	160	48.5
Condón femenino	122	37.0
Condón masculino	300	90.9
Diafragma	26	7.9
Escudo de lea	2	0.6
Capuchón cervical	8	2.4
Espermicida	22	6.7
Esponja	8	2.4
DIU	237	71.8
Anticonceptivos orales	291	88.2
Píldora de emergencia	231	70.0
Anillo intravaginal	36	10.9
Parche transdérmico	13	3.9
Anticonceptivos inyectables	291	88.2
Implantes subdérmicos	242	73.3
Esterilización femenina	208	63.0
Esterilización masculina	112	33.9

Fuente: Encuesta entrevista

Según el método anticonceptivo que conocen las pacientes, el Condón masculino es conocido por el 90.9 por ciento, el Implante subdérmico por el 73.3 por ciento; el

DIU por el 71.8 por ciento; los Anticonceptivos orales por el 88.2 por ciento; los Anticonceptivos inyectables por el 88.2 por ciento; la Píldora de emergencia por el 70.0 por ciento; la Esterilización femenina por el 63.0 por ciento; el MELA por el 48.5 por ciento; el Coito interrumpido por el 47.0 por ciento; el Condón femenino por el 37.0 por ciento; la Esterilización masculina por el 33.9 por ciento; el método del Ritmo por el 36.1 por ciento; el Anillo intravaginal por el 10.9 por ciento; el Parche transdérmico por el 3.9 por ciento; la Temperatura por el 6.7 por ciento; el Moco cervical por el 5.5 por ciento; el Sintotérmico por el 0.9 por ciento; el Diafragma por el 7.9 por ciento; el Escudo de lea por el 0.6 por ciento; el Capuchón cervical por el 2.4 por ciento; el Espermicida por el 6.7 por ciento y la Esponja por el 2.4 por ciento.

Tabla 26. Distribución de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según los métodos anticonceptivos que utilizan. Hospital Universitario Maternidad Nuestra señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Métodos anticonceptivos	Frecuencia	%
Ritmo	6	2.6
Temperatura	-	0.0
Moco cervical	-	0.0
Sintotérmico	1	0.4
Coito interrumpido	1	0.4
MELA	1	0.4
Condón femenino	6	2.6
Condón masculino	22	9.4
Diafragma	-	0.0
Escudo de lea	-	0.0
Capuchón cervical	-	0.0
Espermicida	-	0.0
Esponja	-	0.0
DIU	28	11.9
Anticonceptivos orales	57	24.3
Píldora de emergencia	1	0.4
Anillo intravaginal	1	0.4
Parche transdérmico	-	0.0
Anticonceptivos inyectables	80	34.0
Implantes subdérmicos	24	10.2
Esterilización femenina	7	3.0
Esterilización masculina	-	0.0
Total	235	100.0

Según el método empleado, los Anticonceptivos inyectables eran usados por el 34.0 por ciento de las pacientes; los Anticonceptivos orales por el 24.3 por ciento; el DIU por el 11.9 por ciento; los Implantes subdérmicos por el 10.2 por ciento; el Condón masculino por el 9.4 por ciento; la Esterilización femenina por el 3.0 por ciento; el Ritmo y el condón femenino por el 2.6 por ciento, y la Píldora de emergencia, la Temperatura, el Sintotérmico, el Coito interrumpido, el MELA y el Anillo intravaginal por el 0.4 por ciento.

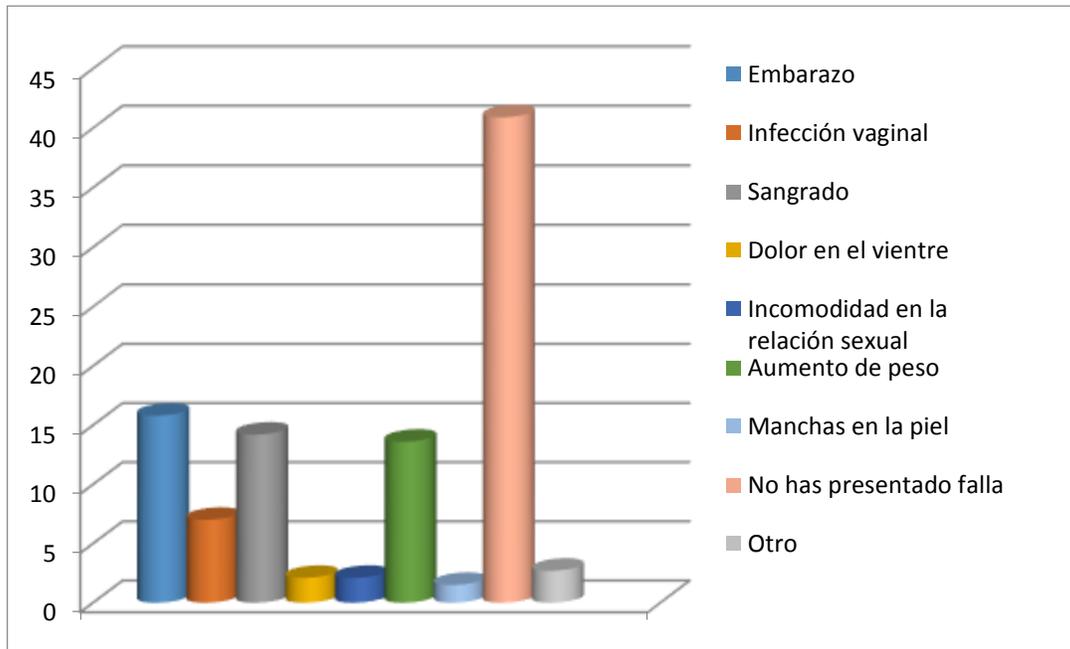
Tabla 27. Distribución de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según efectos adversos. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Efectos adversos	Frecuencia	%
Embarazo	52	15.8
Infección vaginal	23	7.0
Sangrado	47	14.2
Dolor en el vientre	7	2.1
Incomodidad en relación sexual	7	2.1
Aumento de peso	45	13.6
Manchas en la piel	5	1.5
No has presentado falla	135	40.9
Otro	9	2.7
Total	330	100.0

