

Neus Moltó Noguera

Ana Romero Albacete

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES Y SU ASESORAMIENTO EN
CONSULTA**

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Dirigido por: Dra. María Inmaculada de Molina Fernández

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2020

AGRADECIMIENTOS

Después de unos duros meses de trabajo que recordaremos siempre, nos gustaría agradecer a nuestra tutora de trabajo María Inmaculada de Molina por orientarnos durante todo el proceso y por aportar su experiencia en investigación.

Especial agradecimiento también a los profesionales de los centros ASSIR de Tarragona, Reus y Valls que decidieron formar parte de este estudio, ya que sin ellos el trabajo no habría obtenido estos resultados.

Finalmente, dar las gracias a nuestras familias y amigos por animarnos y apoyarnos en los momentos en que se nos hacía difícil avanzar.

Gracias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	10
3. MARCO TEÓRICO	11
3.1. CICLO MENSTRUAL Y BASES FISIOLÓGICAS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES.....	11
3.2. MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD.....	13
3.2.1. <i>Métodos basados en el calendario</i>	13
<i>Método basado en la duración de ciclos previos</i>	13
<i>Método de los días fijos</i>	14
3.2.2. <i>Métodos basados en síntomas</i>	17
<i>Método del moco cervical</i>	17
<i>Método de los dos días</i>	19
<i>Método de la temperatura basal (TBC)</i>	20
<i>Método sintotérmico o método basado en diferentes síntomas</i>	21
3.3. ASESORAMIENTO CONTRACEPTIVO	23
3.4. TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS (TDC)	28
4. METODOLOGÍA	30
4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	30
4.2 POBLACIÓN	30
4.3 INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	30
4.4 VARIABLES DE ESTUDIO	31
<i>Variables Cualitativas</i>	31
<i>Variables Cuantitativas:</i>	32
4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL ESTUDIO.....	32
5. RESULTADOS	33
6. DISCUSIÓN	38
7. LIMITACIONES	42
8. CONCLUSIONES	43
9. BIBLIOGRAFÍA	44
10. ANEXOS	51
ANEXO 1: CRONOGRAMA	51

ANEXO 2: CUESTIONARIO AD-HOC	52
ANEXO 3: TABLAS DE RESULTADOS.....	59
<i>Tabla 1: Lugar donde los profesionales han recibido formación sobre métodos naturales.....</i>	<i>59</i>
<i>Tabla 2: Métodos anticonceptivos más recomendados por los profesionales.</i>	<i>59</i>
<i>Tabla 3: Respuestas correctas e incorrectas en las preguntas de conocimiento sobre los métodos naturales.....</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 4: Motivos por lo cuales las mujeres demandan los métodos naturales.</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 5: Motivos por los cuales los profesionales no se sienten cómodos al informar a las mujeres sobre los métodos naturales.....</i>	<i>61</i>
<i>Tabla 6: Relación entre las preguntas de conocimiento sobre los métodos naturales y la formación recibida por los profesionales.</i>	<i>61</i>
<i>Tabla 7: Relación entre la opinión de los profesionales sobre los métodos naturales y la frecuencia en que los recomiendan.</i>	<i>62</i>
<i>Tabla 8: Relación entre los profesionales que realizan asesoramiento contraceptivo diario y la frecuencia en que recomiendan los métodos naturales.</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 9: Relación entre los profesionales que realizan asesoramiento contraceptivo diario y el porcentaje de aciertos en las preguntas sobre conocimiento.</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 10: Relación entre los dos métodos naturales que los profesionales aseguran conocer más y las preguntas de conocimiento de dichos métodos.</i>	<i>65</i>
<i>Tabla 11: Relación entre la formación recibida por los profesionales y el porcentaje de aciertos en las preguntas de conocimiento.....</i>	<i>65</i>
<i>Tabla 12: Relación entre los años de experiencia y el uso de la TDC en la consulta de anticoncepción.....</i>	<i>66</i>

ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

Figura 1: Collar de cuentas del método de los días fijos. Fuente: Manual de planificación familiar para proveedores de la OMS (14).....	16
Figura 2: Algoritmo de los dos días. Fuente: Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad (Artículo de revisión) (13).....	20
Gráfico 1: Edad de las profesionales participantes. Elaboración propia.	33
Gráfico 2: Años de experiencia en asesoramiento contraceptivo. Elaboración propia	33
Gráfico 3: Frecuencia de asesoramiento contraceptivo. Elaboración propia.	34
Gráfico 4: Método natural más conocido entre los profesionales. Elaboración propia.	34
Gráfico 5: Frecuencia de recomendación de métodos naturales. Elaboración propia.	35
Gráfico 6: Opinión de los profesionales participantes sobre los métodos naturales. Elaboración propia.....	36
Gráfico 7: Posicionamiento de los profesionales respecto a la TDC. Elaboración propia.....	37
Gráfico 8: Uso de la TDC en la consulta anticonceptiva. Elaboración propia.	37

ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

SEC: Sociedad Española de Contracepción

DIU: Dispositivo Intrauterino

PFN: Planificación Familiar Natural

TCB: Temperatura corporal basal

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

TDC: Toma de Decisiones Compartidas

FSH: hormona folículo estimulante

LH: hormona luteinizante

GnRH: hormona liberadora de gonadotropina

HHO: hipotálamo-hipófisis-ovario

SDM: Standard Day Method ®

ETS: enfermedades de transmisión sexual

MEC: Medical Eligibility Criteria for contraceptive use

TD: Toma de decisiones

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas

RESUMEN

El asesoramiento contraceptivo precisa de un enfoque holístico, basado en las necesidades tanto reproductivas y sexuales de la mujer y/o pareja, como en criterios sociales y culturales. Por consiguiente, el profesional debe ser capaz de ofrecer una información objetiva y completa, haciendo a la mujer participe de todo el proceso de elección. En la actualidad, el uso de los métodos naturales es muy inferior al de los otros métodos, así como la existencia de estudios actualizados.

En el presente trabajo, nos planteamos explorar la situación de los métodos naturales en la consulta de anticoncepción, descubrir los conocimientos que tienen los profesionales, así como la frecuencia y el modo en que son recomendados en la consulta.

Se realizó un estudio cuantitativo observacional descriptivo, prospectivo y transversal que contó con la participación de 25 profesionales de los centros ASSIR de Tarragona, Reus y Valls. Como instrumento de recogida de datos se utilizó un cuestionario Ad hoc de elaboración propia con un total de 26 preguntas.

En los resultados obtenidos se observa que los métodos naturales no se encuentran entre los 10 métodos más recomendados por los profesionales. Un 32% (n=8) acertaron todas las preguntas sobre conocimientos de los métodos naturales y un 52% (n=13) fallaron una. La mayoría (66,7% (n=6)) de los profesionales que no suelen realizar asesoramiento sobre los métodos naturales tienen un posicionamiento neutral o en desacuerdo. A pesar de que casi todos los profesionales (92% (n=23)) conocen el modelo de Tomas de Decisiones Compartidas, un 24% (n=6) no lo utiliza nunca o casi nunca.

Con la realización del trabajo concluimos que los métodos naturales se recomiendan con menos frecuencia que el resto; que son necesarios estudios con muestras aleatorias más amplias para la valoración de su eficacia y que la opinión de los profesionales influye en el asesoramiento.

Palabras clave: Planificación Familiar Natural, Toma de Decisiones Compartidas, Moco cervical, Temperatura corporal basal.

ABSTRACT

The contraceptive advice needs an holistic approach, based both on sexual and reproductive needs of woman or couple, and sociocultural criteria. Therefore, professionals must give objective and complete information and be sure that the woman takes part in all the election progress. Nowadays, the use of natural contraceptive methods is less than the other methods, as well as updated studies.

In the present project, we set out to explore the situation of the natural contraceptive methods in the contraceptive advice; find out the knowledge that professionals have about them and how they recommend these methods.

A quantitative observational descriptive, prospective and transversal study was carried out with the participation of 25 professionals from de ASSIR centres in Tarragona, Reus and Valls. As a data collect, we used an *Ad hoc* questionnaire, with 26 questions, created by us.

During the analysis we noticed that the natural methods are not among the 10 most recommended contraceptive methods. A 32% (n=8) answered correctly all the questions about knowledge and a 52% (n=13) just failed one. Most of the professionals (66,7% (n=6)) who don't recommend natural methods have a neutral or disagree stance. Despite almost all the professionals (92% (n=23)) know about shared decisions making, a 24% (n=6) don't use them never or almost never during the contraceptive advice.

We summed up that the natural contraceptive methods are less recommended than the others; that large randomized samples studies are needed to value their efficacy and that professionals' opinion influences counselling.

Key words: Natural Family Planning, Shared Decisions Making, Cervical mucus, Basal body temperature.

1. INTRODUCCIÓN

En la mayoría de las sociedades se acepta que la sexualidad es una necesidad básica, que va más allá del fin biológico de la reproducción, a diferencia de lo que sucede en el mundo animal¹. Maslow, en su pirámide de necesidades fisiológicas, sitúa a la sexualidad junto a la alimentación, la respiración o el descanso². Marjory Gordon situó la sexualidad y la reproducción entre los 11 patrones de comportamiento a evaluar al realizar el diagnóstico enfermero de un paciente³. Watson en cambio, diferencia dos tipos de necesidades: en el primer nivel sitúa aquellas a las que llama necesidades biofísicas o de supervivencia (eliminación, alimentación y respiración) y considera que la satisfacción de éstas da lugar a la posibilidad de cumplir las necesidades de segundo nivel, las funcionales o psicofísicas (sexualidad, actividad y descanso) ⁴.

En 1994 en el Cairo, El Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, definió los derechos reproductivos como *“los derechos básicos de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos, el espaciamiento entre los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para conseguir el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”* ⁵. Se entiende por salud reproductiva el *“estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”* ⁶.

Posteriormente, en el marco de la Cuarta Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer (Beijing, 1995) se les otorgó a éstas el derecho a decidir libremente sobre las cuestiones relativas a su salud sexual y reproductiva sin verse sujetas a la coerción, la discriminación y/o la violencia⁵.

Estos avances en derechos han permitido a la mujer empoderarse, entendiendo el término como el proceso por el cual las mujeres incrementan su capacidad para dirigir sus propias vidas, adquiriendo así un mayor control a nivel individual y colectivo^{7,8}. En este sentido, los métodos anticonceptivos contribuyen a dicho empoderamiento al proporcionarles la posibilidad de planificar libre y personalmente sus embarazos disfrutando así de sus relaciones sexuales⁵.

Según la Encuesta Nacional sobre Anticoncepción en España llevada a cabo por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en 2018, el inicio de las relaciones sexuales entre las mujeres españolas se sitúa en los 16,32 años, tres años antes que la generación de sus madres; a partir de aquí, un 7,6% aseguraron que durante la



primera relación sexual no utilizaron ningún método contraceptivo⁹. Esta misma encuesta refleja que un 27,8% de las mujeres no utiliza métodos de contracepción; de éstas, un 75% no lo hace por una situación de embarazo, menopausia, porque quieren ser madres, etc. por lo que, el 25% restante se encuentra en riesgo de embarazo no planeado por no utilizar ningún método sin ninguna causa aparente⁹.

Entre los motivos que llevan a las mujeres y parejas a no utilizar métodos anticonceptivos, cabe destacar la poca variedad de métodos y el acceso limitado a los mismos, sobretodo en países en vías de desarrollo; el temor a los efectos derivados de éstos, la oposición por razones de cultura o religión; errores de principio de los usuarios y los proveedores y/o barreras de género; servicios de planificación familiar escasos o de baja calidad¹⁰.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la planificación familiar ofrece la posibilidad a individuos y parejas de decidir el número de hijos que deseen tener y determinar el intervalo entre los embarazos¹⁰. De esta forma, se consigue una disminución directa en la incidencia de embarazos no deseados, abortos y/o infecciones de transmisión sexual, así como una disminución indirecta de la morbilidad materna y fetal. Todo ello contribuye a una mejora del acceso a la educación sexual y reproductiva en hombres y mujeres, una reducción de la pobreza estimulando el desarrollo económico y el nivel de vida de las personas, y un mayor control del crecimiento insostenible de la población^{10,11}.

La OMS (2018) clasifica actualmente los métodos anticonceptivos en métodos contraceptivos modernos y métodos contraceptivos tradicionales. Los llamados métodos modernos incluyen la anticoncepción hormonal (píldora, inyectable, implante, parche, dispositivo intrauterino (DIU) hormonal, anillo vaginal), el DIU de cobre, el preservativo femenino y masculino, la esterilización definitiva femenina y masculina, la amenorrea del amamantamiento, el método de días fijos, el método de la temperatura corporal basal, el método de los dos días y el método sintotérmico. Por otro lado, los métodos tradicionales son aquellos que incluyen el método del calendario o del ritmo y la marcha atrás o coitus interruptus¹⁰.

Antes de seguir, es importante delimitar dos conceptos, métodos anticonceptivos naturales y planificación familiar natural (PFN); relacionados entre sí, pero a la vez distintos. El primero hace referencia a los métodos basados en marcadores biológicos para identificar los días fértiles y no fértiles del ciclo reproductivo de la mujer y prevenir el embarazo evitando la unión del óvulo y el espermatozoide, sin alterar las condiciones naturales que la posibilitan^{1,11,12}. Estos se pueden usar de forma aislada o combinada,

es decir, durante los días fértiles la mujer o la pareja, pueden abstenerse de tener relaciones sexuales o, si lo desean, utilizar otro método anticonceptivo de barrera¹¹. Por el contrario, la PFN no contempla las relaciones sexuales durante el periodo más fértil, está basada en los métodos de autodiagnóstico de la fertilidad y de la abstinencia periódica¹³.

El manual mundial sobre planificación familiar realizado por diversas organizaciones, entre ellas la OMS, se refiere a éstos como métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. A partir de aquí, clasifica por un lado los métodos basados en el calendario (el método de días fijos y método del ritmo de calendario) y por otro los métodos basados en síntomas (que dependen de la observación de los signos de fertilidad e incluyen las secreciones cervicales, la temperatura corporal basal (TCB) y la combinación de ambos)¹⁴.

Soler, experta en métodos de autoconocimiento de la fertilidad desde 1973 e introductora del método sintotérmico en España, los clasifica en relación al número de parámetros en los cuales se basan. De este modo, se encuentran aquellos que tienen en cuenta un solo parámetro; como el método de la temperatura basal, el del moco cervical y el de Ogino-Knaus; y aquellos que se basan en 2 parámetros o más, como el método ciclotérmico, el mucotérmico y el sintotérmico¹.

Haghenbeck-Altamirano FJ, et al., en cambio, los clasifica según el nivel de tecnología que precisan y su complejidad de uso; por un lado, se encuentran los que utilizan una baja tecnología y son poco complejos, como el método de los días fijos y el de los dos días; los que usan baja tecnología pero son más complejos, como el método Billings, el modelo Creighton y el sintotérmico; los que utilizan una alta tecnología como dispositivos computarizados para medir el nivel de electrolitos o LH; y finalmente, los métodos tradicionales como el del ritmo o la temperatura basal¹³.

Si hablamos de la eficacia de dichos métodos, es importante primero definir este concepto. La eficacia de los métodos anticonceptivos se refiere a la capacidad de éstos para evitar el embarazo y se mide según el índice de Pearl, es decir, el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizan un método anticonceptivo durante un año. Del mismo modo, es imprescindible tener en cuenta la eficacia del método con un uso completamente correcto (eficacia teórica) y el uso común (eficacia real), condicionado por posibles fallos de interpretación o utilización¹². Teniendo esto en cuenta, según los últimos datos publicados por la OMS; el método de temperatura corporal basal presenta una eficacia teórica del 99% y una eficacia real del 75%; el método de los dos días una eficacia teórica del 96% y una eficacia real del 86%;



el método de días fijos una eficacia teórica del 95% y una eficacia real del 88%; el método sintotérmico cuenta con una eficacia teórica y una eficacia real del 98%; y el método de calendario o de ritmo una eficacia teórica del 91% y una eficacia real del 75%¹⁰.

Por otro lado, Soler explica en la revista "*Matronas Profesión*" que el método de la temperatura se clasificó como uno de los métodos más eficaces hace más de cincuenta años, con una tasa de fallo inferior al 0,1%, sin embargo, actualmente se propone combinar este con otros síntomas para mejorar así su efectividad. La tasa de fallo teórico del método ciclotermico, se sitúa en un 0,5% mujeres/año; la tasa de fallo del método mucotérmico es de un 1,1% mujeres/año según el Dr.Écochard; y el método sintotérmico presenta unas tasas teóricas de embarazo del 0,2% a 0,4% y unas tasas prácticas en Europa inferiores a 3,4%, encontrando mejores resultados en las tasas prácticas de aquellos países en vías de desarrollo¹¹.

