

Claudia Corbalán Salazar

Sara López Lumbreras

Aspectos que influyen en las mujeres, a la
hora de elegir un método anticonceptivo- en
España

TRABAJO FIN DE GRADO ENFERMERÍA

Dirigido por: Dra. María Inmaculada De Molina Fernández

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Facultad de enfermería

Coma ruga 2021

Agradecimientos

En primer lugar, queremos dar las gracias a nuestra tutora, la Dra. María Inmaculada De Molina por guiarnos y ayudarnos durante todo el proceso de realización del trabajo.

También, dar las gracias a Francesc Valls por ayudarnos y orientarnos en la realización de la parte metodológica.

Finalmente, dar las gracias a nuestras familias por acompañarnos y darnos soporte en los buenos y los malos momentos.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. OBJETIVOS.....	19
3. MARCO TEÓRICO	20
3.1. EVOLUCIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS Y LA MUJER EN EL MUNDO LABORAL	20
3.2 CÓMO REALIZAR EL ASESORAMIENTO PROFESIONAL EN ANTICONCEPCIÓN.....	35
3.2.1. DECISIONES COMPARTIDAS (SHARECONTRACEPT)	38
4. METODOLOGÍA	40
4.1. <i>DISEÑO DEL ESTUDIO</i>	40
4.2. <i>POBLACIÓN DE ESTUDIO</i>	40
4.3. <i>INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN</i>	41
4.4. <i>VARIABLES DE ESTUDIO</i>	42
4.5. <i>ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL ESTUDIO</i>	42
5. RESULTADOS	44
6. DISCUSIÓN.....	52
7. CONCLUSIONES	55
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

9. ANEXOS.....	63
Anexo 1: Cronograma	63
Anexo 2: Selección de preguntas del cuestionario del estudio Sharecontracept	64
Anexo 3: Búsqueda bibliográfica	70
Anexo 4: Material para realización de resultados	73

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1: Clasificación métodos anticonceptivos.....	12
Tabla 2: Financiación autonómica en métodos anticonceptivos	15
Tabla 3: Convivencia en pareja y uso de métodos anticonceptivos	44
Tabla 4: Tiene hijos y uso de métodos anticonceptivos	45
Tabla 5: Número de hijos y uso de métodos anticonceptivos	45
Gráfica 1: Edad y uso de métodos anticonceptivos.....	46
Tabla 6: Nivel de instrucción y uso de métodos anticonceptivos	46
Tabla 7: Grupo laboral y uso de métodos anticonceptivos.....	47
Tabla 8: Situación laboral y uso de métodos anticonceptivos.....	48
Tabla 9: Ingresos y uso de métodos anticonceptivos.....	48
Tabla 10: Porcentajes obtenidos con el programa Jamovi de los factores sociodemográficos y el uso de métodos anticonceptivos	50

ABREVIATURAS

UNFPA: United Nations Fund for Population Activities

OMS: Organización Mundial de la Salud

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo

DIU: Dispositivo Intrauterino

CIMOP: Comunicación, Imagen, Opinión Pública

FPFE: Federación de Planificación Familiar Estatal

SEC: Sociedad Española de Contracepción

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud

ITS: Infecciones de transmisión sexual

MELA: Método de Lactancia por Amenorrea

URV: Universitat Rovira i Virgili

MEC: *Medical Eligibility Criteria for contraceptive use*

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

NIH: National Institutes of Health

TDC: Toma de decisiones compartidas

X²: Contraste de hipótesis

p: Probabilidad de que la diferencia de resultado se deba al azar

Phi/ V de Cramer: Fuerza de asociación

D Cohen: Diferencia entre dos grupos

RESUMEN

Objetivo: Identificar si determinados factores sociodemográficos influyen en las mujeres en el uso y la elección de los métodos anticonceptivos en España

Método: Investigación cuantitativa de diseño observacional, descriptivo. Se analizó una muestra de 895 mujeres que acudieron a la consulta de un clínico, a partir de una demanda o necesidad percibida de asesoramiento anticonceptivo, entre el 1 de julio de 2019 y el 30 de junio de 2020 en el contexto del estudio multicéntrico SHARECONTRACEPT, realizado en 7 comunidades de España.

