UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESUMEN

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de embarazo en las estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca.

Métodos y materiales: estudio descriptivo, cuantitativo y transversal realizado con 586 estudiantes de sexo femenino. Para recolectar la información se elaboró un cuestionario para evaluar los conocimientos sobre la prevención de embarazo y métodos anticonceptivos. Previa realización de estas encuestas se obtuvieron consentimientos informados.

Resultados: el promedio de edad de las encuestadas es de 20.45 años (±2.90) de las cuales el 99.49% afirma conocer cómo prevenir un embarazo, el 47.95% de estudiantes tiene un conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos. El 97.27% de la muestra tiene predisposición a aceptar métodos anticonceptivos y los usaría siempre en un 67.92. De las mujeres sexualmente activas el 29.17% utiliza preservativo como método anticonceptivo, el 20.82% ha iniciado su vida sexual activa de las cuales el 22.95% ha iniciado sus relaciones sexuales a los 18 años, siendo el promedio de edad de 19.22 años (± 1.94). El 25.41% ha estado embarazada, el 80.65% que han estado embarazadas, han tenido 1 embarazo, siendo el promedio de hijos de la muestra de 1.19 (± 0.40). El 25.81% de la muestra sexualmente activa que ha estado embarazada, tuvo un embarazo con uso de método anticonceptivo.

Conclusión: El 99.49% de las estudiantes afirma conocer cómo prevenir un embarazo de las cuales el 47.95% tiene un conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos.

PALABRAS CLAVES: métodos, anticonceptivos, embarazo, prevención, conocimientos, actitudes, prácticas, estudiantes.

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

UNIVERSIDAD DE CUENCA

DeCS:

EMBARAZO – PRENVENCIÓN, ANTICONCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES PRÁCTICAS EN SALUD, ADULTO, ESTUDIANTES DE MEDICINA, INSTITUCIONES ACADEMICAS, EDUCACIÓN SUPERIOR UNIVERSIDAD DE CUENCA, CUENCA – ECUADOR

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

ABSTRACT

Objective: To determine knowledge, attitudes and practices about the prevention of pregnancy in the students of Medicine School, Cuenca's University.

Methods and Materials: descriptive, quantitative and cross-sectional study, performed in 586 female students. To collect the information, we used a questionnaire to identify knowledge about pregnancy prevention and contraceptive methods. Prior to performing theses questionnaires were obtained consents assent.

Results: the average age is 20.45 years (± 2.90) in 99.49% affirm to know how to prevent pregnancy, 47.95% of students had adequate knowledge about contraceptive methods. The 97.27% of the sample is predisposed to accept contraceptive methods if they were in a probably situation, 67.92% of the sample agree to always use contraception to prevent pregnancy. About sexually active women, 29.17% used the condom as a contraceptive method, 20.82% have started their sexual lives: 22.95% had initiated sexual between age 18, with an average age of 19.22 years (± 1.94). The 25.41% of the sample sexually active has been pregnant, 80.65% of women who have been pregnant, have had 1 pregnancy, with the average number of children in the sample of 1.19 (± 0.40). The 25.81% of the sexually active sample, who had been pregnant, had a pregnancy with use of contraception.

Conclude: 99.49% of the students affirm to know how to prevent a pregnancy, only 47.95% have adequate knowledge about contraception.

KEY WORDS: contraception, pregnancy prevention, knowledge, attitudes, practices, students.

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

RESPONSABILIDAD

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

Antecedentes

Justificación

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Indicaciones para la realización de anticoncepción

2.2. Características básicas de los anticonceptivos

2.3. Clasificación de los métodos anticonceptivos

2.3.1. Métodos definitivos

2.3.2. Métodos naturales

2.3.3. Métodos de barrera

2.3.4. Métodos intrauterinos

2.3.5. Métodos hormonales

2.3.6. Anticoncepción de emergencia

III. OBJETIVOS

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Diseño o Tipo de Estudio

4.2. Área de Estudio

4.3. Universo y Muestra

4.4. Variables y su Medición

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

4.5. Métodos, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

4.6. Procedimientos para la recolección de la información

4.7. Plan para el procesamiento y análisis de datos

V. RESULTADOS Y ANÁLISIS

VI. DISCUSIÓN

VII. CONCLUSIONES

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IX. ANEXOS

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

UNIVERSIDAD DE CUENCA

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, AÑO 2010"

Tesis previa a la

obtención del título de Médicos.

AUTORES:

Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

DIRECTOR:

Dr. Bernardo Vega Crespo.

Cuenca – Ecuador

2010 – 2011

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESPONSABILIDAD

Los contenidos que constan en la presente Tesis son de única responsabilidad y estricta autenticidad de los autores.

_____

Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla

CI. 010514121-2

_____

María José Idrovo Idrovo

CI. 010473620-2

_____

Paúl Andrés Manzano Cárdenas

CI. 010527144-9

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser la fortaleza en este arduo camino y formar parte de cada una de nuestras decisioness.

A Nuestros Padres, quienes constituyen el pilar fundamental de nuestra formación y quienes con amor y comprensión han logrado inculcar en cada uno de nosotros responsabilidad y honestidad necesaria para ser mejores cada día.

A nuestros maestros y tutores, quienes con paciencia y esmero nos comparten sus enseñanzas sembrando en nosotros ese sentimiento de servicio al prójimo, un agradecimiento especial al Dr. Bernardo Vega, director de nuestra investigación, distinguido catedrático de nuestra facultad, quien con su ayuda a permitido que este trabajo sea realizado satisfactoriamente.

A las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, y especialmente a cada una de las estudiantes de la Escuela de Medicina, ya que su colaboración fue de vital importancia en el desarrollo de esta investigación.

Los autores

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

DEDICATORIA

A Dios, por darme todo.

A mis padres, Gabriel y Piedad, por su incondicional apoyo, por estar siempre a mi lado, por su abrazo oportuno y porque aunque siento no ser la hija perfecta ellos han sido los padres perfectos para mí.

A mis hermanas, Gabriela y Ana, por cada momento a mi lado, por su apoyo, por todas las discusiones y por cada abrazo. Porque nunca han dejado de confiar en mí.

A mi princesa, Paula, por hacerme sentir las pataditas más hermosas de mi vida, porque con una sola sonrisa cambiaste mi mundo, porque sentir tus pequeñas manitos es como tocar el cielo, porque un segundo contigo es todo cuanto necesito para sentirme viva.

A todos quienes hicieron posible esto.

Andrea

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

DEDICATORIA

Esta tesis quiero dedicarla, a Dios, por permitirme estar en este mundo, por regalarme sabiduria para actuar cada dia.

A mis padres Rocio y Miguel que con su cariño y apoyo han permitido que siga por este camino que ahora termina y por ser la luz que guia mi camino con sus consejos y enseñanzas

A mis hemanos Esteban y Roberto, que con sus sonrisas alegran mi vida y me hacen sentir que es digna de ser vivida con alegria y amor.

A mi Andrecito por ser mi apoyo y mi compañero en este camino que lo hemos vivido juntos dia a dia.

María José

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

DEDICATORIA

A mis padres Edwin y Jacqueline, quienes con amor y dedicación me enseñaron que lo único que un padre puede dejar a su hijo como herencia es la educación y por eso les estaré eternamente agradecido.

A mi hermana Paulina, quien es y será la alegria de mi vida.

A mis abuelitos Rosendo y Martha quienes me enseñan a trabajar diariamente por mis metas.

A mis abuelitos Jorge y Conchita, que estoy seguro que junto con mi tío Jorge, desde el cielo, guían cada paso que doy y cuidan de mí en todo momento.

A ti Majo por ser el complemento de mi vida y ser parte de los momentos mas especiales que he tenido.

Andrés

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

INTRODUCCIÓN

El embarazo no planificado constituye un problema de salud pública, tanto en los países en desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños. Entre las que se incluyen el inicio de la atención prenatal tardía o escaso cuidado prenatal, además de niños con bajo peso.

El porcentaje de embarazos no planificados en un indicador del estado de la salud reproductiva de la mujer, así como de su grado de autonomía para decidir cuando y cuantos hijos desea tener. La evaluacion de los conocimientos sobre prevención de embarazo en estudiantes de medicina tiene una cognotación no solo desde el punto de vista personal sino también en la trascendencia que acarrearía los malos conocimientos que pudiesen ser difundidos por ellas.

A través de nuestra investigación se busca determinar el porcentaje de estudiantes de medicina con conocimentos adecuados sobre prevención de embarazo, entre estudiantes mujeres de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, durante el año lectivo 2009 – 2010. En una población en la que se supone los conocimientos deberían ser dominados en sun mayoría se busca identificar en que porcentaje los conocimientos son adecuados y, si estos conocimientos son los adecuados, correlacionar con la gran incidencia de embarazos no planificados en las estudiantes de medicina. Es necesario establecer una linea de base sobre las deficiencias en los conocimientos, actitudes y/o prácticas de las estudiantes para a futuro tomar las debidas acciones educativas y de apoyo personal.

Ante la preocupación por encontrar respuestas a diferentes interrogantes, en torno a nuestro trabajo de investigación, tales como: ¿Cuál es el porcentaje

de estudiantes con conocimientos adecuados sobre prevenición de embarazo?; ¿Cuáles son sus actitudes frente a los métodos anticonceptivos?; ¿Con qué frecuencia estos métodos anticonceptivos son usados?; ¿El porcentaje de estudiantes con inicio de vida sexual?; ¿La prevalencia de embarazos no planificados?; ¿El número de compañeros sexuales? Nos vemos en la estricta obligación de presentar un estudio minucioso y exhaustivo, con el empleo de encuestas, que sustentan una labor satisfactoria a nivel personal y colectivo.

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos acerca de la prevención de embarazo con relación al conocimiento del uso de anticonceptivos entre las estudiantes de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, durante el año lectivo 2010?

ANTECEDENTES

La gestación es un proceso fisiológico, que con cierta frecuencia puede sufrir alteraciones por lo que se aceptan una serie de cuidados y observaciones, encargados de prevenirlas o diagnosticarlas precozmente. La mayoría de los embarazos no presentan patologías pero es una etapa de gran vulnerabilidad tanto para la madre como para el hijo (1).

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo, en 1994, se ratificó el concepto de salud reproductiva y sexual siguiente: “En el marco de la definición de la salud de la OMS, como un estado de total bienestar físico, mental y social no solo como la ausencia de enfermedad, la salud reproductiva se preocupa de asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfacción y libre de riesgos con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En esta última condición, está implícito el derecho del hombre y la mujer a recibir información y a tener acceso efectivo aceptable a un costo razonable y libre de riesgos a los métodos de regulación de la fecundidad de su elección, así como el derecho a acceder a servicios adecuados de salud que permitirán a la mujer tener un embarazo y un parto seguros y a la pareja la oportunidad de tener hijos sanos” (2).

Un importante aporte al campo de salud reproductiva, lo constituye la información más actualizada sobre los métodos de planificación familiar. La planificación familiar ayuda a todos, en especial a la mujer y a la

adolescente, brindándole protección contra embarazos no deseados, llegando a salvar las vidas de mujeres con alto riesgos para su salud si se embarazaran ó de los abortos en circunstancias peligrosas. Además muchos de los métodos de planificación familiar reportan otros beneficios para la salud por ejemplo, algunos métodos hormonales ayudan a prevenir entidades como enfermedad inflamatoria pelvica, anemia y dismenorrea, los condones contribuyen a prevenir enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH–SIDA (2) Op. Cit. Pág.1.

La 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 (3).

Dentro de los grupos de riesgo de salud reproductiva, se encuentran las adolescentes dado por el inicio sexual precoz unido a la falta de conocimientos e información y a la separación que hay entre la madurez biológica, que tiende a adelantarse y la psicosocial que se ha desplazado a edades más avanzadas, además, con la presencia de sentimientos contradictorios en esta esfera se crea un problema que aún se incrementa más si se tiene en cuenta el aumento del aborto con sus complicaciones. Es preocupante también la presencia e incidencia de enfermedades de transmisión sexual, la escasez de uso de métodos anticonceptivos, la promiscuidad y hasta la realización de las relaciones sexuales en lugares inapropiados, con experiencias frustrantes que pueden conllevar a disfunciones sexuales posteriormente asociados a matrimonios y divorcios (2) Op. Cit. Pág.2.

Los diferentes gobiernos de Latinoamérica promueven a través de políticas de educación y de orientación familiar, el uso de métodos anticonceptivos, sin embargo sus resultados son inferiores a los obtenidos en países desarrollados según el CELSAM (Centro Latinoamericano de Salud de la

Mujer). Solo un 52% de las mujeres latinoamericanas en edad fértil utilizan métodos anticonceptivos, cifra que no supera a los promedios obtenidos en Europa y Norteamérica. Entre las causas de esta diferencia estadística se encuentran limitaciones económicas, sociales, culturales, geográficas y la falta de educación e información.

Según el CELSAM, en Latinoamérica el 48% de las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años de edad) no utiliza ningún método anticonceptivo. Sólo el 9.36% elige la píldora como método, cuando en Europa un 33% de las mujeres la utilizan. Por el contrario, el 23.2% prefieren la esterilización para prevenir un embarazo y sólo el 6% usa el preservativo (4).