Fuente: encuesta entrevista

Según los efectos adversos, tenemos que no ha presentado falla el 40.9 por ciento de las pacientes; El 13.6 por ciento presentó aumento de peso; el 15.8 por ciento tuvo embarazo utilizando métodos anticonceptivos. El 14.2 por ciento presentó sangrado; el 7.0 por ciento presentó infección vaginal; el 2.7 por ciento presentó otros efectos adversos, el 2.1 por ciento presentó dolor en el vientre e incomodidad en la relación sexual, y el 1.5 por ciento presentó manchas en la piel.

Gráfico 25. Distribución de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según efectos adversos. Hospital Universitario Maternidad Nuestra señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 27

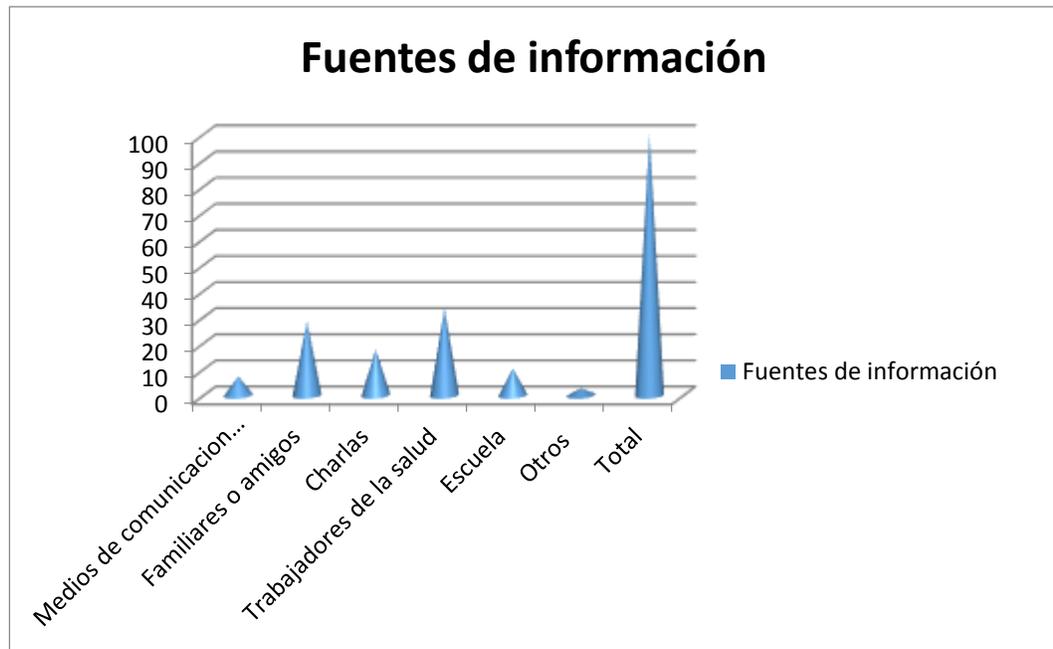
Tabla 28. Distribución de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según las fuentes de obtención de información de los métodos anticonceptivos. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Fuentes de información	Frecuencia	%
Medios de comunicación masiva	24	7.3
Familiares o amigos	94	28.5
Charlas	58	17.6
Trabajadores de la salud	111	33.6
Escuela	34	10.3
Otros	9	2.7
Total	330	100.0

Fuente: Encuesta entrevista.

Según las fuentes de información, el 33.6 por ciento fue por trabajadores de la salud; el 28.5 por ciento por familiares o amigos; el 17.6 por ciento por charlas; el 10.3 por ciento por la escuela; el 7.3 por ciento por medios de comunicación masiva, y el 2.7 por ciento por otras fuentes.

Gráfico 26. Distribución de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según las fuentes de obtención de información de los métodos anticonceptivos. Hospital Universitario Maternidad Nuestra señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 29.

Tabla 29. Distribución de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según la necesidad de información de los métodos anticonceptivos. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.

Necesidad de información	Frecuencia	%
Si	172	52.1
No	158	47.9
Total	330	100.0

Fuente: Encuesta entrevista.

Atendiendo a la necesidad de información, el 52.1 por ciento si necesitaba, y el 47.9 por ciento no.

Gráfico 27. Distribución de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar según la necesidad de información de los métodos anticonceptivos. Hospital Universitario Maternidad Nuestra señora de la Altagracia, enero-diciembre 2016.



Fuente: Tabla 29.