Según B. Smoley y C. Robinson en el método sintotérmico se producen entre 2-8 embarazos no deseados en el primer año de uso; 8-25 en el método de días fijos; 3-22 en el método *Billings*; y 14 en el método de los dos días¹⁵.

Aunque algunos autores refieran eficacias teóricas muy altas sobre algunos de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, el hecho de que algunos también tengan unos índices de eficacia real más bajos, hace que gran parte de los profesionales no los ofrezcan¹⁶.

En este sentido, autores como L. Blackwell et al. exponen que algunos de los parámetros de la PFN (como la TCB, el moco o la sensación vulvar) no pueden ser completamente exactos, ya que dependen de un elemento al azar que el usuario no puede conocer y, por tanto, es estadísticamente inevitable que tales métodos den lugar a un embarazo inesperado. Estos elementos al azar fueron descritos por Brown que previó unas variaciones continuas en las hormonas E1G (estradiol) y PdG (progesterona), fisiológicamente normales y que no se repiten de un ciclo a otro. A partir de aquí, Brown describió que dichas variaciones solo se pueden identificar mediante la medición de las hormonas E1G y PdG. Por tanto, L. Blackwell et. al señalan que, aunque desean promover el uso de la PFN, están convencidos de que la capacidad de monitorizar la tasa de excreción de dichas hormonas en las pruebas domiciliarias aumentaría significativamente su eficacia, así como su aceptabilidad y uso en aquellas mujeres que, en la actualidad, encuentran estos métodos difíciles o poco fiables; siendo ésta, un área importante en investigación para mejorar la metodología de la PFN¹⁷.

Métodos anticonceptivos naturales y su asesoramiento en consulta

Actualmente, el uso de los anticonceptivos naturales es muy inferior al de los hormonales o los de barrera, según la encuesta realizada por la SEC, su uso a nivel mundial supone un 3,5% y a nivel español, sólo un 0,2% ^{9,13}.

Según Molina-Fernández, et al. el método anticonceptivo más utilizado en la actualidad es el preservativo masculino (29,6% de la población), siendo éste el único método que evita un posible contagio por enfermedades de transmisión sexual (ETS). Dicho método cuenta con una tasa de 18 embarazos no deseados por cada 100 mujeres, una eficacia teórica del 98% y una eficacia real del 85% ^{10,18}.

El segundo método más utilizado son los anticonceptivos hormonales combinados (17,3% de la población), con los que se producen 9 embarazos no deseados por cada 100 mujeres y que presentan una eficacia teórica del 99% y una eficacia real del 92%^{10,18}.

De entre los motivos que llevan a utilizar los métodos naturales, destacan: el miedo a los efectos secundarios que al parecer presentan otros métodos anticonceptivos; los problemas propios de salud que la mujer pueda padecer, el precio y otros motivos de índole moral o religiosa ^{9,13}. En lo que refiere a las sociedades multiculturales, teniendo en cuenta que las creencias y costumbres propias del país de origen de una persona, influyen decisivamente en la elección del método, los profesionales sanitarios deberían ofrecer un cuidado transcultural y adaptado, con la finalidad de conseguir una planificación familiar efectiva y permitir disfrutar de sus beneficios¹⁹.

Según la bibliografía encontrada, una buena decisión clínica es aquella que, de manera conjunta, toma un paciente correctamente informado que ha recibido información, de la que puede analizar sus riesgos y beneficios, y cuya decisión depende de sus preferencias y valores personales ²⁰.

En materia de salud, la toma de decisiones sobre tratamientos y otros procesos diagnósticos, ha recaído tradicionalmente, única y exclusivamente en la figura del profesional sanitario, siguiendo así un modelo más paternalista. De este modo, el paciente consiente pasivamente lo que el profesional sanitario cree que es lo mejor. Sin embargo, existen numerosas situaciones en que la decisión "correcta" no es la que se basa únicamente en el punto de vista técnico, sino que la elección depende del modo en que el paciente interpreta la situación, no existiendo siempre una única solución acertada ²¹.

Existen diferentes modelos de toma de decisiones clínicas, por un lado, el modelo del profesional sanitario como «agente perfecto» y el modelo de toma de decisiones



compartidas (TDC), diferenciándose uno con otro en el grado de control que tiene el paciente y la interacción que se establece entre ambos. En el primer modelo se tienen en cuenta las preferencias y utilidades del paciente para que el profesional sanitario sea quien haga su recomendación final, mientras que la TDC es un proceso a partir del cual una persona, basándose en la mejor evidencia disponible, brindada por un equipo de expertos sanitarios y teniendo en cuenta sus necesidades, valores y preferencias, toma una decisión junto al profesional de salud ^{21,22}. Se puede decir entonces que estos modelos reafirman el hecho de que el *«el análisis de la decisión clínica potencia la autonomía del paciente al posibilitar la incorporación de sus valores al proceso de toma de decisiones»* ²¹.

Durante la elección del método anticonceptivo, las mujeres se encuentran frente a un gran abanico de opciones y muchos factores socioculturales y/o geográficos a tener en cuenta, por lo que un enfoque único para todas puede que no funcione. Por consiguiente, un soporte inadecuado o insuficiente en la toma de decisiones puede precipitar a las mujeres a elegir un método que no se ajuste a sus características o circunstancias personales, predisponiendo mayoritariamente al abandono de dicho método, un peor uso, o una menor motivación para un uso correcto y óptimo de éste ²². Por lo que el modelo de TDC es solicitado por muchas mujeres ante la elección del método de anticonceptivo ²².

Los estudios centrados en el conocimiento de los profesionales sanitarios responsables de la anticoncepción, sobre los métodos naturales son escasos, al igual que aquellos relacionados con el nivel de asesoramiento que recibe la población. En un estudio realizado por L. Guzman et al. a un grupo de mujeres de origen sudamericano, usuarias de métodos anticonceptivos basados en el conocimiento de la fertilidad, que obtuvieron información de éstos a través de familiares, internet y profesionales sanitarios; se observó que solo un 66% de éstas era capaz de identificar su período fértil ¹⁶.

Del mismo modo, una encuesta realizada en 2018 a un grupo de mujeres del Oeste de Suecia sobre el uso de anticonceptivos no farmacológicos determinó nuevamente que el poco conocimiento y consciencia que tienen las propias usuarias sobre estos métodos sugería la necesidad de mejorar el asesoramiento contraceptivo ²³.

Por tanto, es necesario encontrar formas de aumentar el nivel de conocimiento de las usuarias de métodos naturales, para entre otras cosas, reducir el riesgo de embarazo. Para conseguir este objetivo se requiere mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre el tema, para que puedan transmitir una información objetiva, segura y basada en la evidencia existente ¹⁶.



Métodos anticonceptivos naturales y su asesoramiento en consulta

Ante lo expuesto, la finalidad de nuestra investigación es analizar qué conocimientos tienen los profesionales sanitarios responsables en anticoncepción sobre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad y que situación ocupan éstos en el asesoramiento contraceptivo habitual.

2. OBJETIVOS

Objetivo general 1: Descubrir los conocimientos sobre los métodos naturales o métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, que tienen los profesionales clínicos que realizan asesoramiento contraceptivo.

- Esclarecer qué tipo de formación sobre métodos basados en el conocimiento de la fertilidad han recibido los profesionales a lo largo de su vida académica y profesional.
- Determinar si la información sobre los métodos anticonceptivos naturales que ofrecen los profesionales clínicos durante el asesoramiento contraceptivo es veraz, objetiva y basada en la evidencia científica.

Objetivo general 2: Explorar si los profesionales clínicos que realizan asesoramiento en contracepción ofrecen los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.

- Determinar qué anticonceptivos prescriben durante la consulta de asesoramiento los profesionales clínicos que realizan asesoramiento en contracepción.
- Conocer si los profesionales clínicos que realizan asesoramiento en contracepción recomiendan los métodos naturales y con qué frecuencia, en comparación a otros tipos de anticoncepción.
- Conocer la opinión que tienen los profesionales sanitarios responsables en anticoncepción sobre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad y si esto condiciona su asesoramiento al respecto.
- Describir el asesoramiento contraceptivo en el contexto asistencial de un modelo de decisiones compartidas.
- Constatar si los profesionales sanitarios aplican el modelo de toma de decisiones compartidas durante el asesoramiento contraceptivo.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. CICLO MENSTRUAL Y BASES FISIOLÓGICAS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES.

El ciclo menstrual comprende el proceso por el cual maduran los gametos femeninos (ovocitos) y se producen los cambios necesarios dirigidos al establecimiento de un posible embarazo, es decir, durante el ciclo menstrual se produce la liberación mensual de un óvulo y la preparación del endometrio para la implantación de un posible óvulo fecundado². El ciclo completo comprende entre el primer día de la menstruación (primer día de sangrado) y el inicio de la siguiente, de modo que un ciclo menstrual normal tiene una duración de 21 a 35 días, con un promedio de 28 días²⁴.

Este proceso está caracterizado por variaciones rítmicas mensuales de la secreción de hormonas femeninas y por los cambios a nivel ovárico y otros órganos sexuales. El eje hipotálamo-hipófisis-ovarios (HHO) es el encargado de la regulación hormonal durante todo el ciclo, de modo que, la hormona hipotalámica liberadora de gonadotropina (GnRH) se secreta de forma pulsátil y provoca la síntesis y liberación de las hormonas hipofisarias (folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH)) que, al mismo tiempo tienen acción sobre los ovarios, activando la secreción de esteroides sexuales (estrógenos y progesterona)^{2,24}.

El ciclo menstrual consta de 3 fases (folicular, ovulatoria y lútea), donde los niveles de las hormonas sexuales varían predeciblemente señalando el inicio o el final de una fase²⁵.

En primer lugar, la fase folicular tiene lugar entre los días 1 y 14 del ciclo (en ciclos de 28 días) y también se la conoce como fase pre-ovulatoria^{24,25}. Durante esta fase se produce el desarrollo de un conjunto de folículos de los cuales solo uno estará destinado a ovular²⁴. La GnRH estimula, a nivel de la adenohipófisis, la liberación de FSH y LH, de modo que ambas hormonas estimulan, a su vez, el desarrollo de los folículos ováricos. La maduración de estos folículos es debida principalmente al estímulo producido por la FSH. Los folículos secretan estrógenos que, al llegar a una concentración determinada, se produce un mecanismo de retroalimentación negativo sobre la FSH y de retroalimentación positiva sobre LH, es decir, de reducción de FSH y de estimulación de la LH, produciendo un pico máximo de la misma que coincide con la ovulación^{24,26}. Además, los estrógenos de la fase folicular estimulan la proliferación del endometrio, preparándolo para la posible implantación de un óvulo fecundado.



Por consiguiente, al producirse el pico de LH por la acción de los estrógenos, el folículo maduro libera el ovocito hacia las trompas. Este fenómeno es la ovulación y es la fase más corta de todo el ciclo, que tiene lugar justo a la mitad cronológica del ciclo (el día 14 en ciclo menstruales de 28 días). Cuando se produce la liberación del ovocito, la FSH también alcanza sus niveles máximos ^{2,25}.

Horas después de la ovulación, los niveles de estrógenos, LH y FSH disminuyen drásticamente y predominan los niveles de progesterona. Durante esta fase, conocida como fase lútea o post-ovulatoria, el folículo ovárico se convierte en cuerpo lúteo secretor de progesterona con la finalidad de preparar al útero para la implantación en el caso que el óvulo sea fecundado. Si no hay implantación, a medida que disminuyen las concentraciones hormonales, el cuerpo lúteo degenera en unos cuantos días a cuerpo albicans. Como consecuencia a la disminución del nivel de hormonas esteroideas, el endometrio sufre transformaciones que llevan a su desprendimiento, es decir, a la menstruación ^{2,24}. La fase lútea tiene lugar entre los días 15 y 28 en ciclos de 28 días, es decir, justo después de la ovulación y antes de la siguiente menstruación ²⁵.

Los métodos anticonceptivos basados en el conocimiento de la fertilidad se sustentan en una serie de hechos fisiológicos como por ejemplo, el hecho de que la mujer solo ovula una vez en cada ciclo y que, en el caso de ovular dos veces, la segunda ovulación tendría lugar como máximo 24h después de la primera; que el ovocito mantiene su capacidad de ser fecundado durante un periodo no superior a 24h; que la capacidad de los gametos masculinos (espermatozoides) para fecundar el gameto femenino no es superior a 5 días, y sólo en condiciones de fertilidad; y que la mujer tiene la posibilidad de identificar el inicio y el fin de su periodo fértil, determinado por el tiempo útil de los espermatozoides y la vida media del óvulo. Además, los cambios fisiológicos que presenta el cuerpo de la mujer durante las distintas fases del ciclo menstrual tales como el moco cervical, la temperatura basal y los cambios cervicales; son de gran ayuda a la hora de determinar el periodo de fertilidad ²⁷.

A lo largo del ciclo menstrual el flujo vaginal va cambiando su aspecto y textura. A medida que los niveles de estrógenos aumentan debido al desarrollo de los folículos, el moco cervical se convierte en una secreción pegajosa que, con el paso de los días se volverá más húmedo y resbaladizo indicando el inicio de la fertilidad. En la fase postovulatoria el flujo vaginal se vuelve más pegajoso, viscoso o grumoso para posteriormente disminuir su cantidad hasta la próxima menstruación. El tiempo que

duran estos cambios depende mucho de la mujer, e incluso, a veces, varía de un ciclo menstrual a otro ²⁷.

En cuanto a la temperatura basal, es *“aquella que existe en situación de mínimo gasto energético, es decir, durante las fases finales del sueño de entre 6 y 8 horas continuadas”*. Este incremento está producido por la acción de la progesterona, que produce un aumento de 0,2 a 0,5 grados y la mantiene durante la fase lútea del ciclo menstrual ²⁸.

Los cambios a nivel del cérvix son un reflejo de los niveles de las hormonas esteroideas (estrógenos y progesterona) a lo largo del ciclo menstrual. La mujer puede determinar *“el grado de elevación en relación a la entrada de la vagina, la consistencia, el grado de apertura del orificio cervical externo y el eje del mismo en relación al vaginal”*. Durante la fase infértil el cérvix está descendido, por lo que será más fácil de palpar; el orificio se percibirá casi cerrado, tendrá una consistencia dura y reposará sobre la pared vaginal. En cambio, durante la fase fértil del ciclo será más difícil percibir el cérvix porque habrá cambiado su posición y habrá ascendido, se notará más blando, el orificio se entreabrirá y se colocará en línea con el eje vaginal ²⁷.

3.2. MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

3.2.1. Métodos basados en el calendario

Método basado en la duración de ciclos previos

El método basado en la duración de los ciclos previos supone la base de todos los demás métodos y fue el primero en utilizarse de forma organizada y sistematizada ²⁷. Éste también es conocido como método Ogino/Knaus, del ritmo o del calendario, como referencia a los doctores Ogino (1923) y Knaus (1929) que, por separado, establecieron las bases de este método, gracias al descubrimiento de que la ovulación se producía de 12 a 16 días antes del inicio del siguiente ciclo menstrual, y que el ovocito tenía una supervivencia inferior a 24h ¹.

Por tanto, la finalidad del método del calendario es determinar el inicio y el final del período fértil de la mujer, mediante el seguimiento exacto de la duración de los últimos 6 a 12 ciclos menstruales. Así pues, se realiza un cálculo matemático teniendo en cuenta tanto el ciclo más corto, como el más largo registrados y que la viabilidad de los espermatozoides es de unos 3 días ^{1,14,15,27}.



Según Ogino y Knaus, el último día infértil del ciclo se calcula restando 18 al periodo más corto registrado y el último día fértil restando 11 al ciclo más largo. Por lo tanto, durante los días fértiles, la mujer debería utilizar otro método anticonceptivo o abstenerse de mantener relaciones sexuales ¹⁴.

Recientemente se han elaborado otros cálculos; el equipo de Lamprecht, recomienda abstenerse cinco días antes y después “*de la mitad de la media de los últimos seis ciclos*”; el de Burkhart, del día 9 al 19 (ambos incluidos) a las mujeres con ciclos menstruales regulares de 26 a 32 días ¹.