En la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) de 1994, el 36% de las ecuatorianas en unión indicaron que su embarazo más reciente (durante los cinco años previos a la encuesta) no había sido planeado, el 19% indicó que su embarazo había sido no deseado (porque no querían tener más hijos) y el 16% manifestó que el embarazo había ocurrido a destiempo (porque se produjo antes del momento deseado). Los porcentajes comparables de la ENDEMAIN de 1989 fueron el 7% no deseados y el 6% a destiempo, respectivamente.

Datos de dos variables recopilados por las EDS conducidas en cuatro países de América del Sur (Bolivia, Colombia, Paraguay y Perú) revelan que las probabilidades de un embarazo no deseado aumentan con la edad y la paridad de la mujer. Además, las mujeres de las zonas rurales son más propensas que las residentes de las zonas urbanas a tener un número de hijos superior al que consideran ideal. En tres de estos países (Bolivia, Colombia y Paraguay), cuanto más bajo sea el nivel de educación de la mujer, mayor es la probabilidad de que tenga un número de hijos superior al que considera ideal. En Paraguay, las mujeres con bajos niveles de educación y de condición socioeconómica baja son más proclives a tener

embarazos no deseados que aquellas con mejor nivel de educación y de condición económica más alta (5).

La esterilización femenina es el método más usado en el país (24.1%). La segunda posición corresponde a las píldoras (13.3%), seguidas por el DIU (10.1%), el ritmo/Billings (7.5%) y la inyección (5.9%). La esterilización femenina, las píldoras, el DIU y la inyección cuya efectividad es muy alta, representan el 73 por ciento del uso total (6).

Según la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), en su Seminario Internacional de Salud Sexual y Reproductiva realizado en Lima en octubre del año 2009, la tendencia de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos se duplicó en los últimos veinte años en América Latina (7).

En cuanto a la tendencia de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en mujeres entre 15 y 24 años de edad, concluyen que éste se ha duplicado en los últimos diez años (70,5%) (7). Op. Cit. Cuadro N.6.

Los tipos de métodos anticonceptivos usados en la primera relación sexual en el año 2008, fueron: condón (79,5%), coito interrumpido (6,9%), píldora (5,5%), inyección (4,2%) y el método natural (3,6%) (7). Op. Cit. Cuadro N.8.9.

Se observa tambien que la mayoría de relaciones sexuales ocurren antes del matrimonio. Entre 20 y 24 años, el 82 por ciento de las encuestadas habían tenido relaciones premaritales en relación a un 37 por ciento de mujeres con relaciones premaritales en edades comprendidas entre 15 y 19 años; además se observa que las relaciones premaritales son más frecuentes en el área urbana (63,1%) que rural (52,6%) (7). Op. Cit. Cuadro N.5.

Respecto a las fuentes de obtención de anticonceptivos modernos, un estudio realizado por ENDSSR en el 2008, dejó ver que el sector público es

el primer lugar donde las mujeres obtienen los anticonceptivos (42.3%), seguido de las farmacias (41.3%), el sector privado (10,7%) y en menor porcentaje de otros (5,7%) (7) Op. Cit. Cuadro N. 5.11.

JUSTIFICACIÓN

El embarazo no planeado es un problema importante de salud pública, tanto en los países en desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños. Entre dichas consecuencias se incluyen la mayor probabilidad de que la mujer recurra a un aborto inseguro, de que inicie la atención prenatal tarde o reciba poco cuidado prenatal, y que el niño nazca con bajo peso (5). Op. Cit. Pág.1.

Un embarazo no planificado conlleva una serie de dificultades para la persona y/o pareja, puesto que a más de la necesidad imperiosa por empezar a ser un miembro activo de la sociedad económica por los gastos que representa el nuevo ser, existen problemas sociales que la persona y/o pareja deben afrontar.

Casi todas las personas en algún momento de sus vidas necesitarán consejo sobre planificación familiar, por ello la enseñanza cuidadosa de los métodos anticonceptivos tiene un papel muy importante en proporcionar tal consejo (8).

Parte de nuestras tareas como futuros médicos será participar en la campañas de planificación familiar. Pero el alto índice de embarazos no planificados entre estudiantes de la Escuela de Medicina nos obliga a pensar que existe una falencia en los conocimientos sobre dicho tema, o que aunque existan buenas bases científicas éstas no son llevadas a la práctica. Es sin duda imprescindible conocer las acciones y conocimientos en torno a la prevención de embarazos pues si conocemos el origen del problema se podrá intervenir y ayudar a que la vida sexual y reproductiva de los y las estudiantes de la Escuela de Medicina sea la mejor.

I. MARCO TEÓRICO:

El proceso reproductivo es una de las condiciones donde factores sociales, culturales y económicos adquieren una mayor significación incidiendo directamente en la mayor vulnerabilidad de la mujer. Siendo una condición tan importante que involucra a todas las mujeres es importante que conozcan cada una de las situaciones que determinan el proceso reproductivo, ya que la mujer en una mayor proporción que el hombre es responsable de la decisión de tener o no hijos y el tiempo en el que lo decide tener. Un dato de suma importancia en los últimos años dentro de los países de Latinoamérica como en el Ecuador es el de embarazos no planificados llegando a tener cifras del 23% en Latinoamérica y en el Ecuador esta cifra es de 7 por cada diez embarazos, sumado a esto el número creciente de embarazos en adolescentes y jóvenes, la problemática social y económica va creciendo paulatinamente lo que ha creado un gran desafío para los responsables de políticas públicas, y particularmente para profesionales de la salud encargados de la atención de la mujer gestante. Así se podrán crear políticas y campañas de planificación familiar en todos los niveles de salud para así reducir los casos de embarazos no deseados, especialmente en jóvenes (9). Op. Cit. Pág.21.

Para establecer acciones que se dirijan a programas de Planificación Familiar es de suma importancia averiguar cuales son las causas que determinan un embarazo no planificado en nuestro país. En un estudio realizado en el período de enero a junio en el año 1994 en estudiantes universitarias se indican que las variables más significativas son la residencia en la región de la sierra, residencia en un área metropolitana, el número de nacimientos anteriores, edades entre 20 - 29 años, estado civil soltera, condición socioeconómica media y el uso de un método anticonceptivo antes del último embarazo. En forma contraria, las variables que disminuyeron significativamente dicha probabilidad fueron las de vivir en zonas rurales, de vivir en un hogar de ingresos elevados y de dar a luz a una

edad relativamente mayor (30–49 años) (10). Tomando en cuenta estas determinantes y analizándolas en el marco de los y las estudiantes de la Escuela de Medicina vemos que se encuentran dentro de este grupo de personas con riego de tener un embarazo no planificado.

La anticoncepción fue considerada como un derecho humano dentro del contexto de la salud sexual y reproductiva.

…*"los programas de atención de la salud reproductiva deberán proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de discriminación. Todas las parejas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo"…* (11).

2.1 INDICACIONES PARA REALIZAR LA ANTICONCEPCIÓN

En su concepto más amplio, la planificación familiar comprende dos vertientes:

1. Ayudar a parejas que no pueden reproducirse, para lograr el embarazo.
2. Ayudar a otras a evitar o espaciar los embarazos según la percepción que tengan de la familia que razonada y libremente desean tener (12).

El asesoramiento deberá considerar las diferentes etapas de la vida reproductiva del ciclo vital (adolescencia, juventud, perimenopausia) y el grado de actividad sexual. Para la elección del método se deberá proveer información sobre la seguridad, eficacia, forma de uso, comodidad, efectos secundarios, accesibilidad económica, en un marco de respeto a los diferentes estilos de vida y valores, así como también la eventual aceptación por parte de la pareja (11) Op. Cit. Pág.224. Por ello es importante conocer cada una de las características de los métodos anticonceptivos disponibles en mercado.

2.2 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Para juzgar la calidad de un procedimiento anticonceptivo deben tomarse en cuenta características universalmente establecidas:

Eficacia: Se aprecia mediante una sencilla fórmula que proporciona el llamado "Índice de Pearl": número de embarazos no deseados por 1200 para el número de ciclos en que se empleó el procedimiento en una población usuaria; el resultado representa el equivalente de embarazos por 100 mujeres / año. Se ha establecido que un índice mayor de 2 indica una eficacia pobre y relativamente poco confiable (12).

Inocuidad: Poco recomendable sería un procedimiento que causara graves peligros a la salud general o reproductiva de la persona usuaria.

Aceptabilidad: Además de objeciones que pueda tener la pareja, también debe considerarse si el método es molesto o desagradable, aunque no llegue a ser peligroso. En parte depende de la técnica de aplicación, de si se interrumpen o no los preparativos para el acto sexual, de que se conserve o no la eupareumia y de la cultura, ideología y conceptos religiosos de la pareja que va a emplearlos.

Accesibilidad: Un buen método debe estar fácilmente disponible en el momento y por el tiempo que se le requiera, para asegurar la continuidad de su uso.

Facilidad de empleo: No es utilizable un procedimiento cuya complejidad de ejecución, a veces por encima del nivel cultural de la pareja, pudiera repercutir en falta de uso oportuno o abandono a corto plazo.

Costo: Debe ser el mínimo posible, por razones obvias (12). Op. Cit. Pág.1.

2.3 CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El Centro Latinoamericano de Salud y Mujer (CELSAM) clasifica a los métodos anticonceptivos en definitivos y temporales.

- **Métodos anticonceptivos definitivos:** son quirúrgicos e irreversibles:
  a. **Salpingoclasia**: ligadura de las trompas de Falopio en forma bilateral.
  b. **Vasectomía**: sección y ligadura de los conductos deferentes.

- **Métodos anticonceptivos temporales**: son reversibles y se subdividen en naturales, de barrera, intrauterinos y hormonales.

  - **Naturales**

  a. *Abstinencia periódica*: evitar el coito durante la parte intermedia periovulatoria del ciclo femenino.
  b. *Calendario de ritmo*: evitar el coito los días fértiles del ciclo femenino basándose en la posibilidad de que la ovulación ocurra en los días 12 a 16.
  c. *Temperatura basal*: detectar la ovulación a través de variaciones de la temperatura en el curso del ciclo.
  d. *Método del moco cervical-Billings*: interpretar los cambios cíclicos del moco para determinar la ovulación.
  e. *Lactancia materna prolongada*: promueve la liberación de la hormona prolactina, la cual favorece la amenorrea y la anovulación y, consecuentemente una infertilidad fisiológica.
  f. *Coito interrumpido*: retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación.

  - **De barrera**

  a. *Preservativo:* funda de látex que se coloca en el pene en erección y retiene el semen evitando que alcance el moco cervical.

b. *Espermicidas vaginales*: agentes químicos en forma de jaleas, cremas, espumas o supositorios que se colocan en la vagina antes del coito, actúan como bloqueadores mecánicos del cuello y destruyen los espermatozoides.
c. *Diafragma:* dispositivo semiesférico de goma que se coloca en la vagina y produce la oclusión mecánica del canal cervical evitando el acceso de los espermatozoides, se utiliza combinado con un espermicida.
d. *Esponjas vaginales:* sintéticas, blandas, realizadas a base de poliuretano que contienen espermicida, se colocan en la vagina cubriendo el cervix, obstruyen el orificio cervical externo y absorben los espermatozoides.

- **Intrauterinos**

*S*on los dispositivos intrauterinos (DIU) que colocados en la cavidad uterina modifican su ambiente adecuándolo para evitar el embarazo. Se clasifican en:

a. *Inertes*: actúan por su masa y su conformación como un cuepo extraño sin mediar sustancia alguna.
b. *Liberadores de iones:* a la acción del material plástico (cuerpo extraño) unen la de los iones que liberan según su composición los cuales inhiben la motilidad espermática.
c. *Liberadores de hormonas*: tienen incorporados al tallo hormonas como los progestágenos en forma de microgránulos que se liberan en la cavidad uterina.

- **Hormonales**

Se basan en la utilización de hormonas femeninas que intervienen en el mecanismo de la ovulación. Se clasifican en:

a. *Orales:* combinación de estrógeno y progesterona en dosis que previenen la ovulación y regulan los ciclos: anticonceptivos orales (ACO).

b. *Inyectables:* administración mensual en forma intramuscular de estrógenos y progesterona de depósito que evitan la ovulación.
c. *Implantes subdérmicos*: se colocan debajo de la piel en la cara interna del brazo, liberan una dosis continua de levonogestrel que inhibe la ovulación (4). Op. Cit. Pág.1.

- **Anticoncepción de Emergencia**

La anticoncepción de emergencia incluye métodos hormonales, y tal como lo dice su nombre han sido diseñados para situaciones especiales, al ser menos efectivos que los métodos de uso regular son recomendados exclusivamente para situaciones de emergencia. Por situaciones de emergencia se entiende a toda relación sin protección sin deseo de concepción, casos de violencia sexual o cuando ha habido inconvenientes con el método anticonceptivo habitual. Se clasifican en:

a. Anticonceptivos combinados (estrógeno – progestágenos).
b. Anticonceptivos de progestágeno exclusivos (13).