VIII. DISCUSIÓN

Para la comunidad mundial, el ámbito de la planificación familiar constituye un pilar fundamental dentro de las políticas públicas de salud de cada estado, a pesar de los grandes avances realizados dentro de este campo resultan alarmantes algunas cifras estadísticas que se dan a conocer periódicamente con relación al número de embarazos no planificados y aún más el desconocimiento sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son muchas las mujeres que desean quedar embarazadas y se estima que aproximadamente unos 123 millones de ellas lo logran, pero hay que tomar en cuenta que a este número hay que sumarle unos 87 millones que quedaron embarazadas involuntariamente, acotando además que estos embarazos constituyen un riesgo importante para recurrir a un aborto provocado.⁵²

Nuestro estudio tiene como muestra 330 pacientes de sexo femenino que asistieron a la consulta de planificación familiar, de las cuales 41.8 por ciento poseen un conocimiento alto, un 48.5 por ciento un conocimiento medio y un 9.2 por ciento posee un conocimiento bajo.

Por otra parte, la aceptación al uso de métodos anticonceptivos exhibe que el 71.2 por ciento de la muestra tiene disposición a aceptar métodos anticonceptivos frente a una situación probable.

La información con respecto a la sexualidad de los jóvenes y adolescentes en el país e incluso en Latinoamérica realmente es escasa, el inicio de las relaciones sexuales debería ser una elección responsable, pero para lograrlo se debe actuar con información, conciencia y responsabilidad, con nuestros resultados refiriéndonos claro está únicamente al sexo femenino el 63.3 por ciento ha iniciado su vida sexual antes de los 24 años, dando como resultado que la mayor parte de las pacientes que acuden a la consulta son menores de 24 años, siendo el intervalo 20-24 años el de mayor predominio.

De los resultados obtenidos a través de las encuestas observamos que los métodos más conocidos por la población estudiada fueron: el condón masculino con un 90.9 por ciento, los anticonceptivos orales con un 88.2 por ciento, los

anticonceptivos inyectables también con un 88.2 por ciento y el DIU con un 71.8 por ciento, siendo estos también los más utilizados; coincidentemente estos forman parte de los métodos que se entregan de forma gratuita. Estos datos se constatan con el estudio realizado en 2014 por Ramos D, Ramos A y colaboradores en el Hospital Municipal Mata Hambre, en el cual se aplicó una encuesta entrevista a 85 pacientes femeninas; este reflejó que el 76.4 por ciento conoce las píldoras como métodos anticonceptivos, el 74 por ciento conoce el condón, el 58.8 por ciento conoce las inyecciones.¹⁰

En lo referente a la práctica pudo apreciarse que el 71.2 por ciento de la población estudiada usa algún tipo de método anticonceptivo. Debido a que nuestro estudio fue realizado en una consulta de planificación familiar los resultados referentes al uso no son muy objetivos, pero si nos llama la atención el hecho de que exista un 28.8 por ciento lo que equivale a 95 pacientes, que no usan métodos anticonceptivos.

Esto se relaciona con la investigación realizada por Maiztegui L, donde a pesar que las mujeres conocen los métodos anticonceptivos, un 25 por ciento no utiliza ningún método.

La tasa de fracaso anticonceptivo juega un papel muy importante dentro del tema, aunque la mayor parte de la muestra (40.9%) refirió no haber presentado fallas a la hora de realizado el estudio, llama la atención que el efecto que ocupa el segundo lugar es el embarazo con un 15.8 por ciento lo cual puede relacionarse con el hecho de que el 47.0 por ciento de las pacientes afirman ser multíparas, y un buen número afirma ser primigestas (38.8%), esto amenaza la confianza y un posible uso posterior de cualquier método escogido si éste ha fallado sea cual sea la causa.

Los resultados sobre ineficacia varían en términos moderados en la población sexualmente activa que utiliza métodos anticonceptivos por lo que la persona que decida utilizar cualquier método tendrá primero que ser valorada por un médico, para así se escoja el más idóneo para ella y garantizar una buena salud sexual de la pareja.

IX. CONCLUSIONES

1. En relación a los anticonceptivos el 48.5 por ciento de las pacientes tenía conocimiento medio.
2. De las pacientes estudiadas el 34.8 por ciento tenían edades comprendidas entre 20-24 años.
3. Los estudios secundarios fueron los resultados de mayor porcentaje con un 49.1 de las pacientes encuestadas.
4. En cuanto a la religión, el 42.7 por ciento no practicaba ninguna.
5. En relación a la procedencia el 87.0 por ciento procedía de la zona urbana.
6. En cuanto a la convivencia de pareja el 53.9 por ciento de las pacientes vivían en unión libre.
7. El 47.0 por ciento de las pacientes eran multigestas.
8. El 79.1 por ciento tenía una actitud positiva ante los métodos anticonceptivos.
9. El 71.2 por ciento utilizaba algún método de anticoncepción.
10. El método anticonceptivo más utilizado fue el anticonceptivo inyectable en un 34.0 por ciento.
11. El condón masculino fue el método anticonceptivo más conocido en un 90.9 por ciento.
12. Las pacientes no presentaron efectos adversos en un 40.9 por ciento.
13. La mayor fuente de obtención de información fueron los trabajadores de la salud en un 33.6 por ciento.
14. Las pacientes refirieron necesitar más información de los métodos anticonceptivos en un 52.1 por ciento.

X. RECOMENDACIONES

Al ministerio de Educación a través de las escuelas y universidades.