Para disfrutar plenamente de este método es imprescindible que la mujer actualice los cálculos cada mes, basándose siempre en los datos más recientes. Además, es necesario tener en cuenta que, a pesar de que todas las mujeres pueden hacer uso del método del calendario, hay situaciones que pueden dificultar su eficacia. Por ejemplo, hay que tener precaución cuando los ciclos menstruales se han vuelto menos frecuentes a causa de la edad, ya que, en estos casos es más difícil determinar dos días fértiles con exactitud, siendo necesario precisar de consejo adicional o especial por parte de un profesional. Por otro lado, es necesario postergar el comienzo cuando se ha tenido un parto reciente, se está amamantando, se ha producido un aborto reciente o existe un sangrado vaginal irregular. Por último, se debe tener cautela cuando se toman ciertos medicamentos como aquellos que modifican el estado de ánimo (ansiolíticos, antidepresivos, etc.) o el uso prolongado de ciertos antibióticos o antiinflamatorios no esteroideos, ya que éstos pueden retrasar la ovulación ¹⁴.

Se debe tener en cuenta que al menos 1 vez al año, más de la mitad de las mujeres tienen un ciclo con una diferencia de más de una semana en relación a su ciclo más corto, por lo que puede que los cálculos no sean del todo correctos. Por tanto, aunque en la actualidad existen métodos más efectivos o recomienden utilizar varios métodos simultáneamente, es importante reconocerlo como el primer método de planificación natural, en el cual muchos autores basaron sus estudios para tener en cuenta otros parámetros ¹.

Método de los días fijos

En 1999 este método fue etiquetado por la Universidad de Georgetown de los Estados Unidos como Standard Day Method® (SDM) (26). Tiene su base en el método del ritmo o del calendario, con la diferencia de que el Método de los Días Fijos no necesita el seguimiento de los ciclos previos ya que se basa en una fase fija de la fertilidad ²⁷. Se



asume que durante el ciclo menstrual hay un periodo de 12 días de fertilidad, desde el día 8 hasta el 19 y que la duración total del ciclo es de 26 a 32 días, por lo que, este método está indicado para aquellas mujeres con una duración del ciclo menstrual que se ajusta a este rango ^{15,27}. Si una mujer tiene una variación en más de 2 de sus ciclos, es decir mayor o menor duración de éstos, el Método de los Días Fijos tendrá una menor eficacia y convendría cambiar o elegir otro método²⁷.

Para disfrutar plenamente de éste, la mujer tiene que abstenerse de mantener relaciones sexuales durante los días 8 a 19 del ciclo, o bien utilizar otro método anticonceptivo de barrera como el preservativo o diafragma ¹⁴. Además, se recomienda el uso de métodos para ayudar a la memoria y al seguimiento del ciclo menstrual, como un calendario o un collar de cuentas ¹⁴.

El collar de cuentas es un collar con 32 cuentas codificadas por colores que representan los días del ciclo menstrual y que indican los días fértiles y no fértiles ^{14,29}. Está constituido por una cuenta de color rojo, 19 de color café, 12 de color blanco y un anillo movable. La cuenta roja representa el inicio del ciclo menstrual, es decir, el primer día de sangrado. Las de color café claro señalan los dos periodos no fértiles, donde las 6 primeras cuentas después del inicio de la menstruación corresponden a la fase infértil pre-ovulatoria y las otras 13 cuentas después de las blancas corresponden a la fase infértil post-ovulatoria²⁹. Entre estas cuentas hay una de color café oscuro que representa el día 27 del ciclo ¹⁴. Las cuentas blancas representan el periodo fértil de la mujer y, por lo tanto, el periodo de mayor riesgo de embarazo. Por último, el anillo movable sirve para señalar el día del ciclo en el que se encuentra la mujer ²⁹.

De este modo, el primer día de sangrado la mujer ha de colocar el anillo movable sobre la cuenta roja e ir moviéndolo en la dirección que marca la flecha a medida que avanza el ciclo. Cuando llega a la última de las primeras 6 cuentas color café claro ha de identificar ese día como el último día infértil y, por lo tanto, en los próximos 12 días siguientes ha de extremar las precauciones y abstenerse de practicar relaciones sexuales vaginales o utilizar otro método de protección ^{14,29}. Después de las 12 cuentas blancas, durante el periodo infértil post-ovulatorio, la mujer puede volver a mantener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo ²⁹.

El collar de cuentas permite detectar rápidamente dos situaciones importantes para la utilización del Método de los Días Fijos. Por una parte, si la siguiente menstruación comienza antes de llegar la cuenta color café oscuro, el ciclo de la mujer es inferior a 26 días o, por el contrario, si al llegar a la última cuenta de color café la menstruación no

ha comenzado todavía, el ciclo es superior a 32 días. En ambos casos se debe tener en cuenta que el Método de los Días Fijos no es tan eficaz en la predicción de los días fértiles ¹⁴ (Figura 1).

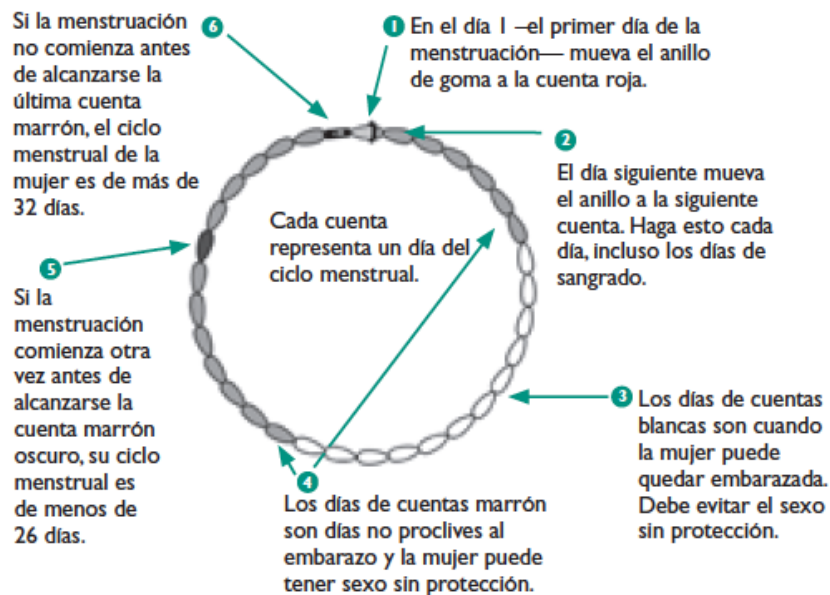


Figura 1: Collar de cuentas del método de los días fijos.

Fuente: Manual de planificación familiar para proveedores de la OMS (14).

En cuanto a la utilización de un calendario como método de memoria o seguimiento del ciclo en el Método de los Días Fijos, la mujer ha de marcar con un círculo en el calendario el primer día de la menstruación y los siguientes 6 días siguientes. Posteriormente ha de marcar con una cruz los siguientes 12 días. Finalmente volverá a marcar con un círculo los días siguientes hasta la próxima menstruación, donde se repetirá el mismo proceso. De este modo, los días marcados con un círculo representan los dos períodos infértiles en los cuales la mujer puede mantener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo; y los marcados con una cruz representan los días fértiles con mayor riesgo de embarazo ²⁹.

En la utilización del Método de los Días Fijos, hay situaciones en las que se recomienda tener especial precaución o incluso postergar o retirar el uso del método porque su eficacia se puede ver alterada. Estas situaciones pueden ser: ciclos menstruales irregulares (menarquia, menopausia, etc.), sangrados irregulares, partos recientes o periodo de amamantamiento; aborto reciente y la utilización de ciertos medicamentos que pueden modificar el estado de ánimo ¹⁴.

3.2.2. Métodos basados en síntomas

Método del moco cervical

El método del moco cervical o método Billings, debe su nombre a los doctores Billings que, en 1972, elaboraron unas pautas para distinguir los diferentes momentos del ciclo menstrual en base a la observación e interpretación del moco cervical que se produce con el aumento de los niveles de estrógeno durante la fase pre-ovulatoria. Estas pautas han sido actualizadas por diferentes organizaciones, entre ellas la OMS, para mejorar su eficacia y adaptabilidad ¹.

Teniendo en cuenta las secreciones vaginales, este método divide las fases del ciclo menstrual en ²⁷:

- Fase I: No hay secreción, y si la hay, es de escasa cantidad, grumosa y compacta (comienza tras la menstruación).
- Fase II: El moco se vuelve más transparente y viscoso, aumentando progresivamente su secreción.
- Fase III: Se produce una secreción abundante y clara de consistencia similar a la clara de huevo. El último día de esta secreción toma el nombre de “día pico”. De este modo, la ovulación tiene lugar entre 24-48 horas antes o después del día pico.
- Fase IV: Tras la ovulación se segrega progesterona, hormona que hace que el moco cervical se vuelva espeso, opaco, pegajoso y turbio, para nuevamente volver a desaparecer.

El moco cervical cambia a lo largo del ciclo menstrual por la acción de los estrógenos y la progesterona ²⁹. Tiene la finalidad de facilitar o bloquear el paso de los espermatozoides. El aumento de los niveles de estrógenos desde 5-6 días antes de la ovulación estimula al cuello uterino a secretar un moco bioquímica y biofísicamente preparado para facilitar el transporte y la supervivencia de los espermatozoides. Por otro lado, una vez se ha producido la ovulación, el aumento de la secreción de progesterona impedirá, al espesar el moco cervical, el paso a los espermatozoides ¹³.

De este modo, para hacer uso de este método la mujer observará y anotará diariamente los cambios que se producen en la secreción. Debe registrar tanto el aspecto que tiene el moco como la sensación que le produce en la vagina y la vulva ¹. Para ello, se deben observar las características de las secreciones en el momento del día en que la mujer

tenga menos posibilidades de tener relaciones sexuales (mediodía o temprano por la noche), mediante los dedos, papel higiénico o prenda de ropa interior ^{14,30}.

La OMS recomienda su nomenclatura en forma de gráfico o esquema donde se distinga entre moco poco fértil (f) y moco muy fértil (F). El moco poco fértil (f) produce una sensación de humedad y presenta un aspecto pastoso, amarillento, blanco y pegajoso. Por el contrario, la sensación del moco muy fértil (F) es más resbaladiza, lubricante, mojada y tiene un aspecto elástico y transparente. Este último puede llegar a estirarse hasta 2,5 cm sin romperse. De este modo, la mujer ha de marcar en el gráfico los días de menstruación de color rojo, los “días secos” sin moco de color verde y la evolución del moco según si es poco fértil (f) o muy fértil (F). El día pico, determinado a *posteriori*, corresponde al último día del moco F y, es importante que la mujer no lo confunda con el día de máxima cantidad de moco ni el día en que presenta más características de fertilidad ¹. El día pico indicará a la mujer que la ovulación ya se ha producido o que ocurrirá dentro de las próximas 24-48h posteriores ²⁸.

La usuaria ha de evitar mantener relaciones sexuales sin protección durante los días de menstruación abundante, ya que, la ovulación podría ocurrir temprano en el ciclo y el sangrado podría entorpecer la interpretación del moco cervical. Podrá retomar las relaciones sin protección entre el final de la menstruación y el inicio de las secreciones, aunque no podrá haber coito 2 días seguidos, debido a que la excreción del semen a través de la vagina puede enmascarar la presencia de moco. En el momento que la mujer note algún tipo de secreciones ha de considerarse fértil, por lo que ha de abstenerse de mantener relaciones coitales o utilizar un método barrera. Cuando haya identificado el día pico, cuatro días después podrá retomar las relaciones sexuales sin protección hasta el inicio de la siguiente menstruación ¹⁴.

Hay situaciones en la vida de la mujer que pueden dificultar el uso de este método. Ha de tener especial cuidado e incluso postergar su uso si fuese necesario en las siguientes situaciones: infecciones vaginales u otras patologías que puedan modificar las características del moco cervical; ciclos menstruales recién iniciados o que se han vuelto menos frecuentes debido a la edad; partos recientes o períodos de amamantamiento; sangrado vaginal irregular; flujo vaginal anormal o tratamientos con medicación que pueda alterar el ciclo menstrual o la secreción del moco ¹⁴.

Método de los dos días.

El método de los dos días, al igual que el método Billings, se basa en la presencia o ausencia de secreciones cervicales para determinar el período fértil, pero con la diferencia de que no es necesario tener en cuenta sus características ¹³. Cada día la mujer revisa las secreciones de forma indirecta mediante su presencia en la ropa interior, en el papel higiénico antes o después de orinar; en los dedos o bien por la sensación en o alrededor de la vagina ^{13,14}.

La utilización de este método va asociada a un algoritmo simplificado de dos preguntas: “¿He notado secreciones hoy?” y “¿Noté secreciones ayer?”. Si la respuesta a alguna de las dos preguntas es afirmativa, la mujer ha de considerarse fértil (Figura 2). De este modo, la mujer o la pareja debe evitar mantener relaciones sexuales o utilizar otro método anticonceptivo de barrera durante cada día con secreciones y durante cada día posterior a un día con secreciones ^{13,14,15, 31}. Por lo tanto, se podrán mantener relaciones sexuales sin protección otra vez cuando la mujer haya tenido 2 días secos consecutivos, es decir, dos días sin secreciones ¹⁴.

El método de los dos días es un método fácil de aprender y de usar, por lo que no se requiere que la mujer o la pareja tengan una gran formación académica de base ¹³. Por otra parte, es necesario destacar que la eficacia o el uso de este método pueden verse alteradas por la presencia de alguna patología capaz de modificar las secreciones cervicales, como por ejemplo una infección vaginal ¹³.

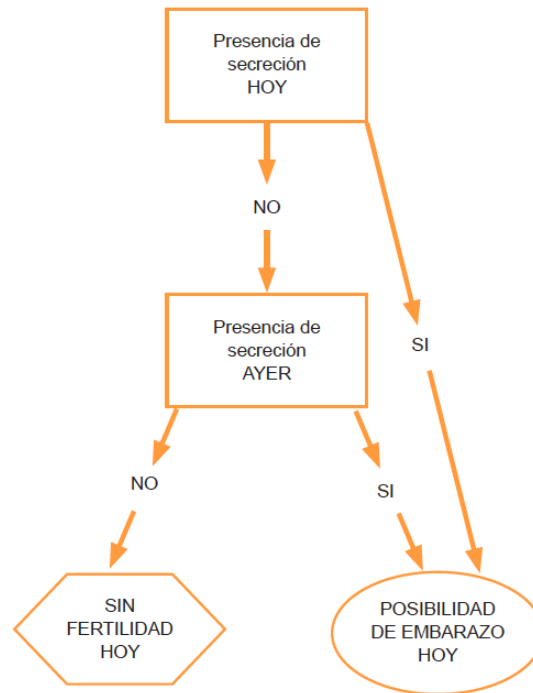


Figura 2: Algoritmo de los dos días.

Fuente: *Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad (Artículo de revisión) (13).*

Método de la temperatura basal (TBC)

Soler (2005), describe la temperatura como un parámetro objetivo que permite detectar la fase infértil del ciclo ovárico a través del aumento de la temperatura basal que se produce por efecto de la progesterona ¹.

Una vez se ha producido la ovulación, tiene lugar la fase lútea, donde las células del folículo de Graaf, que quedan tras haberse producido la liberación del óvulo, forman el cuerpo lúteo o amarillo, cuya función principal es la de producir progesterona. Ésta hormona produce un aumento de la temperatura basal en la mujer con la finalidad de preparar al endometrio para la anidación del cigoto ¹.

El aumento de la temperatura, que oscila entre 0,2 y 0,5 °C, se produce entre las 24-48 horas posteriores a la ovulación y se mantiene durante 3 días consecutivos indicando a la mujer el inicio de la fase infértil del ciclo ovulatorio ^{1,14,28}. Por tanto, la fase infértil se inicia desde el 4º día después del aumento de la temperatura hasta el primer día de la siguiente menstruación ¹.



En 1982 la OMS incluyó en la enseñanza de dicho método, la utilización de la línea básica. Esta línea debe emplearse durante el registro gráfico de la temperatura y se sitúa por encima de todas las temperaturas basales más bajas registradas, utilizando como referencia un mínimo de 6 temperaturas bajas. A partir de aquí, un aumento de la temperatura por encima de dicha línea durante 3 días consecutivos indicaría que la mujer se encuentra en su periodo infértil ¹.