2.4 MÉTODOS DEFINITIVOS

Concepto.- Son métodos que por lo general se consideran irreversibles, es decir, la persona que se somete a la intervención quirúrgica deja de ser fértil de por vida (14).

Tipos:

- Ligadura tubárica.
- Ligadura de los conductos deferentes.

2.4.1 LIGADURA TUBÁRICA

Concepto.- Se trata de un método anticonceptivo definitivo que consiste en ligar, cortar y/o cauterizar o colocar anillos u otros dispositivos en las trompas de Falopio. La elección de la ligadura tubárica por parte de la mujer debe ser fruto de la libre elección, aún en aquellas situaciones en las que una nueva gestación comprenda un riesgo vital (11). Op. Cit. Pág.242.

Procedimientos.- Usualmente la ligadura tubárica se realiza en tres tipos de procedimientos:

• Minilaparotomía.

• Laparoscopía.

• Intracesárea o durante otro procedimiento quirúrgico.

Desventajas:

- No protege contra infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA.
- Es irreversible.
- Requiere personal entrenado, involucra procedimientos anestésicos y quirúrgicos.

Riesgos.- La realización de procedimientos quirúrgicos y anestésicos (aún con anestésicos locales) expone a riesgo de complicaciones.

2.4.2 LIGADURA DE LOS DEFERENTES (VASECTOMÍA)

Concepto.- Se trata de un método anticonceptivo definitivo que consiste en cortar, ligar y/o cauterizar los conductos deferentes a nivel escrotal para impedir el pasaje de espermatozoides.

Es un procedimiento quirúrgico que debe ser efectuado por personal calificado, que se puede realizar por diversas técnicas quirúrgicas, con anestesia local o general (11). Op. Cit. Pág.243.

Desventajas:

- No protege contra infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA.
- Es irreversible.
- Requiere personal entrenado e involucra procedimientos anestésicos y quirúrgicos.

Riesgos.- Las complicaciones y riesgos son excepcionales, pero puede verse en los primeros meses y hasta algunos años: dolor escrotal o testicular, hematomas o infecciones locales.

Si no se realizan controles del semen pueden verse hasta un 3% de fallas en el primer año. En los hombres que se efectúan exámenes del eyaculado, las fallas son 2 por cada mil ligaduras (A). Op. Cit. Pág.1087.

Para disminuir la posibilidad de fallas se recomienda usar condón en los tres meses siguientes a la ligadura (11). Op. Cit. Pág.243.

2.5. MÉTODOS NATURALES

Concepto.- Se basa en que el varón adulto es simpre fértil a diferencia de la mujer adulta normal que es ocasionalmente fértil.

Tipos:

- Método del Ritmo Calendario o método de Ogino – Kanus.
- Método de la temperatura corporal.
- Método de la ovulación.
- Método sintotémico.

- Método de la amenorrea de la lactancia (MELA) (A). Op. Cit. Pág.1003.

2.1 MÉTODO DEL RITMO CALENDARIO O DE OGINO – KANUS

Concepto.- Se denomina asi por la abstinencia sexual periódica que determina; método del calendario porque frecuentemente las usuarias emplean un calendario para hacer sus anotaciones de sus períodos fértiles e infértiles y de Ogino – Knaus en recuerdo de los autores que lo propusieron. Se basa en los siguientes enunciados:

- La ovulación es única en cada ciclo mestrual y se presenta dos semanas antes de la mestruación (14±2 días), independientemente de la duración del ciclo mestrual.
- La sobrevida fecundante del óvulo se limita a 24 horas.
- La sobrevida fecundante del espermatozoide es de 48 a 72 horas.
- La concepción solo puede tener lugar cuando la relación sexual es efectuada en los días cercanos a la ovulación.

Cálculo de Ogino.- Para este cálculo se necesita conocer la duración de doce ciclos mestruales previos:
Al ciclo más corto se le resta 18 = primer día fértil.
Al ciclo más largo se le resta 11 = último día fértil.

El número 18 se obtiene de la consideración que la ovulación ocurre 14±2 días antes de la futura mestruación y la suma de 2 días que representan la sobrevida del espermatozoide.

Cálculo de Knaus.- Conocimiento de la duración de doce ciclos mestruales.
Al ciclo más corto se le resta 17 días = primer día fértil.
Al ciclo más largo se le resta 13 días = último día fértil.

Efectividad.- No ha demostrado tener buena efectividad práctica y los períodos de abstinencia sexual que determina, especialmente en las mujeres con ciclos mestruales irregulares, son muy prolongados (A). Ibid Pág. 1003.

2.2 MÉTODO DE LA TEMPERATURA BASAL

Concepto.- La temperatura corporal de una mujer en condiciones basales después de despertar, antes de levantarse, ingerir alimentos, beber o fumar, se registra como baja en la primera parte del ciclo mestrual y existe elevación en la segunda fase del ciclo.

La progesterona en esta etapa es la encargada de actuar a nivel del eje hipotálamo – hipófisis en el sistema termoregulador provocando de esta forma una elevación de la misma. El alza térmica se inicia dos días después del peak plasmático de LH y concide con el aumento de la progesterona plasmática.

Técnica de uso.- La curva de la temperatura nos indica el comienzo del período fértil, en tanto que el fin de éste corresponde a la noche del tercer día de alza térmica.

Indicaciones para el registro:

- La temperatura se puede registrar en la boca, en el recto o en la vagina.
- Se debe registrar todo el ciclo mestrual.
- Se usa cualquier tipo de termómetro.
- Se debe tomar la temperatura a una hora similar o con una hora más o menos de diferencia de la toma anterior.
- Se requiere 3 horas continuadas de sueño antes de la toma.
- Emplear el mismo termómetro durante el ciclo.
- El alza térmica puede oscilar entre 0.2°C y 0.6°C (A). Op. Cit. Pág.1005.

Eficacia.- Varía entre 1 a 6 embarazos por 100 mujeres/año.

2.3 MÉTODO DE LA OVULACIÓN (BILLINGS)

Concepto.- Se basa en la detección de las características del moco cervical en las diferentes fases del período ovulatorio.

El moco cervical por acción de los estrógenos, en el período preovulatorio rebasa el canal cervical escurriendose a través de la vagina hacia la vulva, en donde puede ser detectado por la mujer como moco elástico, acuoso, transparente, confiriendo al introito vaginal una rara sensación de lubricación facilmente perceptible.

Técnica de uso.- La mujer debe observar, cada vez que va al baño, la presencia del moco a nivel del introito de la vagina antes y después de orinar.

Con este objeto la mujer tomará un trozo de papel higiénico, que doblará ordenadamente, de manera que obtenga un conjunto de papel de cierto grosor, de superficie lisa y de un tamaño adecuado para limpiarse entre los labios vulvares, a la salida de la vagina.

La mujer puede sentir dos tipos de sensaciones: de lubricación o de sequedad.
Si obtiene moco debe observarlo y describir sus características: transparente, opaco, elástico, pegajoso, etc.

Eficacia.- La tasa de embarazos se estima entre 1 a 4 embarazos por 100 mujeres/año de acuerdo al índice de Pearl. La tasa de embarazo relativa a los usuarios puede llegar a 20 embarazos por 100 mujeres/año (A). Op. Cit. Pág.1006.

2.4 MÉTODO SINTOTÉRMICO

Concepto.- Utiliza varios parámetros para determinar los períodos fértiles del ciclo mestrual. La curva de temperatura basal y el moco cervical son los principales parámetros empleados. Se utiliza también con este objetivo la palpación del cuello uterino, un cálculo similar al propuesto por Ogino y otros signos y síntomas que la mujer puede presentar en relación al período ovulatorio.

Técnicas de aplicación: Se observa los siguientes parámetros:

1. *Temperatura basal corporal*.- Debe tomarse en condiciones basales todas las mañanas con el método empleado en la temperatura basal.
2. *Moco cervicouterino*.- Observación diaria de las características del moco cervical.
3. *Cálculo de Ogino*.- Para determinar el comienzo del período fértil.
4. *Palpación del cuello uterino*.- En el período fértil desciende, su consistencia se hace más firme y el orificio externo se cierra.
5. *Otros Síntomas o Signos*:
    - Goteo de Sangre.
    - Dolor en fosas ilíacas o hipogastrio.
    - Distensión abdominal.
    - Aumento de la sensibilidad de las mamas.

Determinación del período fértil en el método sintotérmico.- El inico se detecta por el cálculo de Ogino que corresponde al día 6 del ciclo mestrual y, por el inicio de la fertilidad detectado por el moco cervical. Si no se presentan iguales se toma el que primero aparezca.

El fin del período también se detecta por el doble mecanismo, ya sea la mañana del cuarto día después del día peak del moco o la noche del tercer día después del alza de la temperatura basal.

Efectividad.- La tasa de embarazos es menor a uno por 100 mujeres/año, para embarazos relativos y una tasa de 7 a 8 por 100 mujeres/año (A). Op. Cit. Pág.1012.

2.5 MÉTODO DE LA AMENORREA DE LA LACTANCIA (MELA)

Al conocerse exactamente la fisiología de la mujer, el MELA puede ser usado por las mujeres que van a optar por métodos naturales o por otro tipo de métodos anticonceptivos.

Amenorrea de la lactancia y fertilidad.- La relación es directa, a mayor duración del período de lactancia, mayor tiempo de infertilidad.

La duración promedio del período de amenorrea de la mujer que no da de lactar es de 55 a 60 días, con un rango de 20 a 120 días. El tiempo es mayor cuando hay lactancia exclusiva que para la lactancia parcial.

Fisiología de la amenorrea de la lactancia.- Las terminaciones nerviosas tienen un efecto aferente sobre el hipotálamo, inhibiendo la descaga de la hormona LH, esto provoca la descarga de oxitocina por la hipofisis posterior.

Además se inhibe la liberación de dopamina por las neuronas hipotalámicas, lo que determina aumento de la producción de prolactina por la hipofisis anterior, inhibición de la secreción pulsatil de GnRH.

Bloqueo de la retroalimentación positiva que los estrógenos ejercen sobre el eje hipotálamo-hipofisario determinando descarga de LH.

Descripción del método.- En este método se debe preguntar:

- Si el niño tiene 6 meses.
- Si se mantiene en amenorrea.
- Si está amamantando en forma completa (A). Op. Cit. Pág.1014.

2.6 MÉTODOS DE BARRERA

Situaciones de uso:

- *Riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS).* El uso de métodos de barrera, y en particular el de condones masculinos de látex, contribuye a prevenir la transmisión de ETS.
- *Contraindicaciones o temor a otros anticonceptivos.*
- *Adolescencia.* Por ser fácilmente accesibles, obtenerlos en forma óptima, y usarlos sin tener que haberlo planeado con anticipación. El condón masculino se considera particularmente aconsejable, por su doble protección y fácil acceso.
- *Lactancia.*
- *Perimenopausia.*
- *Espera de otros métodos anticonceptivos* (A). Op. Cit. Pág.1025.

Los métodos de barrera no son recomendados en mujeres en las que un nuevo embarazo puede poner en riesgo su salud y su vida por la alta tasa de falla que tienen en el uso típico (15).

Métodos de barrera actualmente disponibles:

- *Métodos masculinos*: condón de látex; condón de poliuretano.
- *Métodos femeninos*: diafragma; condón de poliuretano; capuchón cervical; esponja; espermicidas (A). Op. Cit. Pág.1024.

2.6.1 CONDÓN MASCULINO

Mecanismo de acción.- El condón masculino evita el paso de los espermatozoides al útero, ya que el eyaculado queda contenido en él durante la relación sexual.

Condón masculino de látex:

Descripción.- El condón masculino es una funda o cubierta delgada que se coloca en el pene erecto antes de la penetración vaginal. La mayoría están hechos de un látex delgado, pueden estar revestidos con un lubricante o espermicida (por lo general nonoxinol-9), y existen en diferentes tamaños, grosores, formas, colores, sabores y texturas.

Eficacia anticonceptiva.- La tasa de embarazo con su uso perfecto es baja, con una cifra de 3 embarazos por 100 mujeres durante el primer año de uso. Con el uso típico, la tasa es de 12-14 embarazos por 100 mujeres en el primer año.

Beneficios adicionales.- Con su uso perfecto son el método más efectivo para prevenir infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH, en parejas sexualmente activas. Además, posibilita la participación activa del hombre en la regulación de la fecundidad y la protección de la salud sexual y reproductiva en la pareja.

La prevención de las infecciones de transmisión sexual disminuye la probabilidad de desarrollar una enfermedad pélvica inflamatoria y sus secuelas más frecuentes e importantes: el embarazo ectópico y la infertilidad.

Efectos colaterales.- El más frecuente es la alergia al látex o al espermicida que recubre el condón. Algunas parejas presentan dispareunia por falta de lubricación durante el coito con condón.

Condón masculino de poliuretano.

El poliuretano es un material impermeable, que a diferencia del látex puede transmitir el calor corporal, no causa alergia, no se daña con los lubricantes oleosos, es más resistente y es menos susceptible a deteriorarse durante su almacenamiento.