1. Fortalecer el trabajo intersectorial y transdisciplinario, donde están involucrados principalmente el ministerio de educación y el ministerio de salud, en los cuales se garanticen el diagnóstico, intervención y monitoreo permanente de la educación sexual de los estudiantes.
2. Realizar capacitaciones dirigidas a los docentes para la aplicación de este módulo educativo.
3. Se recomienda investigar los factores que han determinado el nivel de conocimientos en este grupo estudiado a fin de usar como intervenciones.
4. Se recomienda realizar estudios para determinar si el nivel de conocimientos sobre Métodos anticonceptivos se asocia con la prevención de embarazo, en consideración a los hallazgos de este estudio donde predominó el nivel de conocimiento medio sobre métodos anticonceptivos.

Al Ministerio de Salud Pública

1. Al ser los anticonceptivos inyectables, anticonceptivos orales y el DIU los métodos más utilizados, se recomienda al ministerio de salud pública que garantice la disposición y el acceso a estos métodos de planificación en los distintos hospitales de nuestro país.
2. Al ser los trabajadores de la salud una fuente importante de adquisición de la información para las mujeres, se recomienda que se realicen campañas periódicas sobre el uso y funcionamiento de los métodos anticonceptivos, así como de las enfermedades de transmisión sexual tanto en los planteles educativos, y hospitales con el fin de que las mujeres cuenten con información profesional, y así colaborar a reducir las altas tasas de abortos, mortalidad materno infantil y embarazos no deseados.

XI. REFERENCIAS

1. Hurt K. J., Guile M. W., Bienstock J. L., Fox H. E., Wallach E. E. *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics; 4ed, Baltimore.*(Estados Unidos): Editorial Wolters Kluwer; 2012; 383-384.
2. Del Toro-Rubio M. Factores familiares y socioculturales posiblemente asociados con la no planificación familiar en hombres y mujeres entre edades de 15 a 44 años del barrio Olaya Herrera Sector Rafael Núñez en la ciudad Cartagena de Indias D, T y C 2010-2012. [sede web].Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012 [consultada el 19 de julio, 2016]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/cei/Documentos_Memorias/XVI%20Seminario%20Internacional%20de%20Cuidado/Posters/16.%20Moraima%20del%20Toro%20Rubio.pdf
3. Hopkins J, World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR), Knowledge for Health Project. *Family Planning a global handbook for providers.* Estados Unidos: Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2011. IV.
4. Ramos, S. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes [Sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [última revisión: 1 de agosto de 2011], [consultado el 19 de julio, 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/adolescent/cd005215_ramoss_com/es/.
5. Ministerio de Salud Pública. Encuesta demográfica y de salud República Dominicana 2013. [Sede web]. Maryland (EE.UU). 2014. [Consultada el 12 de marzo 2016]. Planificación familiar [15]. Disponible en: <http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/DRDHS2013-Final02-10-2013.pdf>
6. Instituto Tecnológico de Santo Domingo. Centro de estudios de Genero (CEG-INTEC). Costos del embarazo y la maternidad en la adolescencia en la República Dominicana. [Sede Web]. Santo Domingo (República Dominicana). 2013. [Consultada el 22 de agosto, 2016]. Indicadores estadísticos y tendencias el embarazo en adolescentes. [15-30]. Disponible en:

<http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/CostosMaternidadenAdolescenciaRDweb.pdf>

7. Renfigo-Reina H, Córdoba-Espinal A, Serrano Rodríguez M. Conocimientos y prácticas en salud sexual en un municipio colombiano. *Rev. Salud Pública* [Revista en internet]. 2012 [consultada el 22 de mayo 2016]; Vol. 14 (4): [1-7], Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000400002&lang=es
8. Alvarado-Vintimilla A, Idrovo-Idrovo M, Manzano- Cárdenas P. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de embarazo en las estudiantes de la escuela de medicina de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de Cuenca, año 2010. [Tesis doctoral]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2011.
9. Maiztegui L. C. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del Hospital Materno Provincial de Córdoba [Tesis Doctoral]. Córdoba (Argentina); Universidad Nacional de Córdoba. 2006.
10. Ramos-Macea D, Ramos-De Mota A, Ramírez-Zabala V. Frecuencia y uso de los métodos anticonceptivos en las pacientes de 20-45 años, asistidas en la consulta de Ginecología y Obstetricia. Hospital Municipal Mata Hambre Octubre-Diciembre 2014 [Tesis Doctoral]. Santo Domingo (República Dominicana); Universidad Autónoma de Santo Domingo. 2014.
11. Uribe A, Orcasita L, Vergara-Velez T. Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes Colombianos. *Acta colombiana de psicología* 2010;13 (1): 11-24
12. Jiménez-Santana C, Hernández-De León M, Sosa-Reyes D. Conocimiento, actitud y practica en los estudiantes de media sobre el uso de anticonceptivos, Liceo las Palmas de Herrera, Enero-Mayo 2014. [Tesis doctoral]. Santo Domingo (República Dominicana).Universidad Autónoma de Santo Domingo. 2014.
13. Oficina Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples. ENHOGAR-MICS 2014. Salud Reproductiva. [Sede web]. Santo Domingo (República Dominicana). [Consultada el 22 de agosto del 2016].

Disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/ENHOGAR%20MICS%202014%20Informe%20b%C3%A1sico.pdf>

14. Ministerio de Salud Pública. Unidad Nacional de Gestión de Medicamentos e Insumos de la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud. Agosto de 2013. Estudio de línea de base de la situación del suministro de medicamentos e insumos en Centros Especializados de Atención en Salud de República Dominicana. [Sede web]. Santo Domingo (República Dominicana). 2013. [Consultada el 22 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21361es/s21361es.pdf>
15. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Más de 4,300 adolescentes dan a Luz en La Maternidad La Altagracia. [Sede web]. Santo Domingo (República Dominicana): HUMNSA; 2015 [Consultada el 22 de agosto del 2016]. [1]. Disponible en: <http://humnsa.gob.do/multimedia/mas-de-4300-adolescentes-dan-a-luz-en-la-maternidad-la-altagracia/>
16. Lugones-Botell M, Ramírez Bermúdez M. El preservativo más viejo del mundo. Rev Cubana ObstetGinecol 2013; Vol 39 (3): 1.
17. Profamilia. Métodos anticonceptivos cuadernillo estudiantil. [Sede web]. Colombia: Profamilia; 2016. [Consultada el 5 de mayo 2016]. Historia de los métodos anticonceptivos [4-5]. Disponible en: <http://www.inppares.org/sites/default/files/Metodos%20Profamilia.PDF>
18. Rodríguez-Ramírez G. *El aborto y la maternidad voluntaria*. 2ª ed. Distrito federal (México): Dirección general de la divulgación de la ciencia; 2014: 68-69.
19. Zuehlke E. Uso de anticonceptivos para reducir los embarazos no planeados y el aborto en condiciones de riesgo. [Sede web]. Washington (Estados Unidos): Populationreference bureau; 2010. Obstáculo en el uso de los anticonceptivos. Disponible en: <http://www.prb.org/SpanishContent/2010/unintendedpregnancyandabortion-sp.aspx>
20. Organización mundial de la salud. [Sede web]. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2012 [Consultado el 22 de mayo 2016]. Aborto sin riesgos. [134].

Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

21. Organización mundial de la salud [Sede Web]. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2014 [Consultado el 19 de julio 2016]. Nueva orientación sobre como proporcionar información y servicios de anticoncepción. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/guidance-contraceptive/es/>
22. Somogyi L, Mora E. Métodos anticonceptivos: Entonces y ahora. *Revista de obstetricia y ginecología* [Revista en internet]. 2011 [Consultada el 5 de mayo 2016; 71 (2): [8], Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000200006&lng=es&nrm=iso
23. Concepción-Ceballos. Criterios de la elegibilidad OMS. [Sede web]. Madrid (España): Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2014 [Consultada el 5 de mayo 2016]. [10]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion_en_obstetricia_y_ginecologia/curso_2014/ginecologia/criterios_de_elegibilidad_de_la_oms.pdf
24. Hoffman B.L., et al. *Williams Ginecología*; 2ª ed, Dallas, Texas (Estados Unidos). Editorial McGraw Hill; 2014; 132-164.
25. Lira-Plascencia J, Velázquez-Ramírez N, Ibarquengoitia-Ochoa F, Montoya-Romero J, Castelazo-Morales E, Valerio-Castro E. Anticonceptivos de larga duración reversibles: una estrategia eficaz para la reducción de los embarazos no planeados. *Rev Ginecología y Obstetricia de México* 2013; 81: 530-540.
26. Berek JS. Planificación familiar. En: Berek JS. *Ginecología Berek y Novak*. 15ª ed, Philadelphia (EE.UU): Wolters Kluwer Health, S.A; Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 217-254
27. García-Figueroa, Buitrón R, Malanco-Hernández, Lara-Ricalde L, García-Hernández R. Anticoncepción y lactancia. Espaciamiento de los embarazos. Conceptos actuales. *Rev Ginecología y Obstetricia de México*. 2014; 82: 547-551.
28. Cooper P, RelayHealth. Anticonceptivos de emergencia [Base de datos en internet]. Estados Unidos: HealthSource; 2013, [consultado el 22 de mayo 2016].

- Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=3108d857-411a-4f89-bed5-de879d20dfb7%40sessionmgr106&vid=1&hid=118&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=74232841&db=hxh>
29. Schiappacasse V. Métodos de barrera [sede web]. Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva; 2011 [consultado el 12 de marzo 2016]. Métodos de barrera [33]. Disponible en: http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/metodos_barrera.pdf
 30. Schorge J, Schaffet J, Halvorson L et al. Métodos anticonceptivos. En: Schorge J, Schaffet J, Halvorson L et al. *Williams Ginecología*. Texas (EE.UU): McGraw Hill; 2009. 105-132
 31. Chelmow D, Geibel J, Grimm L, Harris J, Lee J, Maron D, et al. Nonoxynol-9 vaginal. MedScape [Base de datos en internet]. Estados Unidos: WebMD; 2016. [Consultado el 7 de julio 2016]. Disponible en: <http://reference.medscape.com/drug/amphora-nonoxynol-9-vaginal-1000085#10>
 32. Organización mundial de la salud [Sede web]. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2016 [consultado el 10 de diciembre 2016]. Planificación familiar. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
 33. Grupo CTO. Manual CTO de medicina y cirugía. 8va ed, Madrid (España): Editorial C.T.O MEDICINA S.L; 2011: 15-23.
 34. Arrate-Negret M, Linares-Despaigne M, Molina-Echavarría V, Sánchez Imbert N, Arias-Carbonell M. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a la consulta de planificación familiar. MEDISAN 2013; (17):415-425. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9cc16ac3-4108-4a2b-85ee-9298741322d4%40sessionmgr105&vid=1&hid=118>
 35. Cooper P, RelayHealth. Ligadura de trompas (esterilización femenina). [Base de datos en internet]. Estados Unidos: HealthSource; 2010 [consultado el 22 de mayo 2016]. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=f9e25036-7d94-4470-a465->