Para un uso óptimo de dicho método, la mujer debe medir su temperatura basal vía rectal o vaginal (más precisas que la oral) a partir del quinto día del inicio del ciclo menstrual, siempre a la misma hora, después de un período de descanso continuado de 6-8h y sin haberse levantado de la cama ni comido ^{1,14,28}.

De este modo, la usuaria ha de abstenerse de tener relaciones sexuales con penetración o utilizar un método barrera desde el primer día de la menstruación hasta que la temperatura corporal basal se haya elevado durante 3 días consecutivos. Es decir, podrá mantener relaciones sexuales sin protección a partir del 4º día del aumento de la temperatura ¹⁴.

Aunque este método se clasificó entre los más eficaces hace 50 años, presentando una tasa de fallo inferior al 0,1%, actualmente se propone combinarlos con otros síntomas o parámetros, ya que la variación de la temperatura puede estar influida por diferentes factores (cambio de horario, horas de sueño, alcohol, medicamentos, termómetro, enfermedades, etc.) ¹. Según el artículo Natural Family Planning publicado por *The American Academy of Family Physicians*, las parejas que utilizan el método de la temperatura basal, deben tener en cuenta otros parámetros sobre sus anteriores ciclos ováricos para ayudarles a identificar su periodo fértil con mayor exactitud ¹⁵.

Método sintotérmico o método basado en diferentes síntomas

El método sintotérmico es el método basado en el conocimiento de la fertilidad que tiene en cuenta diferentes parámetros y síntomas para determinar el período infértil y fértil del ciclo menstrual. Ahora bien, en la literatura encontrada, por lo general, los autores coinciden en la mayoría de los parámetros que utiliza este método, aunque existen algunas diferencias.

Soler, introductora en España del método sintotérmico y experta en métodos de autoconocimiento de la fertilidad desde 1973; y la OMS en su "*Manual Mundial de Planificación Familiar*", coinciden en que el moco cervical y la TCB son los parámetros

principales en los que se basa el método sintotérmico y que la autopalpación del cérvix, el dolor premenstrual y la tensión mamaria menstrual pueden complementar su uso ^{1,14}. Sin embargo, Soler también considera la duración del ciclo como uno de los parámetros principales a tener en cuenta ¹. Por otro lado, Smoley y Robinson en *“Natural Family Planning”* aseguran que, aunque el moco cervical es el principal síntoma, la TBC y el método del calendario permiten hacer un doble chequeo y la autopalpación del cérvix puede dotar al método de una mayor eficacia. A su vez, éstos proponen combinarlo con *“The Marquette Model”*; un dispositivo digital que detecta las hormonas estrogénicas y luteinizantes en la orina de la mujer y que junto la temperatura o el moco cervical ayuda a ésta a identificar la fase fértil de su ciclo ¹⁵.

En cuanto al funcionamiento del método sintotérmico, Soler expone que tanto para calcular el periodo relativamente infértil de la fase pre-ovulatoria y el periodo absolutamente infértil de la fase post-ovulatoria, se tienen que tener en cuenta siempre tres parámetros (moco cervical, TBC y duración del ciclo), de los cuales la mujer debe llevar un registro. De este modo, para la fase infértil per-ovulatoria se averigua el último día infértil pre-ovulatorio basándose en lo siguiente ¹:

- Método de ciclos previos: Mediante una modificación del cálculo Ogino se señala el fin de la fase relativamente infértil pre-ovulatoria. Al ciclo más corto registrado durante los últimos 6 meses, se le resta 20; o, a los últimos 12 meses se le resta 21 ¹.
- TBC: Basándose en que la ovulación se suele producir 24-48h antes de la subida de temperatura y que la supervivencia de los espermatozoides es de hasta 5 días, al primer día de temperatura alta más alta precoz registrada durante 1 año, se le resta 8 ¹.
- Moco cervical: Días secos durante el ciclo ¹.

Si los cálculos para la identificación del inicio del período fértil (último día infértil pre-ovulatorio) no coinciden, la mujer debe escoger el más precoz. Por ejemplo, si el cálculo mediante los ciclos previos indica el inicio de la fertilidad antes de que el moco cervical aparezca, se debe considerar que la fertilidad empieza, aunque perdure la sequedad ¹.

Por otro lado, el periodo infértil post-ovulatorio se iniciará a partir del tercer día de la temperatura más alta (TCB) y/o a partir del final del tercer día posterior al pico. Al igual que en la período pre-ovulatorio, si los parámetros no coinciden, se deberá escoger en este caso el más tardío ¹.

Sabiendo pues, que el método sintotérmico, es la combinación de diferentes métodos naturales, la mujer ha de tener presente que las situaciones que pueden alterar la determinación del período fértil en estos métodos también son aplicables al sintotérmico. Por lo tanto, se ha de tener especial cuidado llegando a postergar el uso de este método en situaciones como abortos recientes, ciclos menstruales irregulares, afecciones crónicas o agudas que puedan elevar la temperatura; partos recientes o períodos de amamantamiento; infecciones vaginales que puedan alterar las características del moco y uso de medicamentos que puedan afectar las secreciones, elevar la temperatura o alterar la ovulación¹⁴.

Según expone L. Blackwell et al., el modelo de monitorización de las hormonas de fertilidad E1G y PdG, supone una mejora en la efectividad de este método. Pues si bien en la actualidad se tienen en cuenta medidas indirectas (LH, TCB, moco y sensación vulvar) en lugar medidas directas (Estradiol y Progesterona), en una situación ideal se deberían utilizar ambas, ya que como señala Brown, existen variantes del ciclo menstrual que producen cambios en la secreción de la hormona folicular y el cuerpo lúteo, dando lugar a posibles errores en la monitorización de las medidas indirectas¹⁷.

3.3. ASESORAMIENTO CONTRACEPTIVO

El consejo o asesoramiento contraceptivo se define como la práctica sanitaria dirigida a dar *“información equilibrada y objetiva de cada método anticonceptivo para que, en el contexto del individuo o la pareja, se escoja el más idóneo y así conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductiva”*¹⁶.

El mejor asesoramiento contraceptivo precisa de un enfoque con una visión holística de la mujer y/o pareja, es decir, tener en cuenta sus necesidades de atención de salud sexual y reproductiva, los criterios de elegibilidad para cada método, así como criterios sociales, de conducta y, en particular, las preferencias de la persona usuaria^{14,32}. De este modo, el profesional sanitario ha de saber escuchar, informar y transmitir adecuadamente toda la información relacionada con los métodos. Además, la información debe darse con un lenguaje y formato que resulte fácil de entender y de fácil acceso¹⁶.

Durante la elección del método anticonceptivo hay dos tipos de factores imprescindibles que se han de tener en cuenta. Por una parte, se encuentran los factores o criterios relacionados con el método que tienen una relevancia universal para el inicio y el

seguimiento de todos los métodos existentes. Por otro lado, se encuentran los relacionados con la propia mujer o pareja ^{16,32}.

En relación con los factores relacionados con el método, durante el asesoramiento se ha de dar información referente a:

- **Eficacia:** Capacidad del método contraceptivo para evitar la gestación y que se mide con el índice de Pearl, definido como el *“número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año”* ¹⁶. La elección del método depende en gran parte de la eficacia ofrecida por el propio método, pero también de cuán correcta y conscientemente se usa. Así pues, se habla de eficacia teórica cuando se hace referencia al uso correcto del método y de eficacia real cuando se hace referencia al uso en condiciones normales de uso ^{16,33}. Este último puede variar enormemente dependiendo de las características de la mujer o la pareja, como la edad, los ingresos, la cultura y el deseo de evitar el embarazo. No obstante, la eficacia real aumenta cuando las usuarias tienen una mayor experiencia o conocimiento en el manejo del método y cuando hay una mayor disponibilidad y mejor calidad de asesoramiento ³³.
- **Seguridad:** Se refiere a la capacidad del método para alterar de forma positiva o negativa la salud de la usuaria o de amenazar su vida. Por lo tanto, se ha de dar información sobre los efectos adversos posibles y sobre los efectos secundarios deseables ²⁸.
- **Reversibilidad:** Recuperación de la capacidad reproductiva de la mujer tras interrumpir el uso del método anticonceptivo ¹⁶. De entre todos los métodos, únicamente la esterilización es irreversible. Por lo general, en los demás métodos la recuperación de la fertilidad es inmediata después de la interrupción ³³.
- **Posibles efectos beneficiosos no contraceptivos:** Como, por ejemplo, el uso de algunos anticonceptivos en casos de acné y/o hirsutismo ¹⁶.
- **Facilidad o complejidad de uso:** A mayor dificultad de uso menor será la eficacia, por lo que, durante el asesoramiento es necesario asegurarse de que la usuaria entiende adecuadamente el uso del anticonceptivo ¹⁶.



- Relación con el coito: *“junto con la frecuencia de las relaciones sexuales, la elección del método anticonceptivo influye para que tenga una relación inmediata o lejana con el coito”* ¹⁶.
- Protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS): Es importante que los profesionales que prestan estos servicios ofrezcan también información sobre prácticas sexuales seguras con la finalidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Por lo tanto, es necesario que el profesional tenga en cuenta el contexto social y cultural, y también las conductas de cada persona. Se debe hacer énfasis y recordar siempre a las usuarias y parejas la importancia de la utilización del preservativo como doble método para evitar las ETS ³³.
- Precio: Importante averiguar o conocer el estado financiero de las usuarias para escoger el método que mejor se adapte a su situación, ya que muchos anticonceptivos no están financiados y no todo el mundo se los puede permitir.

En cuanto a los factores relacionados con la mujer o la pareja que se han de tener en cuenta durante la elección del método son los siguientes:

- Edad y paridad: El profesional ha de preguntar a la usuaria sobre embarazos previos y sobre cuál es el objetivo de la contracepción, es decir, si se pretende espaciar los embarazos o la contracepción definitiva ^{16,28}.
- Actividad sexual: Para prevenir el riesgo de transmisión de ETS es importante averiguar qué actividad sexual tiene la usuaria, es decir, el número de compañeros sexuales. Ante una situación de riesgo se ha de recomendar el uso de un doble método como el preservativo ¹⁶ (28). Además, también es importante averiguar con qué frecuencia la mujer practica relaciones sexuales, ya que, a mayor frecuencia mayor es la probabilidad de que el método falle en algún momento ²⁸.
- Percepción individual de riesgos: Permitir que la mujer y/o pareja expresen todas sus dudas relacionadas con el método. El profesional ayudará a resolverlas aportando información sobre los efectos secundarios y beneficiosos de cada método y desmontando las falsas creencias ¹⁶.
- Patología médica acompañante: La presencia de algunas patologías puede ser un criterio de contraindicación de un método o, por el contrario, el uso de un método determinado puede ser beneficioso para dicha patología ¹⁶.

Métodos anticonceptivos naturales y su asesoramiento en consulta

- Hábitos tóxicos: El consumo frecuente de algunas sustancias tóxicas puede dificultar el uso o seguimiento de algunos métodos. Por lo general, las mujeres que hacen un uso abusivo del alcohol o de otras sustancias psicoactivas necesitarían métodos independientes del control de la paciente y, además, un doble método ¹⁶.
- Grado de colaboración de la pareja: Es importante averiguar el posicionamiento de la pareja y la motivación en cuanto al uso de los métodos, sobretudo en el caso de los métodos naturales y el preservativo. Del mismo modo, también es muy importante tener presente las creencias de la persona usuaria ²⁸.
- Aceptación: El rechazo o aceptación de un método dependen en gran parte de las experiencias previas que haya tenido la mujer, de sus capacidades personales para hacer un buen uso del método y del contexto cultural y religioso al que pertenece ¹⁶. La aceptación inicial del método depende tanto de la motivación original de la usuaria o pareja, como de la información que aportan los profesionales en el asesoramiento contraceptivo ²⁸.

En relación con la presencia de patologías en la mujer y el uso de métodos anticonceptivos, en 1996, la OMS publicó un documento llamado *Medical Eligibility Criteria for contraceptive use (MEC)* con la finalidad de mejorar la calidad de la atención en planificación familiar. Este documento es una guía basada en la última evidencia sobre la seguridad de los métodos para su uso en el contexto de patologías o condiciones de salud específicas presentes en la mujer ³⁴. Aporta a la comunidad científica y a los organismos oficiales recomendaciones que ayuden a establecer protocolos y guías para la correcta prescripción de cada método ¹⁶.

La seguridad de cada método viene determinada por diversas consideraciones en el contexto de la patología médica o las características médicamente relevantes, es decir, si el método tiene la capacidad de empeorar el problema médico o crea riesgos adicionales o, si por el contrario, la circunstancia médica hace que el método pierda eficacia. De este modo, estas condiciones se deben sopesar junto con los beneficios de prevenir embarazos no deseados ³⁴.

El MEC establece 4 categorías según el riesgo que conlleva utilizar cada método en cada situación. Para cada condición o característica médicas relevante, los métodos anticonceptivos son ubicados en una de las siguientes categorías:

- Categoría 1: No hay restricción para el uso del método anticonceptivo.



Métodos anticonceptivos naturales y su asesoramiento en consulta

- Categoría 2: Las ventajas de utilizar el método son generalmente mayores que los riesgos teóricos o probados.
- Categoría 3: Los riesgos teóricos o probados normalmente superan las ventajas del uso del método.
- Categoría 4: Existe un alto riesgo para la salud si se usa el método anticonceptivo.

Además de tener en cuenta los criterios de elegibilidad y los factores relacionados con el método y la usuaria, la OMS, en el documento *Planificación familiar: un manual mundial para proveedores* establece una serie de consejos para que el asesoramiento contraceptivo sea un éxito ¹⁴:

- Respetar a las usuarias y ayudarlas a sentirse cómodas.
- Alentar a las usuarias a explicar sus necesidades, a expresar sus preocupaciones y a realizar preguntas.
- Dejar que los deseos y necesidades de la usuaria orienten la conversación.
- Prestar atención a las necesidades contadas, tales como protección de ETS y apoyo para el uso del condón.
- Escuchar atentamente.
- Dar la información e instrucciones clave utilizando palabras y un lenguaje comprensible.
- Respetar y apoyar las decisiones informadas de la usuaria.
- Referirse a los efectos secundarios, de haberlos, y tomar con seriedad las preocupaciones de la usuaria.
- Verificar que la usuaria ha comprendido todo lo referente al uso del método.
- Invitar a la usuaria a regresar a la consulta siempre que lo desee y sea por el motivo que sea.

3.4. TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS (TDC)

En el medio clínico, la calidad está directamente relacionada con la responsabilidad y el compromiso del profesional sanitario con el paciente, «lo mejor para él». Esto se relaciona con el principio de beneficencia, el cual está asociado al correcto proceso de diagnóstico, tratamiento y cuidados. A partir de aquí, surge una gran incertidumbre en la práctica clínica relacionado con la gran variabilidad de decisiones y opiniones de diferentes profesionales para abordar una misma situación. Ante esto, la decisión debe estar relacionada con las diferentes preferencias, valores y aspectos que rodean al paciente ²⁰.

En los últimos 15 años se ha comenzado a generar cierto interés por un modelo de toma de decisiones que difiere de los modelos utilizados hasta ahora ²⁰.

En la actualidad, existen 3 modelos de toma de decisiones (TD) en salud ³⁵:

- Modelo paternalista: Es el profesional sanitario aquel que toma la decisión final, decidiendo así por el paciente.
- Decisión informada: El profesional sanitario informa al paciente (transmite la información) y es el propio paciente quien toma la decisión final, sin ser aconsejado por éste.
- Toma de decisiones compartidas (TDC): Este modelo consiste en un intercambio de información entre el paciente y el profesional sanitario, donde éste deberá transmitir una información basada en la evidencia científica y adaptada a la preferencias y valores transmitidos por el paciente, para posteriormente, deliberar conjuntamente sobre las diferentes opciones disponibles y llegar a una decisión consensuada.

La principal causa de insatisfacción de los pacientes radica en el hecho de que éstos no son informados correctamente sobre su condición, así como de las opciones de tratamientos existentes en la actualidad. En un estudio realizado en 58 centros de salud en España, se observó que a un 60% de los participantes, les hubiese gustado que el profesional sanitario les hubiese pedido su opinión a la hora de tomar una decisión ³⁵. Del mismo modo, en otro estudio llevado a cabo en España, se pudo ver que un 66% de los pacientes encuestados, desconocen el derecho que tienen de poder rechazar determinadas pruebas y/o tratamientos ²¹.