Resultados: En los resultados obtenidos se observa que es mayor el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres que no conviven en pareja (73,8%) y en las mujeres sin hijos (60,4%). El grupo de edad más joven (edad media= 27,6 años) es el que mayor uso hace de los anticonceptivos, en comparación con edades más avanzadas, es más, entre las estudiantes es mayor el uso de métodos anticonceptivos (siendo el 24,7% de las que sí utilizan), además el uso de métodos anticonceptivos es mayor entre aquellas mujeres con un nivel de instrucción más elevado. El 65% de mujeres que utilizan métodos, llegan con facilidad a fin de mes. Los métodos más utilizados por las usuarias son: el preservativo masculino (66,98%), las pastillas anticonceptivas (18,84%), el implante (17,35%) y el DIU de progesterona (10,64%).

Conclusiones: Los factores sociodemográficos que hemos analizado (edad, paridad, nivel de instrucción, convivencia en pareja y economía) influyen en las mujeres a la hora de escoger el método anticonceptivo. Es importante que el personal sanitario conozca las características sociodemográficas de la/el usuaria/o para poder ayudarle a elegir el método que mejor se adapte a sus preferencias y/o necesidades.

Palabras clave: Métodos anticonceptivos, sexualidad, embarazos no planificados, planificación familiar e infección de transmisión sexual

ABSTRACT

Objective: To identify whether certain sociodemographic factors influence women's use and choice of contraceptive methods in Spain.

Method: Quantitative research of observational, descriptive design. A sample of 895 women who attended a clinician's office, based on a demand or perceived need for contraceptive counseling, was analyzed between July 1, 2019 and June 30, 2020 in the context of the multicenter study SHARECONTRACEPT, conducted in 7 communities in Spain.

Results: The results obtained show that the use of contraceptive methods is higher among women who do not live with a partner (73.8%) and among women without children (60.4%). The younger age group (mean age = 27.6 years) is the one that makes the greatest use of contraceptives, compared to older ages; moreover, among female students the use of contraceptive methods is higher (24.7% of those who do use contraceptive methods), and the use of contraceptive methods is higher among women with a higher level of education. Sixty-five percent of women who use methods easily make ends meet. The methods most commonly used by users are: the male condom (66,98%), the contraceptive pills (18,84%), the implant (17,35%) and the progesterone IUD (10,64%).

Conclusions: The sociodemographic factors that we have analyzed (age, parity, level of education, cohabitation with a partner, and economic status) influence women's choice of contraceptive method. It is important for health personnel to know the sociodemographic characteristics of the user in order to help her choose the method that best suits her preferences and/or needs.

Keywords: Contraceptive methods, sexuality, unplanned pregnancy, family planning, and sexually transmitted infection

1. INTRODUCCIÓN

En el reino animal la sexualidad está supeditada a los ciclos de fecundidad, ya que las hembras solo se acercan a los machos para copular durante los períodos fértiles. Lo mismo sucedía con la especie humana hasta que hace miles de años la hembra separó el deseo sexual de sus ciclos fértiles, acercándose al macho aun estando embarazada, cosa que ninguna otra hembra del reino animal hubiera hecho. Estos cambios de comportamiento sexual aparecen plasmados en las paredes de cuevas habitadas por humanos durante el período del Paleolítico Superior. En las imágenes más antiguas la sexualidad siempre estaba relacionada con la fecundación, sin embargo, en las pinturas posteriores se puede observar que esta sexualidad se relaciona con la seducción, el placer e incluso con la exploración de objetos sexuales ¹.

En lo que se refiere a la natalidad, su control se lleva dando desde el momento en el que las sociedades comprendieron que el mantenimiento de todos los niños que nacían excedía de sus posibilidades. Para controlarla, se han ido utilizando diversos sistemas ¹.