3ab81e2879b6%40sessionmgr104&vid=0&hid=118&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc210
ZT1laG9zdC1saXZI#AN=36249718&db=hxh

36. Food and drug administration. [Sede Web]: Silver Spring: U.S Department of Health & Human Services; [Actualizado el 7 de abril, 2016; Consultado el 7 de Julio, 2016]. Summary of Safety and Effectiveness Leva's Shield barrier contraceptive. Disponible en:
<http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfpma/pma.cfm?id=P010043>
37. Pillitteri A. *Maternal & child health nursing*. 7^{ma} ed. Estados Unidos. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2013. 115
38. Salhan S. *Textbook of obstetrics*. 2^a ed, Nueva Delhi (India): Jaypee Brothers Medical Publishers; 2016: 538-539.
39. Larry-Jameson J, De Groot L, De Kretser D, Grossman A, Marshall J, et al. *Endocrinology adult and pediatric*. 6^a ed, Philadelphia (Estados Unidos): Saunders Elsevier; 2010: 2581
40. Hawkins J, Roberto-Nichols D, Stanley-Haney J. *Guidelines for nurse practitioners in gynecologic settings*. 10 ed. New York (Estados Unidos): Springer publishing company; 2012. 54-81.
41. Fernández- Marín C, Garrido-Torrecillas F, Gutiérrez-Martínez M, Hurtado-Sánchez F, Martínez-Martínez E, et al. Guía de lactancia materna. [Sede web]. Granada (España); 2015. [Consultado el 22 de mayo 2016]. Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano. [137]. Disponible en:
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf
42. Schuiling K, Likis F. *Women's Gynecologic Health*. 2da edición. Estados Unidos. Jones & Bartlett Publishers; 2011. 232.
43. Organización mundial de la salud. [Sede web]. Ginebra; 2016 [Consultada el 22 de mayo 2016]. Anticoncepción de emergencia. [6]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
44. Huanca-Solís J. *Más allá de la eternidad y el infinito...el principio y el fin de lo existencial*. España: Bubok Publishing. 2013: 97.

45. Nieto-Martin S, Rodríguez- Conde J. *Investigación y evaluación educativa en la sociedad del conocimiento*. Castilla y León (España): Ediciones universidad Salamanca. 2010: 84-85.
46. Diccionario Observatorio de salud y medio ambiente de Andalucía. [Sede web]. Andalucía (España); 2016 [consultada el 22 de mayo 2016]. Actitudes. [1]. Disponible en: <http://www.osman.es/ficha/11451>
47. Hogg M, Vaughan G. *Psicología social*. 5ª ed. Madrid (España): Editorial médica Panamericana; 2010:148.
48. Ibáñez-Gracia T, Botella M, Doménech M, Samuel-Lajeunesse J, Martínez-Martínez L, et al. *Introducción a la Psicología Social*. Editorial UOC. Barcelona (España): 2011.193-200.
49. The free dictionary. (España). [Sede web]. Farlex; 2016 [consultado el 5 de mayo 2016]. Práctica. [3]. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/pr%C3%A1ctica>
50. Manzani JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica* 2000; VI (2): 321
51. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2002.
52. Seminario internacional. Sexual y reproductiva en América Latina-avances/retrocesos a la luz de Cairo +15 y los objetivos del milenio. Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). Asociación Peruana de Demografía y Población (APDP). Octubre, 2009. Lima, Perú. Disponible en: www.alapop.org/2009/Docs/.../SeminarioSSR_Cairo15_LeoMorris.pps

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Actividades	Año 2016												Año 2017	
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Enero	Febrero
Selección del tema														
Búsqueda de referencias														
Elaboración del anteproyecto														
Sometimiento y aprobación														
Ejecución de las encuestas entrevistas														
Tabulación y análisis de los datos														
Redacción del informe														
Revisión del informe por los asesores														
Encuadernación														
Presentación														

XII.2. Consentimiento Informado

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

Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el período Enero- Diciembre 2016

Estimado paciente

El propósito de este estudio es identificar el nivel de conocimiento y de práctica, así como su actitud frente al uso de los diversos métodos anticonceptivos. Para desarrollar este proyecto será necesaria la realización de una encuesta.

Su involucramiento en esta investigación no le proporcionará ninguna clase de beneficio económico ni de ninguna otra clase, y la misma no presenta ninguna clase de riesgo a su persona.

En dicha encuesta se le pedirá que nos proporcione datos personales, los cuales no serán divulgados, ni utilizados con otros fines fuera de la investigación.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este centro de salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

Este trabajo de investigación es realizado por Beatriz Adriana Pérez Rodríguez y Beyda Pérez Cuevas, está avalado tanto por la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, como por el departamento de enseñanza del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

XII.3. Instrumento de recolección de datos

Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres que acuden a la consulta de Planificación Familiar del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Enero-Diciembre 2016.