Eficacia anticonceptiva.- La tasa de embarazo reportada en un estudio fue de 2,4 embarazos por 100 mujeres en los primeros 6 meses de uso sistemático y de 4,8 para el uso típico.

Modo de uso.- El condón debe ser utilizado uno nuevo para cada coito y colocado en el pene erecto antes de la penetración vaginal, anal u oral, para evitar el paso de los espermatozoides presentes en el pre-eyaculado y/o el traspaso de organismos infecciosos entre las parejas sexuales.

Sin desenrollarlo debe ser colocado en la punta del pene erecto, apretándola para dejarlo sin aire y se desenrolla el condón desde el glande hasta la base del pene, cubriéndolo totalmente. Después de la eyaculación, se debe retirar el pene antes de perder por completo la erección sujetando el condón en el borde que está en contacto con la base del pene, para evitar que éste pueda deslizarse, cuidando de no derramar semen en la vagina y vulva (A). Op. Cit. Pág.1026.

2.6.2 CONDÓN FEMENINO

Descripción.- Se trata de una funda de poliuretano resistente, delgado y transparente, que viene lubricada con dimeticona. Mide 17 cm de longitud y 7,8 cm de diámetro. La funda tiene 2 anillos flexibles en cada uno de sus

extremos. El anillo en el extremo cerrado o interno es flexible y móvil, y se usa para insertar el condón en la vagina y mantenerlo dentro de ella. El anillo que está en el extremo abierto, es fijo y flexible y queda fuera de la vagina cubriendo parte de los genitales externos.

Mecanismo de acción.- El condón femenino evita el embarazo impidiendo el paso de los espermatozoides al útero, ya que en la relación sexual el eyaculado queda dentro del condón.

Eficacia anticonceptiva.- Las tasas de embarazo están en un rango de 5 a 21 embarazos en 100 mujeres en el primer año de uso.

Ventajas.- A diferencia del condón masculino, éste puede ser colocado antes de la relación sexual, no se necesita que haya erección del pene, es más resistente que el látex y puede usarse con lubricantes derivados del petróleo.

Desventajas.- Los anillos internos y externos pueden ocasionar molestias y dolor durante el coito y tiene un costo más elevado que el condón masculino.

Beneficios adicionales.- En pruebas de laboratorio, el condón femenino ha demostrado ser impermeable al paso de espermatozoides y de organismos infecciosos, incluyendo VIH.

Modo de uso.- El condón femenino debe colocarse en la vagina antes de la penetración del pene, para que durante el coito el pene se introduzca dentro de éste. Después de la relación sexual se retira el condón cuidando de no derramar el semen dentro de la vagina, o área de la vulva (A). Op. Cit. Pág.1029.

2.6.3 DIAFRAGMA

Descripción.- El diafragma es una cúpula de látex rodeada de un borde flexible en forma de anillo. Se inserta en el fondo de la vagina, de manera que la cúpula cubra el cuello del útero y el borde se apoye en el fondo de saco posterior y detrás del hueso púbico. Si se usa con un espermicida, este debe ser colocado dentro de la cúpula.

Hay cuatro modelos diferentes de diafragma: con resorte con arco, con resorte en espiral, con resorte plano y con borde de sello ancho. Los diafragmas se encuentran en tamaños de 50 a l05 mm de diámetro.

Mecanismo de acción*.* El diafragma actúa impidiendo el paso de los espermatozoides al útero, y cuando se usa con espermicida, además interviene destruyendo o inactivando los espermatozoides.

Eficacia anticonceptiva*.* La tasa de falla del diafragma con espermicida cuando el uso es perfecto es de 6 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso, pero en uso típico la tasa es de 20 embarazos en 100 mujeres en el primer año.

Beneficios adicionales*.* El diafragma ofrece alguna protección contra las ETS bacterianas, como la gonorrea y la clamidiosis, además de sus consecuencias, como la enfermedad pélvica inflamatoria y la infertilidad tubárica. El uso del diafragma también proporciona protección contra la neoplasia cervical.

Efectos colaterales*.* El uso de diafragma puede ocasionar alergia al látex y/o al espermicida, dolor en la vejiga y recto, infección urinaria, secreción vaginal inusual, irritación cervical y/o vaginal y excepcionalmente lesión vaginal.

Modo de uso. En primer lugar, se debe realizar una medición por un profesional de salud para determinar el diafragma que se ajusta a cada mujer.

Previo uso se coloca aproximadamente 10 ml de crema o jalea espermicida en la cara cóncava del diafragma para que al insertarlo quede en contacto con el cuello uterino. Hasta 6 horas antes del coito, en una posición cómoda, debe ser introducido en la vagina con la cara cóncava hacia arriba deslizándolo dentro de la vagina hasta que los dedos lleguen a contactar con los labios y, se empuja el diafragma hasta que éste tope con el fondo del saco posterior.

Se debe esperar no menos de 6 horas y máximo 24 para su extracción. Para ésta, se introduce el dedo índice en la vagina, enganchando el borde anterior del anillo y arrastrándolo hacia abajo y afuera (A). Op. Cit. Pág.1030.

2.6.4 CAPUCHÓN CERVICAL

Descripción.- El capuchón cervical es un dispositivo de caucho blando con forma de copa, que se coloca en el cuello uterino y se mantiene en su lugar por medio de la presión negativa o succión que ejerce el cérvix sobre él.

Mecanismos de acción. El capuchón cervical actúa impidiendo el paso de los espermatozoides al útero, y cuando se usa con espermicida, interviene además destruyendo o inactivando los espermatozoides.

Eficacia anticonceptiva. La tasa de falla para el primer año de uso, del capuchón cervical es de entre 8 a 27 embarazos por 100 mujeres.

Efectos colaterales. El uso del capuchón cervical puede ocasionar alergia al látex y/o al espermicida.

Modo de uso. Se debe determinar primero si la usuaria no presenta anormalidades cervicouterinas o vaginales y para seleccionar el tamaño adecuado. El capuchón cervical se debe insertar antes de la relación sexual y puede quedar colocado hasta 48 horas después del coito. Puede ser usado en varias relaciones sexuales sin tener que ser removido.

El tamaño del capuchón debe ser verificado anualmente, después de un aborto de segundo trimestre, de un parto, de una cirugía pélvica, si la usuaria aumenta o disminuye 5 kilos o más, o si el capuchón es cambiado por otro nuevo (A). Op. Cit. Pág.1031.

Contraindicaciones para el uso

No se recomiendan el diafragma y el capuchón:

- Antes de la involución uterina completa después de un parto.
- Antes de las 6 semanas posteriores a un aborto de II trimestre.
- En anomalías anatómicas cervicales y en algunos casos de prolapso.
- El capuchón cervical en mujeres con neoplasia intraepitelial cervical y en espera de tratamiento por un cáncer cervical.

2.6.5 ESPONJA

Descripción.- Las esponjas anticonceptivas están manufacturadas de poliuretano impregnado con un espermicida y se colocan en el fondo de la vagina en contacto con el cérvix para evitar el paso de los espermatozoides al útero.

Mecanismos de acción.- La esponja actúa como una barrera física, bloqueando el paso de los espermatozoides al tracto genital superior, y química, a través de la liberación de espermicida en la vagina.

Eficacia anticonceptiva.- La tasa de falla de la esponja Today© a los 12 meses de uso típico es de 14% para las mujeres nulíparas y de 27% para las multíparas. La tasa de embarazo para la esponja Protectaid© es de 23% para uso típico.

Beneficios adicionales.- La esponja puede proteger contra algunas ETS bacterianas, como la gonorrea y la clamidiosis.

Efectos colaterales.- La esponja puede producir alergia al espermicida, irritación cervical y1o vaginal y candidiasis vaginal.

El uso frecuente y prolongado de la esponja con espermicida nonoxinol-9 aumenta el riesgo de presentar úlceras o irritación de la mucosa vaginal y cervical, facilitando la transmisión de VIH.

Modo de uso.- La esponja debe ser insertada antes de la relación sexual y puede ser efectiva para varios coitos, por un período de 12 a 24 horas. La esponja debe quedar insertada por varias horas después del coito (A). Op. Cit. Pág.1033.

2.6.6 ESPERMICIDAS O MÉTODOS DE BARRERA QUÍMICOS

Descripción.- Se dispone de distintas presentaciones: supositorios, tabletas espumantes, películas, espumas, jaleas y cremas. Contienen dos componentes, un químico que destruye o inactiva los espermatozoides y una base que sirve para dispersar el químico en la vagina, cérvix y endocérvix, de manera de formar una barrera física y química entre el semen y el cuello del útero. El ingrediente activo más usado es el nonoxinol-9, un potente surfactante que produce destrucción de la membrana celular de los espermatozoides.

Eficacia anticonceptiva.- La tasa de falla de los espermicidas en el primer año de uso es de 6 embarazos por 100 mujeres en el uso correcto y consistente y 26 embarazos en el uso habitual.

Efectos colaterales.- Pueden causar reacción alérgica, candidiasis vaginal e irritación cervical y/o vaginal si se usan frecuente y prolongadamente.

Modo de uso.- Los espermicidas se colocan antes del coito en la parte superior de la vagina, lo más cerca del cuello uterino. Debe colocarse una nueva dosis en cada relación sexual. Las espumas, jaleas y cremas tienen una acción anticonceptiva inmediata después de insertadas y son eficaces por 8 horas, en cambio las tabletas, supositorios y películas deben insertarse entre 10 a 15 minutos antes de la relación sexual para que se disuelvan en la vagina y son eficaces durante una hora después de aplicados. Se recomienda usar los espermicidas combinados con otro método de barrera, como el condón o el diafragma, por su alta tasa de falla cuando se utilizan solos (A). Op. Cit. Pág.1034.

Contraindicaciones para el uso:

- Para uso como único método anticonceptivo.
- En cáncer cervical y neoplasia cervical intraepitelial.
- En infección de vías urinarias.
- Para uso rectal de N- 9.
- Para uso frecuente en mujeres con alto riesgo de infección pues aumentan el riesgo de infeccion por VIH (15). Op. Cit. Pág.2.

2.7 MÉTODOS INTRAUTERINOS

Concepto.- Se refiere a un elemento pequeño y flexible, habitualmente de plástico con metal o con un progestágeno, que impide el embarazo en forma efectiva e inocua cuando es insertado dentro de la cavidad uterina.

Tipos de DIUs

a. *Inertes*: los hechos de catgut, polietileno, plástico o acero inoxidable. Ej. anillo, Soft Coil, espiral de Margulies, entre otros.

b. *Bioactivos o Medicamentosos*: de plásticos con hormonas, con cobre y con cobre y plata:
   - *De primera generación*: T de cobre, T de Cu200c, NOVAT, multiload 250 y progestacer.
   - *De tercera generación*: T de Cu200c, T de cobre 380Ag, T de cobre 380ª y multiload 375 (2). Op. Cit. Pág.3.

2.8.1 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS CON COBRE.

Definición.- El DIU con cobre más usado es la T de cobre 380A, cuya barra longitudinal mide 36 mm y cuya rama horizontal mide 32 mm de largo, tiene un filamento de cobre en la rama vertical y cobre en forma de barras en la rama transversal con una superficie total de 380 mm.

Eficacia anticonceptiva.- El más efectivo es la T-Cu 380A©, con tasas de embarazo menores de 1 por 100 mujeres en el primer año de uso, y de 1 a los 7 años. Conserva su eficacia por más de 10 años, con tasas acumuladas de embarazo de 2,6 por 100 mujeres.

Mecanismo de acción.- Como todos los cuerpos extraños producen una reacción inflamatoria local que se expresa en el líquido y las paredes de la cavidad uterina. Los iones cobre aumentan esta reacción inflamatoria. Por otra parte, los iones cobre alcanzan concentraciones elevadas en los fluidos intraluminales del útero, concentraciones que son tóxicas para los espermatozoides y los eventuales embriones.

Efectos adversos:

- *Infecciones genitales y pélvicas*, las infecciones pélvicas se presentan con frecuencia mayor en los primeros 20 días después de la inserción (tasa cruda por 1.000 mujeres/año: 9,7), en comparación con los meses subsiguientes. Otras infecciones del tracto genital como cervicitis, vaginitis, y leucorrea se presentan con frecuencia aproximadamente dos veces mayor en usuarias de DIUs que en usuarias de métodos hormonales.
- *Sangrados excesivos o prolongados.* siendo más evidentes en los tres primeros meses después de la inserción. Algunas mujeres pueden, eventualmente, presentar anemia (tasa por 1.000 mujeres/año: 2,2) y necesitar terapia con hierro o la extracción del DIU. Los sangrados anormales son menos frecuentes cuando la inserción de realiza durante la amenorrea de lactancia.
- *Dismenorrea o dispareunia.*
- *Complicaciones del embarazo con DIU.* Cuando se produce un embarazo con un DIU *in situ,* hay un riesgo alto de aborto, especialmente en el segundo trimestre, y de infecciones y una mayor frecuencia de partos prematuros.
- *Incrustación.* Se asocian a hipermenorrea que no responde a fármacos antiinflamatorios no esteroidales (A). Op. Cit. Pág.1075.