Según la United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), el acceso a una planificación familiar segura y voluntaria refuerza varios derechos humanos, entre ellos el derecho a la vida y a la libertad ^{2,3}. La planificación familiar consta de información, medios y métodos que permiten a las personas decidir si quieren tener hijos, cuántos quieren tener y el intervalo de tiempo entre estos. Esto incluye una amplia gama de métodos anticonceptivos a escoger, así como información sobre el embarazo voluntario y tratamientos de la infertilidad ³.

Los métodos anticonceptivos son aquellas acciones, dispositivos o medicamentos que tienen como finalidad impedir un embarazo ⁴, evitan embarazos no deseados, reduciendo el número de abortos, disminuyendo la incidencia de la mortalidad y las discapacidades relacionadas con complicaciones del embarazo y el parto ³.

Encontramos una gran variedad de métodos anticonceptivos en el mercado y hay diferentes maneras para clasificarlos. La que presentamos a continuación (Tabla 1) es, tal vez, una de las más habituales. Esta clasificación se basa en la capacidad de reversibilidad de cada fármaco, y, dentro de los no reversibles, en hormonales y no hormonales ⁵.

Métodos irreversibles	Métodos reversibles No hormonales	Hormonales
<ul style="list-style-type: none"> · Ligadura tubárica / salpingectomía · Vasectomía 	<ul style="list-style-type: none"> · Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (Temperatura basal, Método del moco cervical, Método sintotérmico, Método MELA, Método Ogino) · Métodos de barrera: Preservativo masculino y femenino, Diafragma, Capuchones cervicales, Espermicida. · Dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre. · Método interrumpido: Coito interrumpido 	<ul style="list-style-type: none"> · Anticonceptivos hormonales combinados: Anticoncepción hormonal combinada oral, Parche transdérmico, Anillo vaginal. · Anticonceptivos con sólo gestágenos: Minipíldora de solo gestágenos, Inyectable de medroxiprogesterona, Implante subdérmico, Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel.

Tabla 1: Clasificación métodos anticonceptivos

Fuente: ESSURE, NUEVO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. NUESTRA EXPERIENCIA EN UN AÑO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. (Artículo de revisión) (5)

Un mal uso de los métodos anticonceptivos puede llevar a un embarazo no deseado, ya sea por un uso inconsciente y/o un uso de métodos relativamente ineficaces, o por el abandono o desuso de los métodos anticonceptivos ⁶. El hecho de que muchos adolescentes que inician sus relaciones sexuales no estén bien preparados y que la edad de inicio sea cada vez menor, tiene como consecuencia embarazos no deseados e interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) ^{7,8}.

Tal como señala el estudio sobre las IVE en población adolescente y juventud temprana del Instituto de Investigación “Comunicación, Imagen, Opinión Pública” (CIMOP), un aspecto particularmente relevante, no sólo entre jóvenes, sino también entre mujeres

con bajo nivel social y/o cultural, es la “falta de capacidades para la negociación del uso de anticonceptivos con sus parejas sexuales, dentro de un marco de muchas carencias de competencias de género para la interacción sexual”⁸. Las características personales y los comportamientos sexo-reproductivos son claves en los embarazos no planificados, pero hay factores que favorecen estos embarazos como: menor nivel de estudios, no uso de métodos en el primer coito, descontrol del seguimiento en la consulta de anticoncepción, conflictos en la familia/pareja y una estructura familiar diferente a la habitual⁹. La falta de capacidad de negociación del uso del preservativo masculino, el miedo a la exposición a un rechazo por parte de la pareja sexual, o situaciones de vulnerabilidad determinadas por la edad o el estatus migratorio, constituyen un elemento de gran importancia en el comportamiento anticonceptivo. Estos datos corroboran las importantes carencias en materia de información y de consejo asistido, ya que, si bien muchas personas consideran que tienen suficiente información para prevenir un embarazo no deseado, afirman “no disponer de toda la información o una información de calidad sobre anticonceptivos” y “sienten que su uso no ha sido fruto de una elección meditada ni acompañada por personal profesional”⁸.