Encuesta:

Datos generales:

ID #: _____

1. Edad: _____ años

2. Escolaridad

- a) Analfabeto_____
- b) Primaria_____
- c) Secundaria_____
- d) Universitaria_____

3. Religión:

- a) Católica_____
- b) Adventista_____
- c) Testigo de Jehová_____
- d) Mormones_____
- e) Otras_____
- f) Ninguna_____

4. Procedencia:

- a) Rural_____
- b) Urbano_____

5. Estado civil:
- a) Casada_____
 - b) Soltera_____
 - c) Unión libre_____

6. Ocupación:
- a) Empleada_____
 - b) Desempleada_____
 - c) Trabajo ocasional_____
 - d) Ama de casa_____
 - e) Estudiante_____

Antecedentes personales

7. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

- a) Nuligesta_____
- b) Primigesta_____
- c) Multigesta_____

8. Edad que iniciaste las relaciones sexuales: _____ años

Conocimiento general

9. ¿Cuáles métodos de planificación familiar conoces?

- a) Ritmo_____
- b) Temperatura_____
- c) Moco cervical_____
- d) Sintotérmico_____
- e) Coito interrumpido_____
- f) MELA_____
- g) Condón femenino_____
- h) Condón masculino_____
- i) Diafragma_____

- j) Escudo de Lea_____
- k) Capuchón cervical_____
- l) Espermicidas_____
- m) Esponja_____
- n) DIU_____
- o) Anticonceptivos orales_____
- p) Píldora de emergencia_____
- q) Anillo intravaginal_____
- r) Parche transdérmico_____
- s) Anticonceptivos inyectables_____
- t) Implantes subdérmicos_____
- u) Esterilización femenina_____
- v) Esterilización masculina_____

Nivel de conocimientos

10. ¿Para qué sirven los métodos anticonceptivos?

- a) Prevenir embarazo_____
- b) Prevenir ETS_____
- c) Concebir_____
- d) No sabes_____
- e) Otros_____

11. Sobre el uso de las Pastillas Anticonceptivas usted cree:

- a) Se toman un día antes de tener relaciones sexuales_____
- b) Se toma una pastilla todos los días_____
- c) Se toma una vez al mes_____
- d) Ninguna_____

12. El Condón es un método que:

- a) Un solo puede ser usado en varias relaciones sexuales_____
- b) Protege de embarazos y ETS_____

- c) Solo previene ETS_____
- d) Ninguna_____

13. El DIU es un método que:

- a) Se coloca debajo del brazo_____
- b) Se coloca en el útero a través de la vagina_____
- c) Puede ser usado por los hombres_____
- d) Ninguna_____

14. El implante subdérmico es un método que:

- a) Lo pueden usar los hombres y mujeres_____
- b) Se coloca debajo de la piel del brazo_____
- c) Se coloca en la parte interna de la vagina _____
- d) Ninguna_____

15. El método del ritmo consiste:

- a) Tener sexo interdiario_____
- b) Tener sexo 1 vez a la semana_____
- c) No tener sexo en la ovulación_____
- d) Interrumpir las relaciones sexuales____
- e) Ninguna_____

16. El método del ritmo puede ser usado por:

- a) Mujeres con ciclos menstruales irregulares_____
- b) Mujeres con ciclos menstruales regulares_____
- c) Todas las mujeres_____
- d) Mujeres con más de 2 hijos_____
- e) Ninguna_____

17. La inyección se usa:

- a) Después de la relación sexual_____

- b) En embarazadas_____
- c) Cada mes o cada 3 meses para evitar el embarazo_____
- d) Ninguna_____

18. La Anticoncepción de emergencia se usa:

- a) Un día antes de tener sexo_____
- b) Una semana después de tener sexo_____
- c) Después de una relación sexual no protegida_____
- d) Ninguna_____

19. El método de amenorrea de la lactancia (MELA) consiste en:

- a) No dar el seno_____
- b) Dar el seno después de los seis meses_____
- c) Dar solo el seno durante los primeros seis meses_____
- d) Ninguna_____

20. La esterilización femenina consiste en:

- a) Inyectar a las mujeres cada mes o cada tres meses_____
- b) Una operación donde se ligan o cortan las trompas_____
- c) Proceso en el que se pone un aparatito en la vagina_____
- d) Ninguno_____

21. La vasectomía es:

- a) Un método que se usa para esterilizar a los hombres_____
- b) Se usa en mujeres y hombres_____
- c) Se usa para dejar a las mujeres estériles_____
- d) Ninguno_____

Actitudes hacia la anticoncepción

22. Las relaciones sexuales programadas y planificadas pierden su valor al no ser espontáneas.

- a) Totalmente de acuerdo_____
- b) De acuerdo_____
- c) Neutral_____
- d) En desacuerdo_____
- e) Totalmente en desacuerdo_____

23. Los métodos anticonceptivos fallan mucho:

- a) Totalmente de acuerdo_____
- b) De acuerdo_____
- c) Neutral_____
- d) En desacuerdo_____
- e) Totalmente en desacuerdo_____

24. Los métodos anticonceptivos hacen que se disfrute menos de la relación sexual.

- a) Totalmente de acuerdo_____
- b) De acuerdo_____
- c) Neutral_____
- d) En desacuerdo_____
- e) Totalmente en desacuerdo_____

25. Los métodos anticonceptivos son difíciles de conseguir por los jóvenes

- a) Totalmente de acuerdo_____
- b) De acuerdo_____
- c) Neutral_____
- d) En desacuerdo_____
- e) Totalmente en desacuerdo_____

26. Los métodos anticonceptivos son difíciles de usar

- a) Totalmente de acuerdo_____
- b) De acuerdo_____
- c) Neutral_____
- d) En desacuerdo_____
- e) Totalmente en desacuerdo_____

27. Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón

- a) Totalmente de acuerdo_____
- b) De acuerdo_____
- c) Neutral_____
- d) En desacuerdo_____
- e) Totalmente en desacuerdo_____

Prácticas

28. ¿Actualmente usa usted algún Método de planificación familiar?