Efectos benéficos.- Los DIUs con cobre no producen efectos adversos sistémicos, y su uso se asocia a molestias generales con una frecuencia significativamente menor que los métodos hormonales. Por esto, los dispositivos con cobre representan una alternativa particularmente adecuada para mujeres que tienen factores de riesgo para el uso de anticonceptivos hormonales.

Contracepción de urgencia.- El DIU T de cobre es mucho más eficaz que cualquier tipo de píldora anticonceptiva de emergencia, ya que reduce en más de un 99% el riesgo de embarazo (16).

2.8.2 DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL.

El dispositivo intrauterino que libera levonorgestrel (T-Ng20) consiste de un cilindro sólido fabricado con una mezcla de levonorgestrel y silastic y rodeado de una delgada membrana de silastic. Contiene 52 mg de levonorgestrel, libera 20 µg diarios del esteroide y está diseñado para 5 años de uso.

En la mayoría de las mujeres, este dispositivo induce amenorrea o hipomenorrea, después de un período de sangrados irregulares que puede durar unas semanas o meses. Esto es una ventaja para las mujeres que desean usar un DIU y experimentan problemas con otros tipos de DIU.

Eficacia anticonceptiva.- Su eficacia es muy alta con tasas acumuladas de embarazo a los 60 meses de 0,5, valores comparables a los observados con la esterilización femenina.

Mecanismo de acción.- El mecanismo de acción anticonceptiva es complejo, existiendo inhibición de la ovulación en alrededor del 55% de las usuarias, como en el caso de las pastillas de progestina pura. Además, ejerce un potente efecto progestativo sobre el cuello uterino y el endometrio. Esto transforma el moco cervical en espeso e impermeable al paso de los espermatozoides, y provoca una supresión uniforme de la proliferación endometrial.

Efectos adversos.- Además de los efectos adversos propios de los DIUs con cobre, las usuarias pueden presentar efectos secundarios similares a los de los métodos de progestinas puras.

Efectos benéficos.- La T-Ng ha demostrada tasas de embarazo ectópico de 0,2 por 1.000 mujeres/año.

Modo de uso.- Un DIU puede insertarse en cualquier día del ciclo menstrual, si la mujer está usando otro método anticonceptivo eficaz en el momento de la consulta y si no está embarazada, y no es necesario indicar protección anticonceptiva adicional. Hay ventajas de hacerlo durante la menstruación, porque se disminuye el riesgo de que haya un embarazo, es más fácil la inserción, se produce menos dolor, y cualquier sangrado derivado de la inserción produce menos ansiedad. Los DIUs con cobre pueden insertarse a partir de las 1 semanas posparto y la T-Ng a partir de las 6 semanas, como también durante los primeros seis meses posparto en mujeres en amenorrea de lactancia, ya que no existe riesgo de embarazo en estas condiciones (A). Op. Cit. Pág.1078.

Los problemas relacionados con su inserción son expulsión y perforación.

Contraindicaciones para el uso de DIU:

- **Relacionadas con la paridad :**
  - La nuliparidad no es una contraindicación. Evidencia de nivel II-2.
  - El uso de DIU, por sí mismo, no afecta la fertilidad posterior.

- **Relacionadas con EIP y ETS:**
  - La EIP activa es una contraindicación absoluta para la inserción de un DIU.
  - El DIU no protege de las ETS.
  - La ETS actual contraindica la inserción de un DIU.

- **Relacionadas con la inserción:**
  - Embarazo confirmado o sospecha del mismo.
  - Portadora de DIU.
  - Hemorragia genital.
  - Infecciones genitales agudas hasta resolución.

- Distorsiones severas de la cavidad uterina o cervical, congénitas o adquiridas.
- Neoplasia genital.
- Endometritis post-parto o post-aborto (17).

2.8 MÉTODOS HORMONALES

Concepto.- Los anticonceptivos hormonales son preparados farmacológicos constituidos por esteroides sintéticos.

Mecanismo de acción.- Se ejerce por vía sistémica sobre los centros de la actividad gonadal y sobre el aparato reproductor de la mujer, actúan también sobre los receptores esteroidales fuera del sistema reproductivo.

Tipos.- Se clasifican según los distintos vehículos para la administración:

- **Métodos combinados de estrógenos y progestina:**

- Píldoras: monofásicas, bifásicas, trifásicas.
- Inyectables.

- **Métodos de progestinas puras:**

- Píldoras.
- Inyectables.
- Implantes subdérmicos.
- Anillos vaginales.
- DIU de levonorgestrel.

- **Anticoncepción de emergencia:**

- Píldoras combinadas.
- Píldoras de levonorgestrel (A). Op. Cit. Pág.1039.

2.8.1 MÉTODOS COMBINADOS DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINA

Composición.- Contienen estrógeno y progestágeno, los estrógenos sintéticos son el etinilestradiol y mestranol. Los progestágenos son habitualmente derivados de la 19 nor-testosterona, el más usado es el levonorgestrel.

Se están usando progestinas con propiedades antiandrogénicas como el acetato de ciproterona y el acetato de clormadinona.
La mayor parte de anticonceptivos orales combinados es de tipo monofásico, en que el contenido de estrógeno y progestina se mantiene constante en todas las píldoras siendo los más usados 30 ug de etinilestradiol y 150 ug de levonorgestrel.
.
Los bifásicos contienen mayor cantidad de progestina pretendiendo crear un período semejante a la fase lútea del ciclo menstrual normal.

Los trifásicos contienen etinilestradiol y levonorgestrel, pero en distintas concentraciones durante los 21 días de administración semejante más al ciclo mestrual.

Mecanismo de acción.- efecto directo e indirecto sobre el eje hipotálamo-hipofisiario, el ovario, el endometrio y el moco cervical. Inhiben los factores de liberación de las gonadotrofinas en el hipotálamo, luego la consiguiente inhibición de la liberación de la FSH y LH en la hipófisis y la abolición de la cúspide preovulatoria de gonadotrifina que dan como resultado que no se produzca la ovulación.

Las progestinas actúan sobre las glándulas secretoras del cuello uterino y altera la constitución del moco cervical haciéndolo impenetrable al paso de los espermatozoides.

Eficacia.- La tasa de embarazos observados más baja del método es de 0,1 por 100 mujeres/año.

Aceptabilidad.- Tiene una gran aceptabilidad por no interferir con el acto sexual, por la ausencia de maniobras médicas para su empleo y por la libertad de la mujer de suspenderla si lo estima conveniente.

Efectos beneficiosos.-

Beneficios relacionados con la fecundidad:

- Prevención del embarazo no deseado.
- Reducción del riesgo de embarazo ectópico.

Beneficios relacionados con el ciclo menstrual:

- Reducción de la anemia ferropenica.- Hay reducción de la pérdida diaria de sangre menstrual, reduce el día de sangrados, niveles mayores de hierro sérico.
- Disminución del riesgo de presentar quistes ováricos funcionales.
- Alivio de la dismenorrea y síntomas premenstruales.

Protección contra algunos cánceres:

- Reducción del riesgo de presentar cáncer de endometrio.
- Reducción del riesgo de presentar cáncer de ovario.
- Reducción del riesgo de presentar cáncer de colorrectal.

Disminución del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica.- Actúa a nivel del moco cervical compactando los filamentos de glicoproteínas y previniendo así el acceso de organismos patógenos hacia el tracto genital superior. Protege además de gonococo y chamydia trachomatis.

Disminución del riesgo de pérdida de densidad ósea.- Esto depende de la dosis de estrógenos y del tiempo que se usa.

Efectos adversos menores:

Dependiendo del contenido estrogénico:

- Náuseas.
- Edema.
- Descarga vaginal inespecífica.
- Tensión premenstrual .
- Irritabilidad.
- Mastalgia.
- Cefalea.

Dependiendo de los progestágenos:

- Disminución del líbido.
- Depresión.
- Aumento de peso.
- Acné.
- Rara vez fenómenos alérgicos.
- Cloasma que se exacerba con al exposición al sol.

Efectos adversos severos:

Enfermedades del sistema circulatorio.- Aumento del riesgo de enfermedad tromboembólica:

- Infarto de miocardio.
- Enfermedad Cerebro Vascular.
- Hipertensión Arterial.
- Enfermedad Tromboembólica.

Cáncer:

- Cáncer de mama.
- Cáncer cervicouterino.

Otros Efectos de la anticoncepción oral combinada:

- Enfermedades hepáticas.
- Cambios metabólicos.
- Cambios endócrinos (A). Op. Cit. Pág.1041.

2.8.2. INYECTABLES MENSTRUALES COMBINADOS

Contienen una combinación de estrógenos y progestina. Los recomendados actualmente son el Cyclofem© o Lunelle© (25mg de acetato de medroxiprogesterona y 5mg de cipionato de estradiol). Inhiben la maduración folicular y la ovulación por más de 30 días.

Mecanismo de acción: Inhiben la ovulación, provocan cambios en el moco cervical y en la morfología endometrial.

Eficacia: Tasa de embarazos a los doce meses de uso de 0,1 a 0,4% para Mesigyna© y 0,2 a 0,3% para el Cyclofem©.

Efectos colaterales: cefalea, mareos, mastalgia, etc.

Sangrados menstruales: luego de 15 días después de la administración lo que coincide con la caída de los niveles plasmáticos de estradiol, luego tienen sangrados regulares cada 30 días.

Técnica de uso: primera inyección intramuscular, colocarse en los primeros 7 días del ciclo menstrual (se puede comenzar después). Las siguientes se colocan cada 4 semanas a partir de la fecha que se coloco la primera (A). Op. Cit. Pág.1050.

2.8.3. ANTICONCEPCIÓN CON PROGESTINAS PURAS

Incluyen píldoras, inyectables e implantes, son usados en el período de lactancia o en mujeres que deben evitar el uso de estrógenos.

Mecanismos de acción: Existen diferencias dependiendo de la vía de administración. Pueden actuar por medio de:

- Cambios en el moco cervical.
- Cambios en la función ovárica.
- Efectos sobre el endometrio.

Píldoras de progestinas puras

Contienen derivados de 19 nor-testosterona.

Eficacia.- La tasa de embarazos más baja es de 0,3 y la tasa de uso típico es de 2 a 8 embarazos por 100 mujeres/año.

Efectos adversos de la píldora de progestina pura:

- Cefalea.
- Mareos.
- Irritabilidad.
- Aumento de peso.
- Folículos persistentes (son asintomáticos) (A). Op. Cit. Pág.1052.

2.8.4. PROGESTINAS INYECTABLES DE ACCIÓN PROLONGADA

Tipos.- Existen dos tipos en el mercado:

- Acetato de depomedroxiprogesterona.- Se administra en dosis de 150 mg cada 3 meses por vía intramuscular.
- Enantato de noretiesterona.- Se administra en dosis de 200 mg cada 2 meses por via intramuscular.

Eficacia.- Son altamente eficaces. La tasa de embarazo es menor de 0,5 por 100 mujeres/año.

Beneficios no Anticonceptivos:

- Disminuye la pérdida de sangre menstrual.
- Elevación de la hemoglobina plasmática.
- Disminuye la incidencia de dismenorrea y enfermedad inflamatoria pélvica.
- Reduce la incidencia de cáncer de endometrio.
- Puede proteger contra la endometriosis y cáncer de ovario.

Efectos Adversos:

Síntomas.- Parecidos a los de los AOC pero con menor prevalencia: cefalea, mareos, irritabilidad, aumento de peso, disminución del líbido, depresión.

Cambios Metabólicos:

- Pueden afectar el metabolismo de los hidratos de carbono.
- Puede producir alteración en el metabolismo de los lípidos.

Masa Ósea.- Menor masa ósea.

Técnica de Uso:

- La inserción debe hacerse en los primeros siete días del ciclo menstrual.
- Si comienza después del día 7 del ciclo, recomienda que use precauciones adicionales.
- La inserción puede hacerse en la primera semana post parto.

Implante único de etonorgestrel

Este implante mide alrededor de cuatro centímetros, entrega 40 ug al día del esteroide y está diseñada para el uso por 3 años. La concentración va bajando según pasa el tiempo de uso.

Mecanismo de acción: Inhibe la ovulación.

Eficacia: Es excelente habiéndose reportado un embarazo en más de cinco años/mujer (A). Op. Cit. Pág.1056.

2.9 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

El método de emergencia no se puede utilizar como método anticonceptivo habitual. Debe de ser usado tras el fallo del método habitual o después de practicar el coito sin protección, permitiendo evitar el embarazo no deseado (14). Op. Cit. Pág.2.

Como anticoncepción de emergencia se usan píldoras de levonorgestrel o píldoras combinadas de etinil estradiol y levonorgestrel. Existen dos regímenes en la anticoncepción regular, la diferencia es que se usan dosis altas y solamente dentro de la 72 horas que siguen a la relación.

Se deben tomar las dosis separadas en un tiempo de 12 horas, los regímenes utilizados son:

- *Régimen de Levonorgestrel*.- Se usa dosis de 750 ug de levonorgestrel separadas a intervalos de 12 horas.
- *Régimen combinado*.- Se emplean dos dosis de 120 ug de etinil estradiol + 1000 ug de levonorgestrel separadas por un intervalo de 12 horas.