En la actualidad, *la Ley 41/2002 de autonomía del paciente destaca «...el derecho del paciente a decidir libremente después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles»*, a la vez que señala *«...la obligación del profesional a*

cumplir sus deberes de información respetando las decisiones de los pacientes, adoptadas libre y voluntariamente por estos» ³⁵.

Se han puesto en marcha distintas estrategias para llevar a cabo la TDC. Éstas varían en función de los distintos países o instituciones, aunque al final, todos incluyen aproximadamente los mismos aspectos a tener en cuenta ³⁵:

1. Desarrollar una relación de confianza con el paciente, ofreciendo empatía y calidez. Es importante que exista una comunicación fluida y facilitar el discurso del paciente.
2. Explorar y determinar las preferencias del paciente sobre la información que desea recibir (formato, cantidad...).
3. Explorar y determinar las preferencias del paciente acerca de su papel en la TD (como el riesgo que quieren asumir o el nivel de participación tanto suya como de amigos o familiares). Algunos pacientes temen ser asertivos y que esto ponga en peligro la relación médico-paciente derivando en un cuidado de menor calidad. Por ello, los clínicos deberían invitar a los pacientes a participar, identificar qué es lo que los pacientes necesitan para tomar las decisiones, apoyarles apropiadamente y ayudarles a tomar las decisiones cuando los pacientes prefieren delegar en ellos.
4. Comprobar y responder a las ideas, preocupaciones y expectativas de los pacientes (como por ejemplo sobre las opciones de manejo de la enfermedad) atendiendo a las «pistas» que estos proporcionan.
5. Identificar las opciones (incluyendo las ideas y la información que el paciente pueda tener) y valorar la evidencia en el contexto del paciente individual; sin olvidar que no hacer nada también es una opción.
6. Presentar la evidencia y ayudar al paciente a reflexionar y a evaluar el impacto de las alternativas en relación con sus valores y preferencias.
7. Tomar o negociar la decisión en conjunto con el paciente y resolver posibles conflictos.
8. Acordar un plan de acción y preparar el seguimiento.

Por tanto, se puede decir que la herramienta de TDC supone un avance definitivo en la elección libre, adaptada y consensuada de decisiones, por lo que muchas mujeres solicitan este modelo para la elección del método de anticonceptivo ²².

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Con el propósito de dar respuesta a los objetivos del presente trabajo, se realizó un estudio de diseño cuantitativo observacional descriptivo, prospectivo y transversal

4.2 POBLACIÓN

La población diana de esta investigación fueron los profesionales sanitarios, enfermeras/os, comadronas/es y ginecólogas/os involucrados en la anticoncepción.

La población final de estudio, por accesibilidad, se centró en los centros ASSIR de las ciudades de Tarragona, Reus y Valls. La selección muestral se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

Inclusión

- Estar implicado en el asesoramiento anticonceptivo de los centros ASSIR de las ciudades de Tarragona, Reus y Valls en el momento del estudio.
- Aceptar participar y cumplimentar una encuesta online.

Exclusión

- No cumplir con alguno de los criterios de inclusión.

Los contactos e emails de los profesionales, que aceptaron participar, fueron facilitados por las coordinadoras de los ASSIR Tarragona y Reus, a las cuales accedimos a través de la tutora del TFG. A estas coordinadoras se les hizo llegar la hoja de información del estudio para que, a su vez, ellas las compartieran con sus compañeros.

4.3 INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Se utilizó un cuestionario “*ad hoc*” en línea a través de la plataforma “*Survio*”. Este fue elaborado a partir de los objetivos planteados y basándonos en la bibliografía utilizada durante la elaboración del trabajo.

El cuestionario se redactó en lengua castellana. Al inicio aparecía un apartado de introducción donde nos presentábamos como estudiantes y explicábamos la finalidad

del mismo, aclarando que la recogida de datos era anónima, de acuerdo con la *Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal*.

Se formularon un total de 26 preguntas agrupadas en 3 bloques (**Anexo 2**). El primero incorporaba cuestiones sobre los datos sociodemográficos generales, tales como la edad, el género, la profesión actual y los años de experiencia en el asesoramiento anticonceptivo. El segundo bloque indagaba en los conocimientos de los profesionales sobre los métodos contraceptivos naturales, por lo que, se elaboraron 4 preguntas tipo test sobre 4 de estos métodos. Además, en el segundo bloque también se les preguntó sobre la frecuencia de su asesoramiento y la opinión que tenían sobre ellos. Por último, el tercero se centraba en el modo o enfoque de asesoramiento, con el objetivo de conocer si este se realizaba en un entorno de “decisiones compartidas”.

Se utilizaron preguntas tipo test, con respuesta en formato escala Likert, ya que nos permitía evaluar opiniones y actitudes con mayor especificidad.

Por otro lado, al final se incluyó una pregunta opcional de respuesta libre para que los profesionales dejaran su opinión sobre el cuestionario o que comentaran aquello que creían necesario.

Esta investigación transcurrió entre octubre de 2019 y mayo de 2020.

El proceso de elaboración del cuestionario se llevó a cabo durante el mes de enero de 2020 y la recopilación de los datos, siempre teniendo en cuenta el anonimato, tuvo lugar durante el mes de febrero de 2020. Así pues, la difusión se realizó a través de un enlace directo enviado por correo electrónico a los profesionales seleccionados, que previamente habían dado su consentimiento a participar en el estudio.

4.4 VARIABLES DE ESTUDIO

A continuación, se muestra la clasificación de variables recogidas en la encuesta online:

Variables Cualitativas

- **Discretas:**
 - Género (variable categórica nominal).
 - Profesión (variable categórica nominal).
 - Método natural más recomendado por los profesionales (variable categórica nominal).

Métodos anticonceptivos naturales y su asesoramiento en consulta

- Formación de los profesionales sobre los métodos naturales (variable categórica nominal).
- Método natural más conocido por los profesionales (variable categórica nominal).
- Posicionamiento de los profesionales respecto a los métodos naturales (variable categórica ordinal).
- Conocimiento del modelo de TDC (variable categórica nominal).
- Frecuencia en que los profesionales utilizan la herramienta de TDC (variable categórica ordinal).
- Posicionamiento de los profesionales respecto al modelo de TDC (variable categórica ordinal).
- Frecuencia en que los profesionales realizan asesoramiento anticonceptivo (variable categórica ordinal).
- Frecuencia de recomendación de los métodos naturales (variable categórica ordinal).

Variables Cuantitativas:

- Continuas:
 - Edad de los profesionales en el momento del estudio (variable intervalo).
 - Años de experiencia en el asesoramiento contraceptivo (variable intervalo).

4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL ESTUDIO

La plataforma *Survio*, utilizada para la elaboración y difusión del cuestionario, nos proporcionó automáticamente un análisis estadístico de los datos obtenidos, reflejados en frecuencias absolutas (n) y relativas (%) y representados en gráficos.

Por otra parte, con el objetivo de aumentar la variabilidad de resultados y, por lo tanto, de conclusiones, establecimos relaciones entre las diferentes preguntas. De este modo, utilizamos el programa Microsoft Excel® y Microsoft Word® para reflejar los resultados en frecuencias absolutas (n) y relativas (%) en un formato de tablas.

5. RESULTADOS

La encuesta fue enviada, hasta en tres ocasiones, a un total de 69 profesionales, que cumplieron los criterios de inclusión y a su vez no presentaron ningún criterio de exclusión. De éstos, 25 contestaron finalmente la encuesta.

A continuación, presentamos los resultados más significativos, algunos de éstos han sido reflejados en tablas que puedan ser consultadas en el Anexo 3 (Tablas de resultados).

En cuanto al perfil de los encuestados, encontramos que el 96% (n=24) eran mujeres y que el grupo de edad que predominó fue el de 22-35 años con un 36% (n=9) de participación (Gráfico 1).

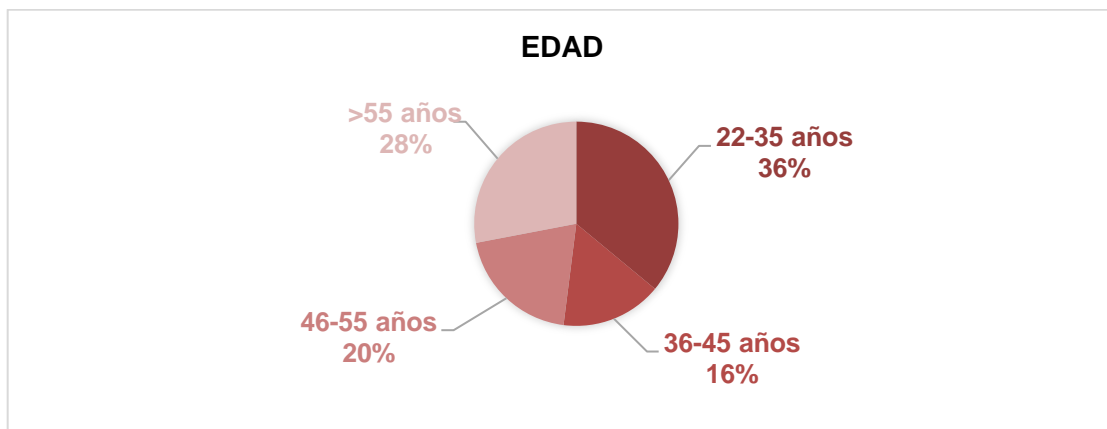


Gráfico 1: Edad de las profesionales participantes. Elaboración propia.

Las matronas representaron el 64% (n=16) y las ginecólogas el 36% (n=9).

Respecto a los años de experiencia profesional encontramos que la mayoría, un 64% (n=16), cuenta con más de 10 años de experiencia (Gráfico 2) y que un 60% (n=15) realiza asesoramiento contraceptivo diariamente (Gráfico 3).



Gráfico 2: Años de experiencia en asesoramiento contraceptivo. Elaboración propia



Gráfico 3: Frecuencia de asesoramiento contraceptivo. Elaboración propia.

Por otro lado, un 92% (n=23) de los profesionales recibió información sobre los métodos naturales durante su formación profesional, el 78,3% (n=18) de éstos durante la especialización de ginecología y obstetricia; y un 60,8% (n=14) en cursos externos.

Los métodos naturales que referían conocer mejor fueron: el sintotérmico (36% (n=9)), el método del calendario (32% (n=8)) y el método de la temperatura basal (24% (n=6)) (Gráfico 4).

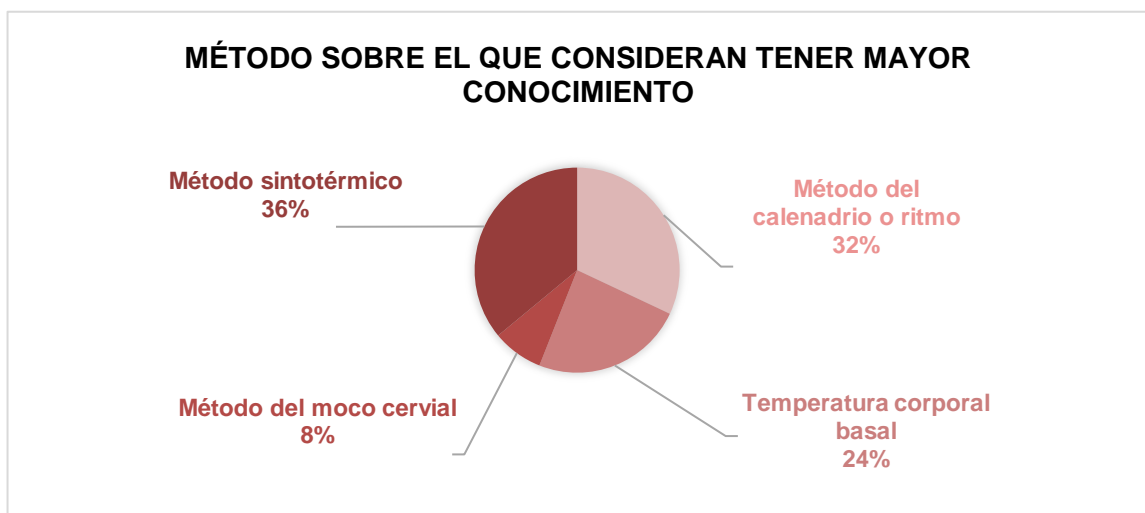


Gráfico 4: Método natural más conocido entre los profesionales. Elaboración propia.

Un 44% (n=11) aseguró que el método anticonceptivo que más recomienda es la píldora anticonceptiva hormonal, mientras que un 40% (n=10) se inclina por el preservativo masculino. A su vez, los métodos naturales no se contemplan entre los 10 métodos más recomendados.

En cuanto a los conocimientos sobre éstos, con respecto al método Ogino/Knaus (o método del calendario), un 56% (n=14) de los profesionales mostró desconocimiento en cuanto a que el seguimiento previo llevado a cabo por la mujer, antes de empezar a utilizar dicho método, debe ser de entre 6 y 12 ciclos menstruales. En cuanto al método del moco cervical o Billings, un 88% (n=22) de los profesionales tuvieron claro cuales eran las características del moco no-fértil. Por otro lado, en el método de la temperatura, el 100% (n=25) de los profesionales mostró tener conocimiento sobre las condiciones necesarias para la medición de la temperatura basal. Finalmente, un 80% (n=20) de los profesionales coincidió en que el método sintotérmico se basa en la interpretación de diferentes parámetros y síntomas.

En relación con el asesoramiento contraceptivo, el 100% (n=25) de aciertos reveló un conocimiento total sobre cómo ha de ser la información que se transmite al paciente en las consultas sobre anticoncepción y aquellos factores a tener en cuenta.

La mayoría de los profesionales (88% n=22) consideraron que el aspecto más valorado por la mujer que demanda un método natural es la ausencia de efectos secundarios, frente a un 32% (n=8) que creía que dicha elección respondía a motivos culturales y/o religiosos; o a su bajo coste (16% (n=4)).

Con relación a la frecuencia con la que recomendaban los métodos naturales, los resultados revelaron que un 36% (n=9) los solía recomendar unas pocas veces al mes, mientras que un 16% (n=4) un mínimo de dos o tres veces por semana (Gráfico 5).

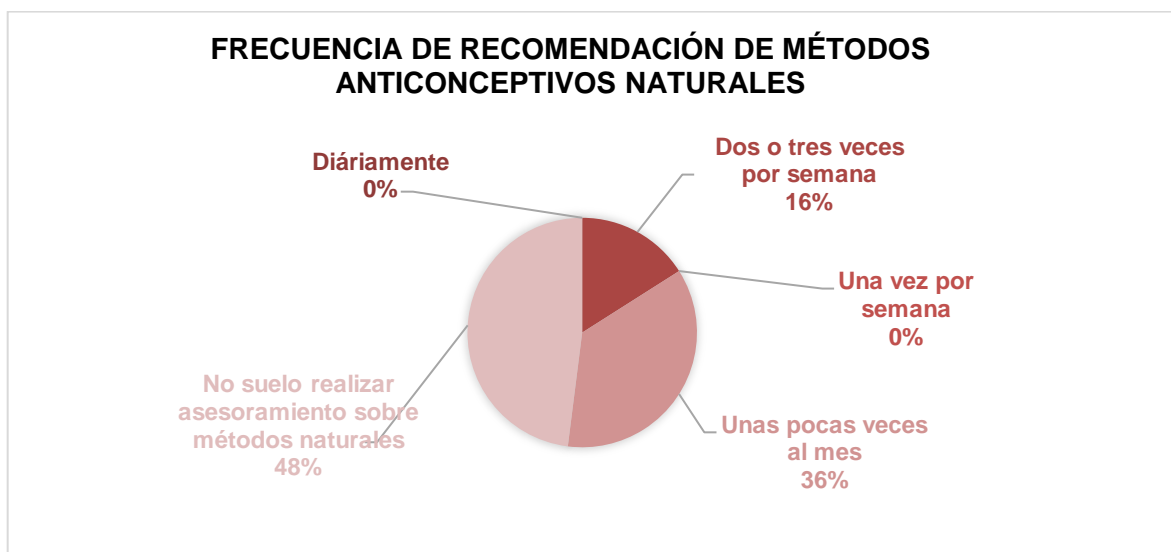


Gráfico 5: Frecuencia de recomendación de métodos naturales. Elaboración propia.