- a) Si_____
- b) No_____

29. Si la respuesta es sí, ¿Cual método anticonceptivo está utilizando?

- a) Ritmo_____
- b) Temperatura_____
- c) Moco cervical_____
- d) Sintotérmico_____
- e) Coito interrumpido_____
- f) MELA_____
- g) Condón femenino_____
- h) Condón masculino_____
- i) Diafragma_____
- j) Escudo de Lea_____
- k) Capuchón cervical_____

- l) Espermicidas_____
- m) Esponja_____
- n) DIU_____
- o) Anticonceptivos orales_____
- p) Píldora de emergencia_____
- q) Anillo intravaginal_____
- r) Parche transdérmico_____
- s) Anticonceptivos inyectables_____
- t) Implantes subdérmicos_____
- u) Esterilización femenina_____
- v) Esterilización masculina_____

30. Para que utiliza usted este método?

- a) Evitar embarazo_____
- b) Evitar ETS_____
- c) Para quedar embarazada_____
- d) No sabe_____
- e) Otra_____

31. ¿Porque usa usted este método?

- a) mayor comodidad_____
- b) Es más asequible_____
- c) Es más económico_____
- d) Menos efectos secundarios_____
- e) mayor seguridad_____
- f) otro_____

32. Su pareja sabe que está utilizando métodos anticonceptivos?

- a) Si_____
- b) No_____

Efectos adversos

33. ¿Algún método anticonceptivo te ha producido efectos adversos? Si la respuesta es sí señala el efecto adverso.

- a) Embarazo_____
- b) Infección vaginal_____
- c) Sangrado_____
- d) Dolor en el vientre_____
- e) Incomodidad o molestias en la relación sexual_____
- f) Aumento de peso_____
- g) Manchas en la piel_____
- h) No has presentado falla_____

34. Si la respuesta es sí, señale el método anticonceptivo que estaba usando.

- a) Ritmo_____
- b) Temperatura_____
- c) Moco cervical_____
- d) Sintotérmico_____
- e) Coito interrumpido_____
- f) MELA_____
- g) Condón femenino_____
- h) Condón masculino_____
- i) Diafragma_____
- j) Escudo de Lea_____
- k) Capuchón cervical_____
- l) Espermicidas_____
- m) Esponja_____
- n) DIU_____
- o) Anticonceptivos orales_____
- p) Píldora de emergencia_____
- q) Anillo intravaginal_____
- r) Parche transdermico_____

- s) Anticonceptivos inyectables_____
- t) Implantes subdérmicos_____
- u) Esterilización femenina_____
- v) Esterilización masculina_____

Fuente de información

35. ¿Cuál fue el medio que uso para adquirir información sobre el uso de los anticonceptivos?

- a) Medios de comunicación masiva_____
- b) Familiares o amigos_____
- c) Charlas_____
- d) Trabajadores de salud_____
- e) Escuela_____
- f) Otros_____

36. ¿Cree usted que necesita más información sobre los métodos anticonceptivos?

- a) Si_____
- b) No_____

XII.4. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos				
<ul style="list-style-type: none"> • 2 sustentantes • 1 asesor metodológico • 1 asesor clínico • Estadígrafo • 1 Secretaria • Mujeres que participaran en el estudio 				
XII.4.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)		8 resmas	250.0	2000.00
Papel Mistique		3 resmas	180.00	540.00
Lápices		5 unidades	10.00	50.00
Borras		2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos		10 unidades	15.00	150.00
Sacapuntas		2 unidades	10.00	20.00
Computador Hardware:			3.00	
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM;				
20 GB H.D.;CD-ROM 52x				
Impresora HP 932c				
Scanner: Microteck 3700				
Software:				
Microsoft Windows 7				
Microsoft Office 2010				
Google Chrome Internet service				
Omnipage Pro 10				
Dragon Naturally Speaking				
Easy CD Creator 2.0				
Presentación:				
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data				
proyector				
Cartuchos HP 45 A y 78 D		4 unidades	500.00	2000.00
Calculadora		2 unidades	150.00	300,00
XII.4.3. Información				
Adquisición de libros				
Revistas				
Otros documentos				
XII.4.4. Económicos*				
Papelería(copias)		3600 copias	1.5	5400.00
Encuadernación		12 informes	60.00	720.00
Alimentación				1200.00
Transporte			1633.08	1633.80
Inscripción de la tesis				12,000.00
Presentación de la tesis				15,000.00
Imprevistos (10,%)				4103.38
Total				RD\$45,137.18

* Los costos económicos fueron asumidos por la sustentante.

XII.5. Evaluación

Sustentantes:

Beatriz Pérez Rodríguez

Beyda Pérez Cuevas

Asesores:

Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Dr. Plinio Cabrera
(Clínico)

Jurado:

Autoridades

Dr. Eduardo García
Director Escuela de Medicina

Dr. José Asilis Zaiter
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Calificación: _____

Fecha de entrega: _____