Mecanismo de acción.- Cuando el coito ocurre en el día de la ovulación, es altamente improbable que el anticonceptivo de emergencia pueda interferir con la fecundación.

Efectos anticonceptivos:

- Efecto sobre la migración y función espermática.

- Efectos sobre el proceso ovulatorio.
- Efecto sobre el endometrio.

Beneficios de la anticoncepción hormonal de emergencia.- Evita embarazos no deseados cuando no se ha utilizado otro método antes de la relación sexual; ayuda a las mujeres que han sido violadas y quieren evitar un embarazo.

Efectos adversos.- Náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareos, sensibilidad mamaria, pueden presentar un sangrado o goteo irregular. Estos efectos no duran más de 24 horas.

Aceptabilidad de la anticoncepción de emergencia.- En general es una alternativa para situaciones específicas, como violación, o iniciación sexual sin protección, y otros estiman que es un método abortivo y que promovería el libertinaje sexual de los jóvenes (A). Op. Cit. Pág.1067.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de embarazo en las estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar conocimientos sobre métodos anticonceptivos y su uso en las estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca.

- Establecer la prevalencia de embarazos no planificados entre las estudiantes de la Escuela de Medicina.

- Establecer la actitud de las estudiantes de la Escuela de Medicina sobre los métodos anticonceptivos.

- Identificar el porcentaje de falla de los métodos anticonceptivos usados por las estudiantes de la Escuela de Medicina.

- Identificar la prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes de la Escuela de Medicina y uso de métodos anticonceptivos.

- Identificar la edad de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres sexualmente activas.

- Identificar el número de compañeros sexuales de las estudiantes de la Escuela de Medicina.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño o Tipo de Estudio

El estudio epidemiológico realizado es de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal con el cual se plantea conocer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del embarazo, en las estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca.

3.2. Área de Estudio

El estudio se realizó en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, de la zona urbana de la ciudad de Cuenca.

3.3. Universo y Muestra

El universo seleccionado para el estudio consta de 771 estudiantes de sexo femenino, que actualmente cursan entre primero a quinto año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, durante el año lectivo 2009 – 2010.

La carrera consta de cinco años, divididos en paralelos por año.

Año	Número	Porcentaje
Primero	258	33.46%
Segundo	172	22.31%
Tercero	127	16.47%
Cuarto	114	14.79%
Quinto	100	12.97%
TOTAL	771	100%

Fuente: Escuela de Medicina, Universidad de Cuenca.

Para que el estudio sea más confiable y que tenga mayor significación estadística se decidió que será realizado al universo total, por ende nuestra muestra es el Universo mismo.

Durante la recolección de datos103 estudiantes se reusaron a participar en el estudio y se pudo constatar que 82 estudiante habían desertado de su ciclo de estudio por lo tanto nuestra muestra constra de 586 estudiantes.

3.4. Variables y su Medición

Las variables a estudiarse son:

- Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.
- Actitudes sobre métodos anticonceptivos.
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Inicio de relaciones sexuales.
- Prevalencia de embarazos no planificados.
- Número de compañeros sexuales.

(Ver anexo 1)

3.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Cuestionario para recolectar información:

Para recolectar la información se elaboró un cuestionario con preguntas redactadas de forma clara y sencilla de tal modo que sean comprendidas por las estudiantes. El presente instrumento recolecta información encaminada a conocer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevencion del embarazo (**Anexo 4**).

3.6. Procedimientos para la recolección de la información

3.6.1. Autorización y consideraciones éticas:

Para poder llevar a cabo esta investigación se contó con la autorización previa y permiso de las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina; así como se requirió el consentimiento de las estudiantes para nuestro estudio.

Con el fin de cumplir este requisito se entregó a todas las estudiantes, un consentimiento informado que contiene la información sobre la manera en que se desarrollará y ejecutará el proyecto **(Anexo 1)**.

Los resultados obtenidos de las encuestas fueron analizados, tabulados e interpretados, para posteriormente, mediante un informe darlos a conocer tanto a las autoridades como a las estudiantes.

3.6.2. Supervisión

Para este estudio se cuenta con la dirección y supervisión del Dr. Bernardo Vega Crespo, Médico Gíneco-obstetra.

3.6.3. Recursos:

Los recursos necesarios para el desarrollo de la investigación son humanos, materiales y financieros. **(*Ver Anexo 2*)**

3.7. El plan para el procesamiento para análisis de datos

Las variables en estudio son: conocimientos sobre métodos anticonceptivos, actitudes sobre métodos anticonceptivos, uso de métodos anticonceptivos, inicio de relaciones sexuales, prevalencia de embarazos no planificados, número de compañeros sexuales.

Las variables cualitativas fueron analizadas de acuerdo a su frecuencia y porcentaje, en tanto que las variables cuantitativas se analizaron de acuerdo a su promedio y desvío estándar.

Para la obtención del promedio ($\bar{x}$) se utiliza la fórmula:

$$\bar{X} = \frac{\sum Xm}{N}$$

La fórmula correspondiente al desvío estándar (DS) es:

$$DS = \sqrt{\frac{\sum (\bar{X} - X)^2}{N}}$$

Los resultados obtenidos son presentados en tablas estadísticas, realizadas a través de la utilización de los programas Microsoft Excel y Microsoft Word, de acuerdo al cronograma establecido. **(*Ver Anexo 5*)**

IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1 Edad:

El 18.6% corresponde a una edad de 21 años, siendo el promedio de edad de la muestra de 20.45 años, con una desviación estándar de ± 2.90. *Véase en la tabla 1*.

TABLA Nº 1.

DISTRIBUCIÓN DE 586 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN EDAD. CUENCA. 2010.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje (%)
17	1	0,17
18	92	15,70
19	104	17,75
20	108	18,43
21	109	18,60
22	96	16,38
23	58	9,90
24	13	2,22
25	3	0,51
26	1	0,17
28	1	0,17
Total	586	100

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

PROMEDIO	20,45
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	2,90

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

4.2 Estado Civil y vida sexual activa:

El 81.15% de mujeres que ha iniciado su vida sexual activa son solteras. *Véase en la tabla 2*.

TABLA Nº 2.

DISTRIBUCIÓN DE 586 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN ESTADO CIVIL E INICIO DE VIDA SEXUAL. CUENCA. 2010.

Estado Civil / Inicio vida sexual	SI	PORCENTAJE	NO	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE
SOLTERA	99	81,15	464	100	563	96,08
CASADA	20	16,39	0	0	20	3,41
UNION LIBRE	1	0,82	0	0	1	0,17
DIVORCIADA	2	1,64	0	0	2	0,34
TOTAL	122	100	464	100	586	100

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

4.3 Edad de inicio de relaciones sexuales:

El 22.95% de la muestra sexualmente activa ha iniciado sus relaciones sexuales a los 18 años, siendo el promedio de edad de la muestra de 19.22 años, con una desviación estándar de ± 1.94. *Véase en la tabla 3*.

TABLA Nº 3.

DISTRIBUCIÓN DE 122 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO, SEXUALMENTE ACTIVAS, DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES. CUENCA. 2010.

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14	1	0,82
15	2	1,64
16	7	5,74
17	10	8,20
18	28	22,95
19	17	13,93
20	26	21,31
21	19	15,57
22	5	4,10
23	5	4,10
24	2	1,64
TOTAL	122	100

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

PROMEDIO	19,22
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	1,94

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

4.4 Método anticonceptivo usado actualmente:

El 45.08% de mujeres que ha iniciado su vida sexual actualmente usan un método anticonceptivo. *Véase en la tabla 4*.

TABLA Nº 4.

DISTRIBUCIÓN DE 122 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEXUALMENTE ACTIVAS QUE ACTUALMENTE USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS. CUENCA. 2010.

ESTA USANDO ACTUALMENTE ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	55	45,08
NO	67	54,92
TOTAL	122	100,00

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

4.5 Número de compañeros sexuales:

El 68.85% de la muestra sexualmente activa, ha tenido un solo compañero sexual, siendo el promedio de parejas de la muestra de 1.51, con una desviación estándar de ± 1.02. *Véase en la tabla 5*.

TABLA Nº 5.

DISTRIBUCIÓN DE 122 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO, SEXUALMENTE ACTIVAS, DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES. CUENCA 2010.

NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	84	68,85
2	27	22,13
3	5	4,10
4	2	1,64
5	2	1,64
6	1	0,82
7	1	0,82
TOTAL	122	100

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

PROMEDIO	1,51
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	1,02

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

4.6 Prevalencia de embarazos:

El 25.41% de la muestra sexualmente activa ha estado embarazada. *Véase en la tabla 6*.

TABLA Nº 6.

DISTRIBUCIÓN DE 122 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO, SEXUALMENTE ACTIVAS, DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN EMBARAZO. CUENCA 2010.

ESTUDIANTES QUE HAN ESTADO EMBARAZADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	31	25,41
NO	91	74,59
TOTAL	122	100

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

4.7 Número de embarazos:

El 19.35% de la muestra sexualmente activa que ha estado embarazada, ha tenido 2 embarazos., siendo el promedio de hijos de la muestra de 1.19, con una desviación estándar de ± 0.40. *Véase en la tabla 7*.

TABLA Nº 7.

DISTRIBUCIÓN DE 31 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO, CON ANTECEDENTE DE EMBARAZO, DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN NÚMERO DE EMBARAZOS. CUENCA 2010.

NÚMERO DE EMBARAZOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	25	80,65
2	6	19,35
TOTAL	31	100

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores*

PROMEDIO	1,19
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	0,40

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

4.8 Embarazo con método anticonceptivo:

El 25.81% de la muestra que ha estado embarazada, tuvo un embarazo con uso de método anticonceptivo. *Véase en la tabla 8*.

TABLA Nº 8.

DISTRIBUCIÓN DE 31 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO, CON ANTECEDENTE DE EMBARAZO, DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN EMBARAZO CON USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO. CUENCA 2010.

EMBARAZO CON MÉTODO ANTICONCEPTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	25,81
NO	23	74,19
TOTAL	31	100

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

4.9 Método anticonceptivo usado cuando quedó embarazada:

El 62.5% de la muestra tuvo un embarazo mientras usaba la píldora como método anticonceptivo. *Véase en la tabla 9*.

TABLA Nº 9.

DISTRIBUCIÓN DE 8 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO, CON ANTECEDENTE DE EMBARAZO, DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO CUANDO QUEDO EMBARAZADA. CUENCA 2010.

QUE METODO ESTABA USANDO CUANDO QUEDO EMBARAZADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PÍLDORA	5	62,5
DIU	1	12,5
PÍLDORA DE EMERGENCIA	0	0
INYECCION	0	0
MÉTODO DE RITMO	1	12,5
PRESERVATIVO	1	12,5
MOCO CERVICAL	0	0
COITO INTERRUMPIDO	0	0
ABSTINENCIA	0	0
OTRO	0	0
TOTAL	8	100

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

4.10 Actitudes sobre métodos anticonceptivos:

El 97.27% de la muestra tiene predisposición a aceptar métodos anticonceptivos frente a una situación probable. *Véase en la tabla 10*.

TABLA Nº 10.

DISTRIBUCIÓN DE 586 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN ACTITUDES SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CUENCA. 2010.

ACEPTA USAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	570	97,27
NO	16	2,73
TOTAL	586	100

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

4.11 Predisposición sobre métodos anticonceptivos:

El 67.92% de la muestra tiene predisposición a usar siempre métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo. *Véase en la tabla 11*.

TABLA Nº 11.

DISTRIBUCIÓN DE 586 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN PREDISPOSICIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CUENCA. 2010.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	398	67,92
OCASIONALMENTE	172	29,35
NO USARÍA	16	2,73
TOTAL	586	100

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

4.12 Prevención de embarazo:

El 99.49% de la muestra sabe cómo prevenir un embarazo. *Véase en la tabla 12*.

TABLA Nº 12.

DISTRIBUCIÓN DE 586 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE EMBARAZO. CUENCA. 2010.

SABE COMO PREVENIR UN EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	583	99,49
NO	3	0,51
TOTAL	586	100

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

4.13 Conocimientos sobre métodos anticonceptivos:

El 47.95% de la muestra tiene un conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos. *Véase en la tabla 13*.

TABLA Nº 13.

DISTRIBUCIÓN DE 586 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CUENCA. 2010.

CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADO	281	47,95
INADECUADO	232	39,59
DESCONOCE	73	12,46
TOTAL	586	100

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

4.14 Conocimientos adquiridos sobre métodos anticonceptivos:

El 24.7% de la muestra obtuvo información sobre métodos anticonceptivos de sus profesores. *Véase en la tabla 14*.

TABLA Nº 14.

DISTRIBUCIÓN DE 586 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS ACERCA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CUENCA. 2010.

CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PADRES	250	13,72
MEDICOS	382	20,97
AMIGOS	173	9,50
PROFESORES	450	24,70
INTERNET	204	11,20
LIBROS	243	13,34
FARMACIAS	11	0,60
PSICOLOGOS	17	0,93
SUBCENTROS	84	4,61
OTROS	8	0,44
TOTAL	1822	100,00

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

4.15 Fuente a la que acudiría para obtener información sobre métodos anticonceptivos :

El 33.93% de la muestra tiene acudiría a un médico para obtener información sobre métodos anticonceptivos. *Véase en la tabla 15*.