Del mismo modo, un 40% (n=10) manifestó no sentirse cómodo informando a la mujer sobre estos métodos porque consideraban que no tenían conocimientos suficientes

(40% (n=4)) o que eran ineficaces (30% (n=3)). Por otro lado, un 16% (n=4) de los profesionales afirmó estar en desacuerdo con los métodos anticonceptivos naturales, frente a un 36% (n=9) que se posicionó de forma neutral (Gráfico 6).

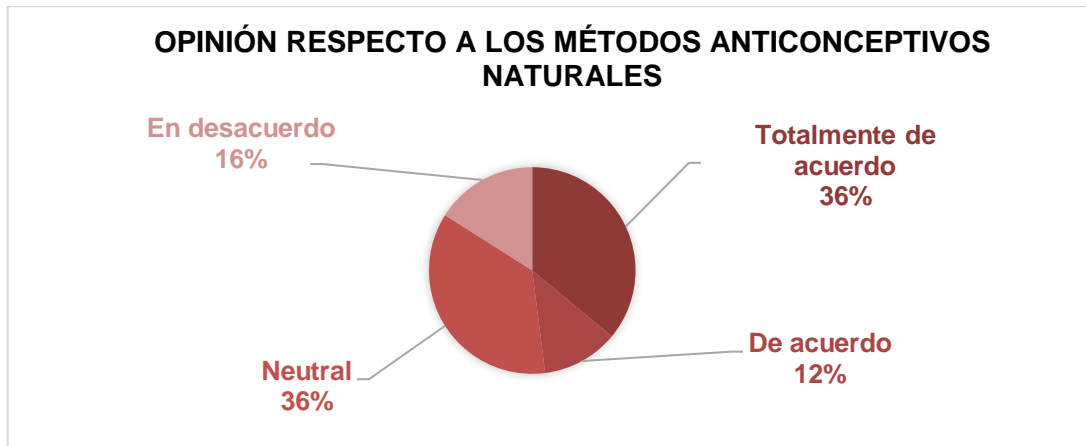


Gráfico 6: Opinión de los profesionales participantes sobre los métodos naturales. Elaboración propia.

Con el fin de obtener una mayor variabilidad de resultados, se establecieron relaciones entre diferentes preguntas posteriormente, obteniendo los resultados siguientes.

En cuanto a las preguntas sobre los métodos naturales, un 32% (n=8) acertaron todas las preguntas y un 52% (n=13) fallaron una, mientras que sólo un 4% (n=1) acertó $\frac{1}{4}$ de ellas

Todos los profesionales que recomendaban los métodos naturales 2-3 veces por semana como mínimo, estaban de acuerdo o totalmente de acuerdo con estos, mientras que, la mayoría de los que no solían realizar asesoramiento sobre ellos tenían un posicionamiento neutral o en desacuerdo (66,7% (n=6)).

En otra dirección, también se preguntó con relación a la frecuencia de recomendación, donde un 73,3% (n=11) de los profesionales que realizaba asesoramiento anticonceptivo diariamente, sólo asesoraba sobre métodos naturales unas pocas veces al mes o no solían hacerlo. Asimismo, de éstos, el 86,7% habían acertado $\frac{3}{4}$ o $\frac{4}{4}$ de las preguntas sobre los métodos naturales.

Por otra parte, de entre los profesionales que consideraban que estos métodos eran ineficaces, un 80% (n=4) no solía realizar asesoramiento sobre estos. El mismo resultado se observó entre aquellos que consideraban que no tenían conocimientos suficientes.

La mayoría de los profesionales que aseguraron tener más conocimientos sobre el método del calendario (62,5% (n=5)), fallaron la pregunta correspondiente a este.

Además, este método coincide también con el más fallado por aquellos que han recibido información sobre métodos naturales (56,5% de errores).

En cuanto a la formación, el 84,6% de los que la recibieron durante el grado o especialización acertaron el 75% o 100% de las preguntas sobre los métodos naturales. Por otro lado, el 90% de los que recibieron formación extra también acertaron el 75% o 100%.

Por último, en lo que se refiere al uso de la herramienta de TDC, aunque un 92% (n=23) demostró conocer en qué consiste este modelo y un 88% (n=22) de los profesionales refirió estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con la TDC (Gráfico 7) un 24% (n=6) de los encuestados refirió no utilizar nunca o casi nunca esta herramienta (Gráfico 8). El 69,2% (n=9) de los profesionales que refirieron utilizar casi siempre este método contaban con más de 10 años de experiencia en asesoramiento anticonceptivo.

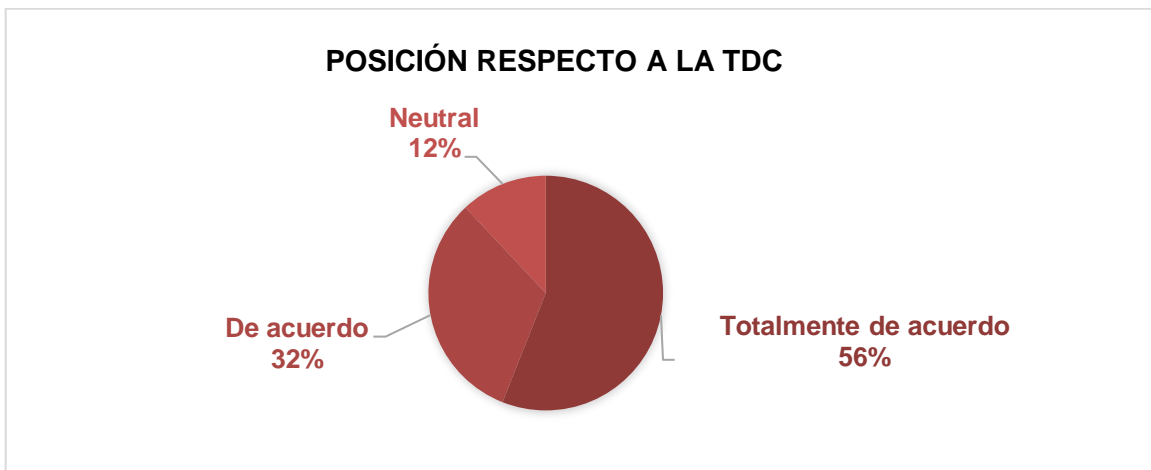


Gráfico 7: Posicionamiento de los profesionales respecto a la TDC. Elaboración propia.

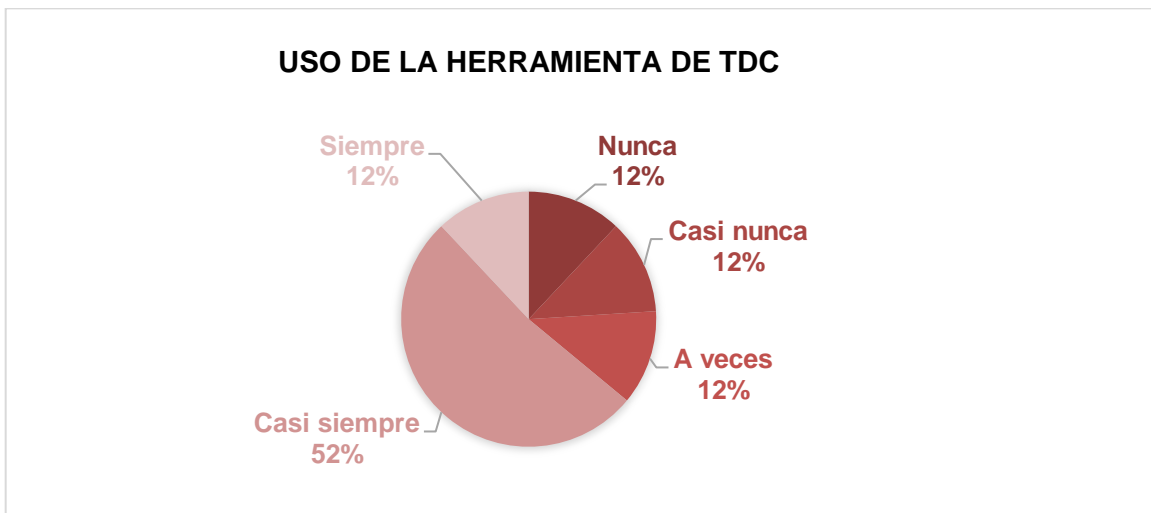


Gráfico 8: Uso de la TDC en la consulta anticonceptiva. Elaboración propia.

6. DISCUSIÓN

Respecto a la participación de los profesionales en este trabajo, el número de respuestas obtenidas puede relacionarse con la afirmación de Manfreda et. al. basada en un estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), donde se obtuvo que la tasa de respuesta de las encuestas difundidas por Internet fue de un 11% menor que aquellas realizadas por otros medios, lo que refuerza, la baja participación de la muestra encuestada (30%)⁴³.

En materia de asesoramiento contraceptivo, los resultados obtenidos muestran que los profesionales necesitan una buena formación en sexualidad para poder adaptarse a todas las situaciones de la práctica asistencial, mejorando así la calidad de la atención prestada³⁶. En el caso de los métodos naturales, es imprescindible el dominio de la fisiología del ciclo femenino ya que, el conocimiento de la fertilidad puede tener tanto aplicaciones anticonceptivas como conceptivas³⁷.

Se requieren profesionales con altos conocimientos reproductivos y con capacidad de transmitir la información¹⁶. De hecho, L. Guzman et al. destacan también que cuando los sanitarios tienen buenas habilidades de enseñanza en materia de métodos naturales, las mujeres tienen más éxito en su uso¹⁶.

La profesión médica y la profesión enfermera están altamente feminizadas hoy en día. 8 de cada 10 enfermeras son mujeres^{38,39}, cifra que coincide con los datos recogidos en este estudio, en el que solo un 4% de la muestra (n=1) eran hombres. Aunque este hecho parece que podría facilitar el interés en unos métodos marcados por un profundo conocimiento y respeto por la fisiología femenina, los resultados no lo indican.

Casi la mitad de los profesionales encuestados en esta investigación (un 88% con más de 5 años de experiencia en el asesoramiento contraceptivo) refieren no sentirse cómodos realizando asesoramiento contraceptivo sobre métodos naturales, lo que conlleva que más de la mitad de los profesionales encuestados (84%) no los recomienden o solo lo hagan unas pocas veces al mes. Así pues, el hecho de que los métodos naturales no se encuentren entre los 10 métodos anticonceptivos más recomendados por los profesionales, coincide, tal como recogen algunos estudios, con la baja tasa de uso de los mismos. Según una encuesta realizada por la SEC, el uso de estos métodos sólo representa el 0,2% del total de los métodos contraceptivos en uso a nivel español y el 3,5% a nivel mundial^{9,13}.

Se observa, además, que los profesionales que están a favor de estos métodos los recomiendan con mayor frecuencia. Estos hechos son similares a los ya encontrados

en un estudio internacional de mujeres en los Estados Unidos y Europa que concluyó que los profesionales sanitarios son los que mayor influencia tienen sobre el tipo de anticoncepción que las mujeres eligen y que, por tanto, la opinión que éstos tengan sobre los métodos puede influir de forma concluyente en la decisión de una persona sobre la elección de un método ^{35,40}. Además, como dijo Aristóteles en su teoría de la acción *“un agente siempre lleva a cabo una acción en vista del bien, o más bien, de lo que considera que es bien”* ⁴¹.

Una discusión detallada entre el paciente y el profesional, seguida de una recomendación centrada en el paciente, lleva a un proceso de decisiones compartidas de alta calidad. Sin ese paso, toda recomendación es directiva y paternalista y ahoga el derecho de autonomía del paciente ⁴⁰.

Respecto a la TDC, en la presente investigación se ha constatado que a pesar de que un 88% de los profesionales refieren estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con este modelo, casi un 60% utiliza este paradigma alguna vez, durante el asesoramiento contraceptivo. Estos resultados podrían relacionarse con los que obtuvo L. Burgos en su tesis doctoral, en la que la mitad de las mujeres que participaron en su estudio refirieron que fue el profesional sanitario quien les propuso el método de planificación familiar que estaban utilizando en el momento de contestar el cuestionario, el resto refirieron utilizar el método que ellas mismas habían propuesto ³⁵.

Por tanto, dado que varios estudios coinciden en que cuando la mujer obtiene el método que ella desea, tras haber sido informada de éste y del resto de las opciones disponibles, aumenta su satisfacción y disminuye la tasa de abandono, siendo por ello, un modelo solicitado por muchas mujeres ante la elección del método de anticonceptivo ^{22,35}. Por consiguiente, es evidente la necesidad de conseguir un mayor uso de la TDC entre los profesionales sanitarios que realizan asesoramiento contraceptivo.

Uno de los temas que podría ser responsable de la poca utilización de métodos naturales, sería su “considerada” baja eficacia. Tal vez son, los bajos índices de eficacia real que presentan los métodos naturales, lo que provoca que gran parte de los profesionales no los recomienden ¹⁶. Sin embargo, cabe destacar que F. J Haghenbeck-Altamirano et al. refieren que para la valoración de la efectividad son necesarios estudios comparativos con muestras aleatorias, más amplias ¹³. Los últimos estudios presentados por la OMS reflejan bajas tasas de eficacia de los métodos naturales. Sin embargo, aunque el método de la temperatura corporal y del calendario presentan solamente un 75% de eficacia real; otros métodos como el sintotérmico, cuentan con una eficacia real del 98% ¹⁰. Eficacias más bajas reportan Smoley y Robinson, indicando

que, durante el uso del método del moco cervical, se producen de 3 a 22 embarazos no deseados en el primer año de uso; y de 2 a 8 durante el uso del método sintotérmico ¹⁵. A pesar de que las tasas de fracaso de los métodos naturales son más elevadas que la de otros métodos, L. Guzman et al., en un estudio sobre el uso de estos métodos entre mujeres de origen latino y africano, expone que entre las parejas que los utilizan correctamente, solo un 3-5% presenta un embarazo no deseado ¹⁶.

Los dos métodos más recomendados por los profesionales del estudio fueron la píldora anticonceptiva (44%) y el preservativo masculino (40%), coincidiendo con los más utilizados por la población según datos expuestos en otras publicaciones ¹⁸. No obstante, no parece un criterio de eficacia contraceptiva, ya que el preservativo no solo presenta una eficacia baja en relación a los métodos hormonales, sino que además se ha estimado un índice de Pearl de entre 14 y 18 embarazos según datos consultados ^{18,35}, o dicho de otra forma, presenta una eficacia teórica del 98% y real del 85% ¹⁸, frente a un 92% de eficacia real que presentan de media los métodos contraceptivos hormonales más usados ^{18,35}. Además, otro estudio propone que las mujeres pueden dar más importancia a otras características del método a parte de la eficacia, como son los beneficios adicionales sobre la propia salud ³⁵.

Por otro lado, un 88% (n=22) aseguran que el aspecto que más valora la mujer cuando demanda asesoramiento o prescripción de un método natural, es que no presentan efectos secundarios, seguido de un 32% (n=8) que hacen referencia a motivos culturales y/o religiosos; y un 16% (n=4) a su bajo coste. Éstos coinciden con los ya descritos por la OMS en una de sus últimas publicaciones, donde afirman que de entre los principales motivos que llevan a las mujeres y parejas a no utilizar métodos anticonceptivos se encuentran el temor a los efectos derivados de éstos y la oposición por razones de cultura o religión (entre otros) ¹⁰. En lo que se refiere a los motivos culturales, hay estudios que señalan la importancia de un asesoramiento anticonceptivo transcultural y adaptado ¹⁹.

En otro sentido, en una encuesta llevada a cabo en Suecia sobre los anticonceptivos no farmacológicos, se concluyó que el poco conocimiento que presentaban las mujeres encuestadas sugería la necesidad de mejorar el asesoramiento contraceptivo ²³.

Los conocimientos sobre anticoncepción que tienen los profesionales que asesoran, es importante. En el marco de esta investigación se observó que el 36% de los profesionales seleccionó el método sintotérmico como el que más conocen dentro de los métodos naturales, seguido del 32% que prefiere el método del calendario. No obstante, aún siendo el segundo más conocido de entre los profesionales encuestados,



el método del calendario también es el que presenta mayor tasa de error (62,5%) en las preguntas teóricas sobre éste.

Sobre la formación recibida sobre métodos naturales, en esta investigación, un 78,3% comentó haberla recibido durante la especialización en ginecología y obstetricia, mientras que sólo un 20%, durante el grado universitario. Por otro lado, un 60,4% la recibió formación en cursos de postgrado. En uno de los estudios consultados sobre el conocimiento que tienen los estudiantes universitarios de grados de ciencias no médicas, sobre los anticonceptivos y la fisiología reproductiva, se obtuvo que solo un 10,9% superaron la prueba de conocimientos sobre la fisiología reproductiva y fertilidad. Las preguntas formuladas en dicho estudio son la base de los métodos naturales ⁴².