TABLA Nº 15.

DISTRIBUCIÓN DE 586 ESTUDIANTES DE SEXO FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ESCUELA DE MEDICINA, SEGÚN FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CUENCA. 2010.

DONDE BUSCA INFORMACIÓN SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PADRES	108	7,75
MEDICOS	473	33,93
AMIGOS	58	4,16
PROFESORES	151	10,83
INTERNET	233	16,71
LIBROS	181	12,98
FARMACIAS	22	1,58
PSICOLOGOS	19	1,36
SUBCENTROS	145	10,40
OTROS	4	0,29
TOTAL	1394	100,00

Fuente: *encuestas de estudiantes de la Escuela de Medicina*

Elaborado por: *los autores.*

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

V. DISCUSION

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.

La adolescencia, la edad de la menarquía, conductas psicosociales y especialmente el desconocimiento y escasa información pueden constituirse en factores determinantes que podrían conllevar al aumento de riesgo de un embarazo sin planificación. Por lo mencionado anteriormente las mujeres adolecentes constituyen un grupo de riesgo muy importante a ser tomado en cuenta.

Nuestro estudio tiene como muestra 586 estudiantes de sexo femenino de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, con un promedio de edad de 20.45 años (±2.90) de las cuales el 99.49% afirma conocer como prevenir un embarazo.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio únicamente el 47.95% de la muestra tiene un conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos contrastando con la cifra anteriormente mencionada sobre la prevención de embarazo. En el estudio realizado por Cáceres H,

Echevarría F, publicado en abril del 2009 en estudiantes de último año de la escuela de Medicina en Buenos Aires- Argentina, acerca del nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos se afirma que el 92% de estudiantes conoce todos los métodos anticonceptivos, pero solo el 55% indica su uso correcto, siendo las mujeres con mayores falencias de información.

La aceptación al uso de métodos anticonceptivos también ha variado sustancialmente en las últimas décadas, el 97.27% de la muestra tiene predisposición a aceptar métodos anticonceptivos frente a una situación probable señalando además que el método elegido lo utilizarían siempre en un 67.92% de la muestra.

La información con respecto a la sexualidad de los jóvenes y adolecentes en el país e incluso en Latinoamérica realmente es escasa, aunque se estima que aproximadamente el 50% de los adolescentes menores a 17 años son sexualmente activos. El inicio de las relaciones sexuales debería ser una elección responsable producto de un vínculo amoroso y de confianza pero para lograrlo se debe actuar con información, conciencia y responsabilidad, con nuestros resultados refiriéndonos claro está únicamente al sexo femenino el 20.82% a iniciado su vida sexual activa, siendo los 18 años la edad con mayor porcentaje en un 22.95% con una media de 19.22 años (±1.94). En 8 países de América Latina participantes de las encuestas de demografía y salud se encontró que entre 53 y 71% de las mujeres habían tenido relaciones antes de los 20 años.

Otra de las variables a tener en cuenta es el número de compañeros sexuales, de acuerdo a los resultados el 68.85% de la muestra sexualmente activa, ha tenido un solo compañero sexual, siendo el promedio de parejas de la muestra de 1.51 (± 1.02).

La anticoncepción es una importante estrategia de regulación de la fertilidad, prevención del embarazo no programado y del subsiguiente aborto en condiciones de riesgo. Aunque se rellenaran todas las necesidades

relacionadas con la anticoncepción, seguiría habiendo muchos embarazos no deseados o inoportunos. Si bien la mayoría de los métodos anticonceptivos modernos son muy eficaces cuando se utilizan de forma sistemática, a menudo no se dispone de asesoramiento y orientación sobre su uso correcto

Por ello es necesario recurrir a programas que incluyan temas relevantes acerca de sexualidad y anticoncepción, hay que señalar que en la mayoría de instituciones educativas primarias y secundarias éstos temas son abordados someramente por lo que resulta de vital importancia el reforzamiento de los conocimientos desde sus bases sin dejar a un lado por supuesto el papel trascendental del Estado a través de sus programas de salud que vinculen estas y otras problemáticas en bien de la sociedad.

El 25.41% de las estudiantes sexualmente activas han estado o están al momento embarazada de las cuales el 80.65% a tenido un solo embarazo con un promedio de 1.19 embarazos (±0.40). La taza de fracaso anticonceptivo juega un papel muy importante dentro del tema, la confianza y uso posterior del método escogido se verán seriamente amenazados 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 y posteriormente en algún momento la salud de un niño. El 25.81% de mujeres sexualmente activas que han estado embarazadas, tuvo un embarazo con uso de un método anticonceptivo, reafirmando la necesidad de un correcto asesoramiento y su posterior uso.

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

VI. CONCLUSIONES:

Mediante el estudio podemos manifestar que:

- El 47.95% de estudiantes de sexo femenino de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, tiene un conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos, cifra similar a otros estudios realizados en la región.

- El 99.49% de las encuestadas, afirma conocer cómo prevenir un embarazo.

- El 97.27% de la muestra tiene predisposición a aceptar métodos anticonceptivos frente a una situación probable.

- El método elegido se utilizará frecuentemente en un porcentaje del 67.92% de la muestra.

- El método anticonceptivo mas usado es el preservativo con un porcentaje del 29.17% de los casos.

- El 20.82% a iniciado su vida sexual activa, siendo los 18 años la edad con mayor porcentaje en un 22.95% con una media de edad de 19.22 años (±1.94)

- El 25.41% de las estudiantes sexualmente activas han estado o están al momento embarazada de las cuales el 80.65% a tenido un solo embarazo con un promedio de 1.19 embarazos (±0.40).

- De las mujeres sexualmente activas que han estado embarazadas, el 25.81% tuvo un embarazo con uso de un método anticonceptivo, siendo la píldora el método anticonceptivo que obtuvo un porcentaje mas alto de falla.

- Haciendo referencia a lo anteriormente mencionado podemos manifestar que el número de embarazos no deseados comprobados son aquellos que se produjeron durante el uso de un método anticonceptivo pero además es necesario tomar en cuenta que no se puede determinar el número exacto, puesto que no se conoce si las mujeres que no utilizaron un método anticonceptivo planificaron su embarazo o no.

- Finalmente concluimos que se necesita mayor capacitación sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos el cual debería constituirse en una responsabilidad individual y social.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Consultas Libros

A. PEREZ SANCHEZ, A. "GINECOLOGÍA", editorial Mediterráneo Ltda, tercera edición, año 2003, Tomo 1, Cap. 8, pags 1002-1086.

✓ Consultas Páginas Web

1. López Alvarez X. Md., Blanco Pérez S. Md., Doval Conde X. Md., Alvarez Prieto X. Enf. EMBARAZO. Guías Clínicas 2008; 8 (27). España. Disponible en: *http://www.fisterra.com/guias2/embarazo.as*

2. Cruz Almaguer C. Dra., Bencomo García D. Dra., González Regalado M. Dra., Diago González J. Dr., García Machado M. Dra., García Imias I. Dra. SALUD REPRODUCTIVA: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Trabajo de Revisión. Código ISPN de la Publicación: EEZVFVVLZYQLJTUBJU. Año de publicación 2007. Disponible en: *http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZVFVVlZyQLJtUBJu.php*

3. Maroto de Agustín Alicia, Moreno Bueno Mª Angeles, Rubio Moreno Mª Mar, Ortiz Valle Cristina, Escobar Rabadán Francisco. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la poblacion femenina de una zona de salud. Rev. Esp. Salud Publica [revista en la Internet]. 1998 Nov [citado 2009 Dic 11] ; 72(6): 547-570. Disponible en: *http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000600008&lng=es.*

4. Niveyro Vargas M, Pinzetta R, Vanni M. UTILIZACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA LOCALIDAD DE RIACHUELO-CORRIENTES. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 161 – Septiembre 2006 Pág. 5-8. Disponible en: *http://med.unne.edu.ar/revista/revista161/2_161.htm*

5. Eggleston Elizabeth. CAUSAS DETERMINANTES DE EMBARAZOS NO PLANEADOS EN EL ECUADOR. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 1999. The Alan Guttmacher Institute. Disponible en: *http://www.guttmacher.org/pubs/journals/25spa00299.html*

6. DIFERENCIALES EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. Planificación Familiar. CEPAR. ENDEMAIN. 2004. Disponible en: *http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/PF/diferenciales.htm*

7. 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*

8. González Labrador Ignacio, Miyar Pieiga Emilia. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2001 Ago [citado 2009 Dic 11] ; 17(4): 367-378. Disponible en: *http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400010&lng=es.*

9. Salinas P Hugo, Albornoz V Jaime, Reyes P Alvaro, Erazo B Marcia, Ide V Rodolfo. ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES APLICADO A VARIABLES RESPECTO A LA MUJER GESTANTE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2006 [citado 2009 Dic 11]; 71(1): 17-25. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000100004&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262006000100004.

10. Pérez Feo, Mirna; Padilla, María; Serva Loyo, Luisa; Parada, Sheila. EMBARAZO NO PLANIFICADO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS EN CONTROL PRE-NATAL. Fonte: Medula; 3(1/2):34-42, ene.-jun. 1994. tab. Id: 213285. Disponible en: *http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=213285&indexSearch=ID*

11. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva. Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo VII. Planificación Familiar. Disponible en. *http://perinatal.bvsalud.org/pdf/continuocap7.pdf*

12. INDICACIONES PARA REALIZAR LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Ginecología. Pac MG-1. Parte D, Libro 2. Págs. 39 a 46. Disponible en: *http://www.drscope.com/privados/pac/generales/ginecologia/planific.htm*

13. PLANIFICACIÓN FAMILIAR: CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS. Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Informe final ENDSSR 2004. Disponible en: *http://www.cepep.org.py/endssr2004/informe_final/planificacion.htm*

14. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. Sexo con seso. Sociedad Española de Contracepción. Cruz Roja Juventud. Federación de Planificación Familiar de España. E.S.2005.0294. Disponible en: *http://www.bayerscheringpharma.es/ebbsc/cms/es/_galleries/download/s_mujer/informacion_paciente/metodos_anticonceptivos.pdf*

15. SCHIAPPACASSE Verónica. MÉTODOS DE BARRERA. Red Prosalud Inter Americana. Chile. 2007. Disponible en:

http://www.prosaludchile.org/dv/M%E9todos%20de%20Barrera%20VSF%202007.pdf

16. EL DIU T DE COBRE COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA. Oficina de Investigación en Temas de Población y Asociación de Profesionales de la Salud Reproductiva. Universidad de Princeton. 2009. Disponible en: *http://ec.princeton.edu/info_es/eciud.html*

17. ACTUALIZACIÓN DEL MANEJO CLÍNICO DE LA ANTICONCEPCIÓN INTRAUTERINA. Sociedad Española de Contracepción. Conferencia de Consenso. Altea (Alicante) octubre 2001. Disponible en: *http://www.sec.es/area_cientifica/conferencias_consenso/conferenciaconsenso_3.pdf*

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

VIII. ANEXOS

Anexo 1

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	*DEFINICIÓN*	*DIMENSIÓN*	*INDICADOR*	*ESCALA*
Conocimientos sobre métodos anticonceptivos	*Conjunto de información en relación a la acción, el uso y la seguridad de los métodos anticonceptivos*	*Calidad de conocimientos*	Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Adecuada Inadecuada Desconoce
Actitud sobre métodos anticonceptivos	*Predisposición a aceptar métodos anticonceptivos frente a una situación probable*	*Tipo de métodos anticonceptivos*	Porcentaje de estudiantes que aprueban usar los métodos anticonceptivos	Acepta No acepta
Uso de métodos anticonceptivos	*Adopción de conjunto de métodos anticonceptivos por la pareja para prevenir un embarazo*	*Tipo de métodos anticonceptivos*	• Porcentaje de estudiantes que usan métodos anticonceptivos • Porcentaje de estudiantes que no usan métodos anticonceptivos • Porcentaje de estudiantes que se abstienen como método anticonceptivo	Siempre Ocasionalmente No usa

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

VARIABLES	*DEFINICIÓN*	*DIMENSIÓN*	*INDICADOR*	*ESCALA*
Inicio de relaciones sexuales	*Edad de la estudiante en su primera relación sexual*	Inicio de relaciones sexuales	• Porcentaje de estudiantes que inician relaciones sexuales • Porcentaje de estudiantes que no inician relaciones sexuales	*Estudiantes con relaciones sexuales* *Estudiantes sin relaciones sexuales*
Prevalencia de embarazos no planificados	*Embarazo ocurrido cuando no era el tiempo ideal para la pareja*	Número de embarazos	Porcentaje de estudiantes que han estado embarazadas sin planificarlo	*Estudiantes que han estado o están embarazadas* *Estudiantes que han estado o están embarazadas* *Estudiantes que se han embarazado con uso de método anticonceptivo*
			Número de hijos por estudiante	*1 hijo por estudiante* *2 o más hijos por estudiante*

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

Número de compañeros sexuales	*Cantidad de varones con los que ha tenido relaciones sexuales*	Número de compañeros sexuales	• Porcentaje de estudiantes con una sola pareja sexual • Porcentaje de estudiantes que tienen varias parejas sexuales	Estudiantes con un solo compañero sexual Estudiantes con varios compañeros sexuales

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

Anexo 2

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

RECURSOS HUMANOS	
Directos	*Director*: Dr. Bernardo Vega Crespo, Médico *Investigadores*: - Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla. - María José Idrovo Idrovo. - Paúl Andrés Manzano Cárdenas.
Indirectos	– *Autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina.*

RECURSOS MATERIALES	
Materiales Administrativos	- Computadora. - Hojas blancas de tamaño A4. - Esferos, lápices, borradores, marcadores. - Encuestas. - Internet. - Transporte. - Impresiones, copias, anillado, encuadernado.

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

PRESUPUESTO DE GASTOS ADMINISTRATIVOS				
	CANTIDAD	**DETALLE**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**
PROTOCOLO	1	Computador	600.00	600.00
	280 hojas	Impresiones	0.10	28.00
	560 hojas	Copias	0.02	11.20
	50 hojas	Hojas en blanco	0.02	1.00
	12	Anillados	1.75	21.00
COPIAS DE SOLICITUDES	825 hojas	Copias de consentimientos	0.02	16.50
	4125 hojas	Copias de cuestionarios	0.02	82.50
INFORME DE RESULTADOS	120 hojas	Impresiones	0.10	12.00
	1	Anillado	1.75	1.75
	2 paquetes	Hojas A4	5.00	10.00
	6	Encuadernado	8.00	48.00
VARIOS		Transporte		30.00
		Internet, esferos, borradores, etc.		30.00
SUBTOTAL				891.95

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

Acnexo 3

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ____/____/____/

INSTRUCCIONES: Este consentimiento informado luego de ser leído por las estudiantes, será firmado antes del desarrollo de las actividades contempladas en el proyecto.

Nosotros, Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla, María José Idrovo Idrovo, Paúl Andrés Manzano Cárdenas estudiantes de quinto y cuarto año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, previo a la obtención de Título de Médico nos encontramos elaborando un proyecto de investigación que lleva como título **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, AÑO 2009 - 2010"**, el cual tratará de identificar el conocimiento acerca de los métodos de las prevención del embarazo y los factores que determinan la presencia de un embarazo no planificado.

Su participación consiste en llenar un cuestionario sobre métodos anticonceptivos, el cual consta de veinte preguntas de opción múltiple y para completar el mismo requiere de un tiempo aproximado de cinco minutos.

La participación de cada una de las personas que intervengan es voluntaria, por lo que tienen el derecho de decidir su colaboración o no en el estudio. Por favor, tómese su tiempo para decidir y pida al personal del estudio explicaciones sobre cualquier duda. La información proporcionada será mantenida en secreto, sin ningún costo, y va a ser utilizado únicamente para el estudio antes mencionado, en caso de que usted desee retirarse de la investigación tiene toda la libertad de hacerlo.

Para obtener mayor información puede dirigirse al director del proyecto o a la representante del proyecto Maria José Idrovo, estudiante de quinto año

de la Escuela de Medicina (teléfono celular 084933462 o convencional 2869031).

Yo,

_____
__, acepto brindar la información necesaria para la realización del proyecto de investigación **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN LAS ESTUDIANTES LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, AÑO 2009 - 2010"**

_____ _____ _____

Firma C.I.
Fecha

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

Anexo 4

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

Título: "Conocmientos, Actitudes y Prácticas sobre Prevención de Embarazo en Estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, Año 2009 - 2010"

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del embarazo entre las estudiantes de la Escuela de Medicina.

Instructivo:

-Es importante que tenga en cuenta que este formulario es anónimo, nadie sabrá quien contestó cada cuestionario, puede sentirse confiada de responder con toda sinceridad.

-Evite dejar preguntas sin responder.

-Agradecemos que no responda con datos falsos ya que perjudicaría todo el esfuerzo que implica esta investigación.

-La encuesta es personal. Si tiene alguna duda no pregunte a su compañera, dirigirse a los entrevistadores.

FORMULARIO A APLICARSE

SECCIÓN I

Formulario Nº _____ **Fecha**: ____/_____/_____

SECCIÓN II

Fecha de nacimiento: ____/_____/_____

Edad: _____años

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

Estado civil: Soltera ☐ Casada ☐
Viuda ☐ Unión libre ☐ Divorciada ☐

Religión: Católica ☐ Evangélica ☐
Testigo de Jehová ☐ Otra ☐

Residencia: Urbana ☐ Rural ☐

SECCIÓN II

1.- ¿Sabe cómo prevenir un embarazo?

Si ☐ No ☐

2.- ¿Qué métodos anticonceptivos conoce? Marque con una X en cada fila lo que usted conoce?:

MÉTODO	BIEN	POCO	SOLO DE NOMBRE	NO CONOZCO
"Píldora"				
DIU o T de cobre				
"Píldora anticonceptiva de emergencia"				
Inyecciones de estrógenos y/o progestágenos				
Método de Ritmo				
Preservativo o Condón				
Moco Cervical				
Coito interrumpido				
Abstinencia				

3.- ¿El conocimiento que usted tiene sobre métodos anticonceptivos los recibió de?, señale con una X:

☐ Padres
☐ Médicos
☐ Amigos/as
☐ Profesores/as
☐ Internet
☐ Libros/Revistas
☐ Farmacias
☐ Psicólogos
☐ Centros y subcentros de Salud, Hospitales
☐ Otros, específique:_____

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

4.- ¿Donde buscaría información sobre métodos de anticonceptivos?, señale con una X:

- ☐ Padres
- ☐ Médicos
- ☐ Amigos/as
- ☐ Profesores/as
- ☐ Internet
- ☐ Libros/Revistas
- ☐ Farmacias
- ☐ Psicólogos
- ☐ Centros y subcentros de Salud, Hospitales
- ☐ Otros, específique: _____

5.- Respecto a los métodos anticonceptivos señale con una X:

SEÑALE CON UNA X LO QUE CONOCE SOBRE LA "PILDORA ANTICONCEPTIVA".	**SÍ**	**NO**	**NO SÉ**
- Se toma antes de cada relación sexual.			
- Se toma todos los días.			
- Se toma algunos días.			
- En un método seguro.			
- Impide la ovulación.			
- Elimina o mata los espermatozoides.			

SEÑALE CON UNA X LO QUE CONOCE SOBRE EL CONDÓN.	**SÍ**	**NO**	**NO SÉ**
- Se puede usar varias veces el mismo.			
- Es seguro.			
- Se lo puede sacar de la envoltura con los dientes o las uñas.			
- Se coloca con el pene en erección.			
- Se coloca antes de la penetración.			
- Previene las enfermedades de transmisión sexual.			

SEÑALE CON UNA X LO QUE CONOCE SOBRE LA INYECCIÓN DE ESTRÓGENOS Y/O PROGESTÁGENOS.	**SÍ**	**NO**	**NO SÉ**
- Se usa antes de cada relación.			
- Se inyecta cada mes o cada tres meses.			
- Se pone después de la relación sexual.			

SEÑALE CON UNA X LO QUE CONOCE SOBRE EL DIU O DISPOSÍTIVO INTRAUTERINO.	**SÍ**	**NO**	**NO SÉ**
- Es seguro.			

- Es peligroso.			
- Se coloca más fácil con la menstruación.			
- Pueden usar todas las mujeres.			

SEÑALE CON UNA X LO QUE CONOCE SOBRE EL MÉTODO DEL RITMO.	**SÍ**	**NO**	**NO SÉ**
- Se registra todos los días del mes.			
- Es seguro, no falla nunca.			
- Es poco confiable.			
- Se usa con menstruaciones regulares.			
- Le premite saber cuando guardar abstinencia.			

SEÑALE CON UNA X LO QUE CONOCE SOBRE MÉTODO DEL MOCO CERVICAL.	**SÍ**	**NO**	**NO SÉ**
- Su período fértil se presenta cuando la vagina esta seca.			
- Su período fértil se presenta cuando el moco cervical es como clara de huevo.			
- Su período fértil se presenta cuando la vagina estça húmeda.			
- Le premite saber cuando guardar abstinencia.			

SEÑALE CON UNA X LO QUE CONOCE SOBRE EL MÉTODO DEL COITO INTERRUMPIDO.	**SÍ**	**NO**	**NO SÉ**
- Se usa todos los días del mes.			
- Se retira el pene de la vagina antes de la eyaculación.			
- Es seguro.			
- Es menos seguro que otros.			
- Lo recomendaría.			

SEÑALE CON UNA X LO QUE CONOCE SOBRE LA PÍLDORA DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.	**SÍ**	**NO**	**NO SÉ**
- Se toma antes de cada relación sexual.			
- Se toma hasta tres días después de una relación sexual.			
- Es menos seguro que otros.			

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

6.- ¿Qué razón motiva para tener relaciones sexuales?

- ☐ Matrimonio.
- ☐ Amor.
- ☐ Curiosidad.
- ☐ Placer.
- ☐ Tener hijos.
- ☐ Perder la virginidad.
- ☐ Otros, especifique:_____

7.- Prevenir un embarazo es responsabilidad de:

- ☐ Hombre.
- ☐ Mujer.
- ☐ La pareja (hombre y mujer).
- ☐ Ninguno.
- ☐ Otro, especifique: _____

8.- ¿Usted aceptaría usar algún método anticonceptivo?

Sí ☐ No ☐

9.- ¿Si lo hiciera que método anticonceptivo usaría usted?

- ☐ "Píldora".
- ☐ DIU o T de Cobre.
- ☐ "Píldora anticonceptiva de emergencia".
- ☐ Inyecciones de estrógenos y/o progestágenos.
- ☐ Método del ritmo.
- ☐ Preservativo o condón.
- ☐ Moco cervical.
- ☐ Coito interrumpido (eyacular afuera).
- ☐ Abstinencia (no tener relaciones).
- ☐ Otro, especifique: _____

10.- ¿Con qué frecuencia usaría este método anticonceptivo?:

- ☐ Siempre.
- ☐ Ocasionalmente.
- ☐ No usaría.

11.- ¿Ha tenido relaciones sexuales?

Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es No, usted ya ha terminado el cuestionario. Si su respuesta es Sí, por favor continúe con la pregunta número 12.

12.- ¿A qué edad inició su vida sexual?

☐☐ años.

13.- Su primera relación sexual fue por:

☐ Amor a su pareja.
☐ Presión de su pareja (prueba de amor).
☐ Por temor a que la abandone.
☐ Porque sus amigas lo hicieron o lo hacen.
☐ Es algo natural a su edad.
☐ Por curiosidad.
☐ Porque había bebido alcohol.
☐ Por tener un hijo.
☐ Por retener a su pareja.
☐ Por placer.

14.- ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?

☐☐ personas

15.- ¿Al momento está usted usando algún método anticonceptivo?

Sí ☐ No ☐

16.- Si su respuesta es afirmativa ¿qué método anticonceptivo está usando?

☐ "Píldora".
☐ DIU o T de Cobre.
☐ "Píldora anticonceptiva de emergencia".
☐ Inyecciones de estrógenos y/o progestágenos.
☐ Método del ritmo.
☐ Preservativo o condón.
☐ Moco cervical.
☐ Coito interrumpido (eyacular afuera).
☐ Abstinencia (no tener relaciones).

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

☐ Otro, especifique: _____

17.- ¿Usted ha estado o está embarazada?

Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es No, usted ya ha terminado el cuestionario. Si su respuesta es Sí, por favor continúe con la pregunta número 18.

18.- ¿Cuántos embarazos ha tenido?

1 ☐ 2 ☐ 3☐ 4☐ 5 o más ☐

19.- ¿Cuando quedó embarazada estaba usando algún método anticonceptivo?

Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es No, usted ya ha terminado el cuestionario. Si su respuesta es Sí, por favor continúe con la pregunta número 20.

20.- ¿Cuál de estos métodos anticonceptivos estaba usando?

☐ "Píldora".

☐ DIU o T de Cobre.

☐ "Píldora anticonceptiva de emergencia".

☐ Inyecciones de estrógenos y/o progestágenos.

☐ Método del ritmo.

☐ Preservativo o condón.

☐ Moco cervical.

☐ Coito interrumpido (eyacular afuera).

☐ Abstinencia (no tener relaciones).

☐ Otro, especifique: _____

Agradecemos por su colaboración en la realización de esta encuesta, la cual será de gran ayuda para la elaboración de nuestro proyecto.

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.

Anexo 5

PLAN DE TRABAJO O CRONOGRAMA

ACTIVIDAD 2010	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Realización del protocolo	XX	XX	XX									
Presentación a las autoridades			XX	XX								
Recolección de los datos				XX	XX	XX						
Verificación de la información						XX	XX					
Tabulación de datos							XX	XX				
Análisis e interpretación								XX	XX			
Redacción del informe final									XX	XX		
Impresión de informe final											XX	

AUTORES:
Andrea Elizabeth Alvarado Vintimilla.
María José Idrovo Idrovo.
Paúl Andrés Manzano Cárdenas.