Por otro lado, en relación a lo comentado anteriormente sobre la formación de los profesionales, un estudio propuesto por M.Rodríguez sugiere que, mediante un análisis de los conocimientos y opiniones de los alumnos de grado de enfermería y medicina, se descubriría si la formación universitaria sobre los métodos naturales es la responsable de que estos no sean tenidos en cuenta por los profesionales involucrados en anticoncepción ³⁷.

En las preguntas teóricas sobre los métodos naturales, los profesionales mostraron un porcentaje elevado de aciertos y, por lo tanto, un porcentaje elevado de conocimiento. De éstos, la mayoría habían recibido formación sobre métodos naturales, bien durante el grado universitario, especialización o cursos externos. No obstante, hay estudios que sugieren que parte de la información que se ofrece en materia de planificación familiar no incluye siempre todas las evidencias científicas ³⁵.

7. LIMITACIONES

Este estudio presenta algunas limitaciones tales como el tamaño de la muestra, que podría ampliarse o hacerse más extenso a otros contextos geográficos. Del mismo modo, la búsqueda bibliográfica de otros estudios relacionados con los métodos naturales, han supuesto otro *handicap* para la realización del mismo, ya que no solo nos hemos encontrado un número reducido de investigaciones al respecto, sino también falta de actualización de éstas.

Por otro lado, la falta de experiencia previa con la relación de estudios de tipo cualitativos, concretamente, en la realización de cuestionarios, han influido en la recopilación de algunos datos y nos han hecho recapacitar sobre el planteamiento de algunas de las preguntas.

8. CONCLUSIONES

Los métodos naturales no se encuentran entre los 10 métodos anticonceptivos más recomendados y, casi la mitad de los profesionales no solía realizar asesoramiento sobre estos en la consulta de anticoncepción, por lo que estos se encuentran en notable desventaja respecto al resto de métodos, tanto en materia de asesoramiento contraceptivo como de investigaciones científicas.

Además, es importante destacar la influencia de la opinión, es decir, el posicionamiento que tienen los profesionales respecto a los métodos anticonceptivos naturales ha influido en la frecuencia de asesoramiento de éstos. Los que estaban a favor los recomendaban con mayor frecuencia que aquellos que tenían un posicionamiento neutral o en desacuerdo.

Del mismo modo, los profesionales mostraron un conocimiento elevado respecto a los métodos naturales en las preguntas teóricas sobre los mismos. Además, todos habían recibido algún tipo de formación al respecto. Sin embargo, seguían sin recomendarlos.

Con la realización del presente trabajo hemos podido ver la importancia del conocimiento de la propia fertilidad, ya que, el dominio de este puede ayudar a aquellas mujeres o parejas que buscan la concepción y también a identificar posibles alteraciones presentes en su cuerpo.

Por último, aunque la mayoría de los profesionales conocen y están de acuerdo con el modelo de TDC, es necesaria una mayor sensibilización en su uso para evitar que las opiniones y preferencias de los profesionales influyan de manera indirecta en el asesoramiento contraceptivo. Así pues, consideramos necesario un empoderamiento de la mujer en materia de asesoramiento contraceptivo, dándoles un papel más activo en la elección del método.

En cuanto a las líneas de investigación futuras, creemos necesaria la realización de más estudios científicos sobre la eficacia de los métodos naturales, con muestras más amplias y aleatorias, además de una mayor visualización social de éstos, tanto en materia de anticoncepción como de conocimiento del propio ciclo y los beneficios que esto conlleva.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. F Soler. Asesoramiento/educación sanitaria a la mujer. Métodos anticonceptivos naturales (II). Matronas profesión [Internet]. 2005;(3):5–13. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/asesoramiento-educacion-sanitaria-a-la-mujer-metodos-anticonceptivos-naturales-ii/>
2. Zanin L, Paez A, Correa C, De Bortoli M. Ciclo menstrual: sintomatología y regularidad del estilo de vida diario. Fundamentos en Humanidades. Fundam en Humanidades [Internet]. 2011;XII(24). Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/184/18426920004/>
3. Suarez, J. L. Á., del Castillo Arévalo, F., Fidalgo, D. F., & Meléndez, M. M. Manual de valoración de patrones funcionales. Gijón (Asturias): Servicio de Salud del Principado de Asturias. [Internet]. 2010. 388 p. [Consultado 18 de Oct 2019] Disponible: <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
4. Urra Eugenia M, Jana Alejandra A, García Marcela V. Some essential aspects of Jean Watson thought and her transpersonal caring theory. Ciencia y Enfermería. 2011;17(3):11-22. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
5. Sánchez S. Descorriendo velos: Hacia una nueva cultura reproductiva. 2004;8. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/viewFile/287/345>
6. Galdos Silva S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;30(3):455-60. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v30n3/a14v30n3.pdf
7. Irene C. Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. Rev Mex Sociol. 2010;72(1):37-71. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032010000100002



8. Sánchez S. Poder de decisión y autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación familiar noviembre del 2014; 63. (Tesis). Querétaro (México): Universidad Autónoma de Queretaro.
9. Sociedad Española de Contracepción (SEC) [internet]. Encuesta nacional de anticoncepción en España; 2018 [citado 4 diciembre 2019]. Disponible en: <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-2018-sobre-la-anticoncepcion-en-espana/>
10. World Health Organization. Informe de un comité de expertos de la OMS. Evaluación de las actividades de planificación de la familia en los servicios de salud; 1975 [2 Noviembre 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40806/1/WHO_TRS_569_spa.pdf
11. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo.[Family planning as a basic tool for development]. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2013;30(3):465-70. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a16v30n3.pdf%0Ahttps://search.proquest.com/docview/1443400395?accountid=14477%0Ahttp://xv2cd5eg7y.search.serialssolutions.com/directLink?&title=.&author=Gutiérrez%2C+Miguel&issn=1726-4642&title=Revista+peruana+de+m>
12. Valero P, Rausell D, Pacheco C, García J. Planificación familiar: información general y seguimiento de anticonceptivos orales. Organización Mundial la Salud. 2012;1-31. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap029planfam.pdf>
13. Hagenbeck-Altamirano FJ, Ayala Yañez R, Herrera-Meillon H. Metodos de planificacion familiar basados en el conocimiento de la fertilidad (Articulo de revisión). Ginecol Obstet Mex. 2012;80(4):276-84 Disponible en: http://nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2012/abril12/art.revision_metodo.pdf
14. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar: Un manual para proveedores. [Internet]. 2011. 388 p. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/es/
15. Smoley BA, Robinson CM. Natural family planning. Am Fam Physician. 2012;86(10):924-8. Disponible [PubMed]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23157145>



16. Guzman L, Caal S, Peterson K, Ramos M, Hickman S. The use of fertility awareness methods (FAM) among young adult Latina and black women: What do they know and how well do they use it? Use of FAM among Latina and black women in the United States. *Contraception* [Internet]. 2013;88(2):232-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.05.015>
17. Blackwell L, Cooke D, Brown S. Self-Monitoring of Fertility Hormones : A New Era for Natural Family Planning ? 2018;85(1):26–34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6027114/>
18. Molina-férrandez MI, Raigal-aran L, Flor-lopez M, Prata P, Font-jimenez I, Valls-fonayet F, et al. The effectiveness of a digital shared decision-making tool in hormonal contraception during clinical assessment : study protocol of a randomized controlled trial in Spain. *BMC Public Health* [Internet]. 2019;19(September). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7572-9>
19. Solana Morete Á, González López JR. Métodos anticonceptivos en las mujeres inmigrantes y el papel de la enfermera: Una revisión bibliográfica. *Enferm Glob*. 2015;14(1):455-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100020
20. De M, López F, Escuriet-peiro R, Molina- MI De. Modelo de decisiones compartidas en cáncer de mama. De la teoría a la práctica. *Rev Int Organ* [Internet]. 2018;21:43–62. Available from: https://revista-rio.org/index.php/revista_rio/article/view/286
21. María J, Perpiñán A, Sánchez FI, Jorge M, Pérez EM. ¿Cómo incorporar las utilidades de los pacientes a las decisiones clínicas? 2008;22(Supl 1):179–85. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108760904>
22. Wyatt KD, Anderson RT, Creedon D, Montori VM, Bachman J, Erwin P. Women ' s values in contraceptive choice : a systematic review of relevant attributes included in decision aids. *BMC Womens Health* [Internet]. 2014;14(1):1–13. Available from: *BMC Women's Health*. Disponible en [PubMed]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24524562>
23. Nilsson A, Ahlborg T, Bernhardsson S. Use of non-medical contraceptive methods: a survey of women in western Sweden. *Eur J Contracept Reprod Heal Care* [Internet]. 2018;23(6):400-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1541079>



24. Escobar ME, Pipman V, Arcari A, Boulgourdjian E, Keselman A, Pasqualini T, et al. Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia. Arch Argent Pediatr. 2010;108(4):363-9 Disponible: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2010/v108n4a17.pdf>
25. Ocampo Rebollar A. Cambios emocionales relacionados con cambios hormonales durante el ciclo menstrual de la mujer [Internet]. 2017. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/tesis?codigo=151197>
26. Serret Montoya J, Hernández Cabezza A, Mendoza Rojas O, Cárdenas Navarrete R, Villasis Keever MÁ. Alteraciones menstruales en adolescentes Menstrual disorders in adolescents. Boletín médico del Hosp Infant México [Internet]. 2012;69(1):63-76. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci%7B_%7Darttext%7B%7Dpid=S1665-11462012000100010%7B%7Dlang=pt
27. Palomo Viciana MJ. Essure, nuevo método de planificación familiar. 2011;265. [Internet] Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5011/Tesis%20Doctoral%20de%20Maria%20Jose%20Palomo%20Viciana.pdf?sequence=1>
28. Navarro JA, Trillo C, Luque MA, Seoane J, Alonso MJ, Gotor S. Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria. SAMFYC, S.A.C, editors. Andalucía; 2014. 177 p. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2014002_Anticoncepcion.pdf
29. Soledad Díaz VS. ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos? 2017;43. Disponible en: <http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que%20y%20cuales%20son%20los%20metodos%20anticonceptivos%2001122017.pdf>
30. Pallone SR, Bergus GR. Fertility Awareness-Based Methods : Another Option for Family Planning. 2009;147–57. Disponible en: <https://www.jabfm.org/content/22/2/147.long>
31. Hassoun D. Natural Family Planning methods and Barrier: CNGOF Contraception Guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;46(12):873-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.002>
32. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 3.a ed. 2018. 1-70 p. Disponible en:

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/es

33. Aguado Rodríguez J. Papel de enfermería en el asesoramiento anticonceptivo. 2016;31. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/23945/1/TFG-H722.pdf>
34. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth Edition. 2015;276. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/
35. López de Burgo, Cristina. "Planificación familiar y consentimiento informado". De Irala-Estévez, Jokin. Tesis doctoral. Universidad de Navarra, Pamplona, 2005 [consultado 30 de Marzo de 2020] Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/tesis?codigo=70668>
36. López Juan, G., Abejón Escribano, R., Peidró Martín, P., & Lombó Vega, A. (10 de noviembre de 2002). Estudio sobre la formación en sexualidad de los profesionales de enfermería en los Centros de Atención Primaria de Barcelona Ciudad. Recuperado el 3 de junio de 2013, de www.agoradenfermeria.eu: <http://www.agoradenfermeria.eu/CAST/num001/recerca01.html>
37. Rodríguez Suárez M. Conocimientos y opinión de los estudiantes universitarios sobre los métodos anticonceptivos naturales [Internet]. Universidade da Coruña; 2016. Disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/18024/RodriguezSuarez_Marina_TM_2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y
38. Buguete Ramos MD. Acceso a los estudios de enfermería en función del sexo se los estudiantes. Universidad Católica de València San Vicente Martir; 2016. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/tesis?codigo=117948>
39. Bernalte Martí V. Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. Enfermería Glob [Internet]. 2015;(35):328-34. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/reflexion1.pdf>
40. Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. Reprod Health [Internet]. 2013;10(1):1.



Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599328/pdf/1742-4755-10-7.pdf>

41. D. Boeri M. Todo el mundo lleva a cabo lo que le parece bien. Sobre los trasfondos de socráticos de la teoría aristotélica de la acción. Revista Philosophica. 2008;33(sección II):7-26. [Consultado 30 de Marzo de 2020] Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/4276591/Todo_el_mundo_ll_eva_acabo_lo_que_le_parece_bien.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DIngredientes_socraticos_en_la_teor%C3%ADa_aristot%C3%A9lica_de_la_acci%C3%B3n.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=ASIATUSB6BAJIISBT4V%2F20200411%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200411T150027Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEBcaCXVzLWVhc3QtMSJIMEYCIQDeHeNx1elkhstIjYNQb6j%2B%2FP1dNNfV12LHGJVBU2dT9glhAPJzWMq8VzwTjbcvECGAQ0kxi%2BGAJ3hyFxAkRj1k%2FN2KrQDCDAQABoMMjUwMzE4ODExMjAwlgzKtsBs58wVdSpewEgqkQNGBfnwsl4d2AbgGePYkqsAo0qA7oOJAfgZCoB1WtPYA7sjP93P0mZG5Jdd%2BhWhODtj7pb8WUY7I8KCET8Xeyau1tiJNVsuvWI6SeQ9K8RAQdcXFFIhrQdb%2FCYnxlpIN8CR8DRxv9LoenfAWwvxIGgAbnmYkCknpjelij5I%2ByV0mhClkw%2BaW98cja8%2FW9K5luk%2FcFJkDRfg9Quht2HF8AiUC93tH6ANeEMxbIMs73oF4CfFQ%2BV8fT24H38ed28OCqvKsqzDqqKF4oqxnLup0O11dufTLt9JHwVC4uN2R2CjBk%2FraU60OosrrtOZeWGRSNBynJXqO8U%2Bez0dyzQzowB3Yjbj3WixhNvWIsxFksVxiGq2eX0bhpLecRE0DCAY9fGUKeNoTskfhhlaiFF7fAkAkRhypEs%2Fu9rAoE9iyUq7t8kGV93yKIUd%2BZOJ6FKYqsYZQxQknqrGeFDwfpGWaUabNPiqtpKHZKhrtSxG5pDEmx9SDRn6toKD0SsBMCrwdTNU1wDyDHbF8G66b3PclKfiGzDdpcf0BTrqAYmRaff1cAKIxivQxs%2FiSyTs1E6XnDwnkQ0G9daCP%2Ft%2FfmIW%2F9U0Mw%2Fli0FWdMp9jzICa9DHryFsxEbDDCBZzEDRI40wrq%2FTHAWxkPwOB273bMYzXldIRjE2CM1n6GzOJ%2FtIXPY2fN19VGE7fvf0ixFbnlCiExGFbQrKYUToWF8kQ4yYK9YdgV1vZyj%2BWJk8UpqqwNqqLth0iMwtMg6GiAx99oMo0kuMH%2BKmzR5YOK1UV4mQhwIQ0PK%2F7j0IXV%2FDSwYG%2BO6C14P4jtPPxi9cZcgJX6w1wqgRp95oA%2FIERHtjow2IRvMmk2U8zQ%3D%3D&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=ea4367d2772a25af0836d9075c4545c46e5aae3e967ef84cb077abd85e8421b5
42. Torres Falguera F. Conocimiento de la fisiología reproductiva y anticonceptivos entre estudiantes universitarios de ciencias de la salud. [Internet]. Universidad de



Castilla la Mancha; 2016. Disponible en:
<https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/10274/TESISTorresFalguera.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

43. Agirrezabala JR, Aizpurua I, Albizuri M, Alfonso I, et al. Participación del paciente en la toma de decisiones. Información farmacoterapéutica de la comarca. Infac [Internet]. 2014;22(3). Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ghhome00/e>

10. ANEXOS
Anexo 1: Cronograma

CRONOGRAMA TFG									
	2019			2020					
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Ener	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
DISEÑO									
Introducción Objetivos									
Marco teórico									
Elaboración encuestas									
Difusión encuestas									
Interpretación resultados encuestas									
ENTREGA/ DEPÓSITO									
Elaboración de la presentación									
DEFENSA									

Anexo 2: Cuestionario Ad-hoc

Buenos días, somos Neus Moltó y Ana Romero, estudiantes de 4º curso de Enfermería en la Universidad Rovira Virgili.

Estamos realizando el Trabajo de Final de Grado (TFG) sobre los métodos anticonceptivos naturales y para ello nos proponemos analizar el conocimiento que tienen los profesionales sanitarios del ASSIR Tarragona, ASSIR Valls y ASSIR Reus, sobre los métodos anticonceptivos basados en el conocimiento de la fertilidad y qué situación ocupan éstos en el asesoramiento contraceptivo.

Para poder ayudarnos con nuestros resultados, nos gustaría contar con vuestra participación en esta encuesta de carácter totalmente anónimo. Muchas gracias.

1. Edad

- a. 22-35 años
- b. 36-45 años
- c. 46-55 años
- d. >55 años

2. Género:

- a. Hombre
- b. Mujer

3. Profesión:

- a. Enfermera/o
- b. Matró/a
- c. Ginecólogo/a

4. Años de experiencia profesional en asesoramiento contraceptivo:

- a. Menos de 5 años
- b. Entre 5 y 10 años
- c. Más de 10 años

5. ¿Con qué frecuencia realizas asesoramiento contraceptivo?

- a. Diariamente

- b. Dos o tres veces por semana como mínimo
- c. Una vez por semana
- d. Unas pocas veces al mes
- e. No suelo realizar asesoramiento contraceptivo

6. De entre los métodos que tienes a continuación, ordena del 1 al 5 los métodos anticonceptivos que más sueles recomendar (1 representa el método recomendado con mayor frecuencia y 5 el recomendado con menor frecuencia).

- a. Píldora
- b. Inyectable hormonal
- c. Implante hormonal
- d. Parche hormonal
- e. DIU hormonal.
- f. Anillo vaginal hormonal.
- g. Diu de cobre
- h. Preservativo masculino
- i. Preservativo femenino
- j. Esterilización definitiva femenina
- k. Esterilización definitiva masculina
- l. Diafragma
- m. Método del calendario o del ritmo
- n. Coitus interruptus.
- o. Amenorrea del amamantamiento
- p. Método de los días fijos
- q. Temperatura corporal basal
- r. Método de los dos días
- s. Método sintotérmico
- t. Método del moco cervical

- 7. ¿Has recibido información sobre métodos naturales, en los entornos educativos que han formado parte de tu formación profesional?**
- Si.
 - No.
- 8. Respecto a la pregunta anterior, en caso afirmativo, ¿dónde ha recibido esa formación?**
- Grado universitario.
 - Especialización en ginecología y obstetricia.
 - Curso externo proporcionado por el centro de trabajo.
 - Otros
- 9. Respecto a la pregunta 7, en caso negativo, ¿le gustaría recibir formación sobre los métodos anticonceptivos naturales?**
- Si.
 - No.
 - Me es indiferente.
- 10. De los siguientes métodos naturales, ¿sobre cuál de ellos consideras que tiene un conocimiento más amplio? (respuesta única)**
- No conozco ninguno.
 - Método del calendario o del ritmo
 - Método de los días fijos
 - Temperatura corporal basal
 - Método de los dos días
 - Método sintotérmico
 - Método del moco cervical

A continuación nos gustaría explorar el conocimientos de los profesionales sanitarios sobre métodos naturales. Para ello, les pedimos que respondan a estas preguntas:

- 11. ¿Cual de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación al método Ogino/Knaus, también llamado método del calendario?**

- a. Para poder utilizar correctamente este método, la mujer debe realizar un seguimiento previo de la duración de sus últimos 3 ciclos menstruales.
- b. La finalidad del método del calendario es determinar el inicio y el final del período fértil de la mujer.
- c. Hay situaciones que pueden dificultar su eficacia, como por ejemplo los cambios hormonales producidos por la edad, un parto reciente, amamantamiento, algunos medicamentos como antibióticos o ansiolíticos, etc...
- d. Se realiza un cálculo matemático teniendo en cuenta tanto el ciclo más corto, como el más largo registrados y que la viabilidad de los espermatozoides es de unos 3 días.

12. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación al método del moco cervical o método Billings?

- a. El moco cervical cambia a lo largo del ciclo menstrual por la acción de los estrógenos y la progesterona.
- b. El moco no-fértil es resbaladizo, lubricado, mojado y tiene un aspecto elástico y transparente.
- c. El día pico indicará a la mujer que la ovulación ya se ha producido o que ocurrirá dentro de las próximas 24-48 horas posteriores.
- d. Después de la ovulación, el moco cervical tendrá una consistencia espesa que impedirá el paso de los espermatozoides.

13. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación al método de la temperatura basal?

- a. El aumento de la temperatura basal se produce entre las 24-48 horas posteriores a la ovulación por el efecto de la progesterona.
- b. El aumento de la temperatura basal oscila entre 0,2 y 0,5°C.
- c. La medición de la temperatura basal puede realizarse en cualquier momento del día y no requiere ninguna consideración especial.
- d. Para la medición de la temperatura, la vía rectal o vaginal son más precisas que la oral.

14. Señale la respuesta CORRECTA en relación al método sintotérmico.

- a. Tiene en cuenta diferentes parámetros y síntomas para determinar el periodo fértil a infértil del ciclo.
- b. Basa sus principios únicamente en la medición de la temperatura basal.
- c. No tiene en cuenta la interpretación del moco cervical.
- d. Todas son correctas.

A continuación, nos interesa saber cómo se realiza el asesoramiento en contracepción:

15. Durante el asesoramiento contraceptivo, el profesional sanitario ha de proporcionar una información...

- a. equilibrada y objetiva.
- b. adaptada al contexto del individuo o la pareja.
- c. utilizando un lenguaje y formato que resulte fácil de entender y de fácil acceso.
- d. Todas son correctas.

16. Durante el asesoramiento en contracepción, el profesional sanitario ha de tener en cuenta...

- a. Solo los factores relacionados con el método.
- b. Solo los factores relacionados con la mujer.
- c. No es necesario tener en cuenta ningún factor.
- d. Tanto los factores relacionados con el método como los relacionados con las preferencias, valores y estado de salud de la mujer.

17. Por su experiencia en la consulta de anticoncepción, ¿qué aspecto valora la mujer cuando demanda asesoramiento o prescripción de un método anticonceptivo natural? (respuesta múltiple)

- a. Que no presentan efectos secundarios.
- b. Motivos culturales y/o religiosos.
- c. Su bajo coste.
- d. No me he encontrado en esta situación.
- e. Otros

- 18. ¿Con qué frecuencia sueles recomendar los métodos anticonceptivos naturales?**
- Diariamente.
 - Dos o tres veces por semana como mínimo.
 - Una vez por semana.
 - Unas pocas veces al mes.
 - No suelo realizar asesoramiento sobre métodos naturales.
- 19. ¿Se siente cómodo/a al informar a la mujer sobre métodos anticonceptivos naturales, durante el asesoramiento contraceptivo?**
- Si
 - No
- 20. Si la respuesta anterior es NO, ¿por qué?**
- Considero que no tengo conocimientos suficientes sobre éstos.
 - Considero que son ineficaces.
 - Porque no me gustan.
 - Otros.
- 21. ¿Cómo se posiciona respecto a los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad o métodos anticonceptivos naturales?**
- Totalmente de acuerdo.
 - De acuerdo
 - Neutral
 - En desacuerdo
 - Totalmente de acuerdo
- 22. ¿Conoce el modelo de Toma de decisiones compartidas (TDC)?**
- Sí
 - No
- 23. Respecto a la pregunta anterior ¿cuál de las siguientes definiciones corresponde al modelo de Toma de Decisiones Compartidas (TDC)?**

- a. En este método, el profesional sanitario informa al paciente (transmite la información) y es el propio paciente quien toma la decisión final de forma independiente, sin ser aconsejado por éste..
- b. Consiste en un intercambio de información entre el paciente y el profesional sanitario, donde éste deberá transmitir una información basada en la evidencia científica y adaptada a la preferencias y valores transmitidos por el paciente, para posteriormente, deliberar conjuntamente sobre las diferentes opciones disponibles y llegar a una decisión consensuada.
- c. En este modelo, el profesional sanitario toma la decisión final decidiendo así por el paciente.

24. ¿Utiliza alguna herramienta de toma de decisiones compartidas durante el asesoramiento contraceptivo?

- a. Nunca.
- b. Casi nunca.
- c. A veces.
- d. Casi siempre.
- e. Siempre.

25. ¿Cómo se posiciona respecto a los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad o métodos anticonceptivos naturales?

- a. Totalmente de acuerdo.
- b. De acuerdo
- c. Neutral
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

26. ¿Le gustaría comentarnos alguna cosa?

Muchas gracias por su participación.

Anexo 3: Tablas de resultados**Tabla 1: Lugar donde los profesionales han recibido formación sobre métodos naturales.**

LUGAR DE FORMACIÓN SOBRE MÉTODOS NATURALES	RESPUESTAS SELECCIONADAS (n) (%)
Grado universitario	n=5 21,7%
Especialización en ginecología y obstetricia	n=18 78,3%
Curso externo proporcionado por el centro de trabajo	n= 7 30,4%
Curso externo libre	n= 7 30,7%

Tabla 2: Métodos anticonceptivos más recomendados por los profesionales.

ANTICONCEPTIVO MÁS RECOMENDADO POR LOS PROFESIONALES	PROFESIONALES (n)(%)
<i>Píldora anticonceptiva hormonal</i>	n=11 44%
<i>Preservativo masculino</i>	n=10 40%

Tabla 3: Respuestas correctas e incorrectas en las preguntas de conocimiento sobre los métodos naturales.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES	RESPUESTAS CORRECTAS (%)(n)	RESPUESTAS INCORRECTAS (%)(n)
Método Ogino/Knaus	44% n=11	56% n=14
Método Billings	88% n=22	12% n=3
Método de la temperatura basal	100% n=25	0%
Método sintotérmico	80% n=20	20% n=5

Tabla 4: Motivos por lo cuales las mujeres demandan los métodos naturales.

MOTIVOS POR LOS CUALES LAS MUJERES DEMANDAN MÉTODOS NATURALES	No presentan efectos secundarios	Motivos culturales y/o religiosos	Su bajo coste	No me he encontrado en esta situación	Otros
Respuestas seleccionadas	n=22 88%	n=8 32%	n=4 16%	0	n=3 12%

(n)(%)					
--------	--	--	--	--	--

Tabla 5: Motivos por los cuales los profesionales no se sienten cómodos al informar a las mujeres sobre los métodos naturales.

	MOTIVOS POR LOS CUALES NO SE SIENTEN CÓMODOS AL INFORMAR SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES				
	No tengo conocimientos suficientes sobre éstos	Son ineficaces	No me gustan	Otros	TOTAL
Profesionales sanitarios	n=4	n=3	n=0	n=4	9
(n)(%)	40%	30%		40%	

Tabla 6: Relación entre las preguntas de conocimiento sobre los métodos naturales y la formación recibida por los profesionales.

		HAN RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS NATURALES		Total
PREGUNTAS SOBRE MÉTODOS NATURLES	ACIERTOS/ ERRORES	SI (n=23)	NO (n=2)	
Ogino-Knaus o método del calendario	ACIERTOS	n=10 (43,5%)	n=1	n=11
	ERRORES	n=13 (56,5%)	n=1	n=14

TOTAL		23	2	25
Billings o método del moco cervical	ACIERTOS	n=20 (87%)	n=2	n=22
	ERRORES	n=3 (13%)	n=0	n=3
TOTAL		23	2	25
Temperatura basal	ACIERTOS	n=23 (100%)	n=2	n=25
	ERRORES	n=0	n=0	n=0
TOTAL		23	2	25
Método sintotérmico	ACIERTOS	n=19 (82,6%)	n=1	n=20
	ERRORES	n=4 (17,4%)	n=1	n=5
TOTAL		23	2	25

Tabla 7: Relación entre la opinión de los profesionales sobre los métodos naturales y la frecuencia en que los recomiendan.

POSICIONAMIENTO SOBRE LOS MÉTODOS	FRECUENCIA RECOMENDACIÓN DE LOS MÉTODOS NATURALES					TOTAL
	Diariamente	2-3 veces por	1 vez por semana	Unas pocas veces al	No suelo realizar asesoramiento	

Métodos anticonceptivos naturales y su asesoramiento en consulta

NATURALES	<i>(n)(%)</i>	<i>semana como mínimo</i> <i>(n)(%)</i>	<i>n)(%)</i>	<i>mes</i> <i>(n)(%)</i>	<i>o</i> <i>(n)(%).</i>	
<i>Totalmente de acuerdo</i>		n=3 (33,3%) (75%)		n=3 (33,3%) (33,3%)	n=3 (33,3%) (25%)	n=9
<i>De acuerdo</i>		n=1 (33,3%) (25%)		n=1 (33,3%) (11,1%)	n=1 (33,3%) (8,3%)	n=3
<i>Neutral</i>				n=3 (33,3%) (33,3%)	n=6 (66,7%) (50%)	n=9
<i>Desacuerdo</i>				n=2 (50%) (22,2%)	n=2 (50%) (16,7%)	n=4
<i>En total desacuerdo</i>						
TOTAL		4		9	12	25

Tabla 8: Relación entre los profesionales que realizan asesoramiento contraceptivo diario y la frecuencia en que recomiendan los métodos naturales.

	FRECUENCIA DE RECOMENDACIÓN DE MÉTODOS NATURALES					Total
	(n)(%)					
	<i>Diariamente</i>	<i>2-3 veces por semana como mínimo</i>	<i>Una vez por semana</i>	<i>Unas pocas veces al mes</i>	<i>No suelen realizar asesoramiento</i>	
PROFESIONALES QUE REALIZAN ASESORAMIENTO CONTRACEPTIVO DIÁRIO		n=4 (26,7%)		n=7 (46,7%)	n=4 (26,6%)	15

Tabla 9: Relación entre los profesionales que realizan asesoramiento contraceptivo diario y el porcentaje de aciertos en las preguntas sobre conocimiento.

	% y x/4 aciertos en las preguntas sobre métodos naturales				Total
	25% (1/4) aciertos	50% (2/4) aciertos	75% (3/4) aciertos	100% (4/4) aciertos	
ASESORAMIENTO CONTRACEPTIVO DIÁRIO	n=1 (6,7%)	n=1 (6,7%)	n=10 (66,7%)	n=3 (20%)	15

Tabla 10: Relación entre los dos métodos naturales que los profesionales aseguran conocer más y las preguntas de conocimiento de dichos métodos.

MÉTODOS QUE LOS PROFESIONALES CREEN TENER UN CONOCIMIENTO MÁS AMPLIO	ACIERTO en la pregunta sobre el método (n)(%)	ERROR en la pregunta sobre el método (n)(%)	TOTAL
<i>Ogino-Knaus o calendario</i>	n=3 (11,%)	n=5 (62,5)	8
<i>Sintotérmico</i>	n=8 (88,9%)	n=1 (11,1%)	9
TOTAL	11	6	17

Tabla 11: Relación entre la formación recibida por los profesionales y el porcentaje de aciertos en las preguntas de conocimiento.

FORMACIÓN	% DE PREGUNTAS CORRECTAS (X/4)				TOTAL
	25% (1/4)	50% (2/4)	75% (3/4)	100% (4/4)	
No han recibido formación		n=1 (50%)		n=1 (50%) (10%)	n=2
Han recibido formación en grado y especialización		n=2 (15,4%)	n=6 (46,2%)	n=5 (38,4%)	n=13

			(54,5%)	(50%)	
Han recibido formación extra en cursos externos		n=1 (10%)	n=5 (50%) (45,5%)	n=4 (40%) (40%)	n=10
TOTAL		4	11	10	25

Tabla 12: Relación entre los años de experiencia y el uso de la TDC en la consulta de anticoncepción.

	USO DE LA TDC DURANTE LA CONSULTA DE ANTICONCEPCIÓN					TOTAL
	(n)(%)					
AÑOS EXPERIENCIA EN ASESORAMIENTO	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
5 años		n=1 (4%)		n=1 (4%)	n=1 (4%)	3
5-10 años	n=2 (8%)	n=1 (4%)		n=3 (12%)		6
> 10 años	n=1 (4%)	n=1 (4%)	n=3 (12%)	n=9 (69.2%)	n=2 (4%)	16
TOTAL	3	3	3	13	3	25