La experiencia negativa con algún método anticonceptivo en concreto (efectos secundarios, coste, etc.) podría llevar a la mujer a cambiar de método a otro que se adapte mejor a sus necesidades, así como la experiencia previa de un embarazo no planificado puede llevar a una mujer a cambiar a métodos más efectivos⁶. Se ha podido comprobar que aquellas mujeres que ya se han sometido a un aborto acaban optando en mayor proporción a los anticonceptivos reversibles de acción prolongada¹⁰.

Alrededor del 35% de los embarazos de España en 2015 fueron no deseados, el 26% de los mismos se dieron en mujeres de entre 30 y 34 años. El embarazo no deseado conlleva un alto coste, siendo que la mayor parte de estos son prevenibles, hay que tratar la etiología del problema. Se ha podido comprobar que el 69% de estos embarazos serían consecuencia de una mala adherencia al tratamiento escogido¹¹.

La mayoría de las mujeres que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo refieren haber utilizado un método anticonceptivo, lo que demuestra la falta de adherencia a los mismos¹⁰.

El asesoramiento profesional en anticoncepción, en diferentes escenarios y etapas de la vida, es menor al recomendado por las guías de asistencia en salud pública, y son habitualmente la/os usuaria/os la/os que acuden a la consulta y expresan su deseo de usar métodos anticonceptivos¹⁰. Durante el asesoramiento en contracepción, los

profesionales clínicos deben proporcionar toda la información necesaria sobre los diferentes métodos de planificación velando por una sexualidad segura y placentera. Pero son la/os usuaria/os la/os que deben tomar la decisión en base a sus necesidades, preferencias y valores, lo que facilitará una mayor adherencia al método anticonceptivo escogido ^{7,8}.

En un estudio sobre uso de anticonceptivos y embarazos no deseados realizado en Brasil en el año 2010, se comprobó que los embarazos no deseados eran más habituales en mujeres con un menor seguimiento en consulta y con un uso más irregular de los métodos, además, también se constató un menor número embarazos en mujeres que utilizaban el “doble método” (uso de dos métodos anticonceptivos al mismo tiempo). El vínculo de las mujeres con un servicio de planificación familiar es un factor que posibilita mayor autonomía en las decisiones anticonceptivas y mayor garantía de uso adecuado de los métodos. Se confirma que, frecuentando regularmente la unidad de salud, el acceso a la información de calidad aporta más garantías de prevención de embarazo no planificado ¹².

La UNFPA y OMS afirman que, el hecho de que las mujeres puedan acceder a esta información sobre la anticoncepción es muy importante, ya que, cuando se empodera a la mujer para poder planificar si quieren o no hijos esto repercute positivamente en las posibilidades de acabar su formación académica. Esto se traduce en mayores oportunidades de educación y, con ello, el poder acceder a un buen trabajo, aumentando su autonomía en el hogar y su poder económico ^{2,3}.

Nuria Legazpe del Departamento de Economía Española e Internacional, Econometría, Historia e Instituciones Económicas, Facultad de Ciencias Sociales-Cuenca, realizó un estudio sobre la mujer, el trabajo y la familia en España en el que constató que el aumento de la participación femenina en el mundo laboral ha afectado especialmente a la natalidad ¹⁴.

La economía es un aspecto muy importante a tener en cuenta cuando una mujer va a escoger un método anticonceptivo, ya que en función de su economía podrá o no costearse ciertos métodos. La Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud en España establece la necesidad de que todos los métodos anticonceptivos sean accesibles a toda la población, pero esta afirmación no es cierta, ya que solo están financiados una parte de los mismos.

FINANCIACIÓN AUTONÓMICA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				
Comunidad autónoma	Preservativo masculino	DIU cobre	Píldora día después (AU)	Implante
Andalucía	-	Sí	Sí	Sí
Asturias	Sí	Sí	-	Sí
Aragón	-	Sí	Sí	-
Baleares	-	-	Sí	-
Canarias	-	Sí	-	-
Cantabria	-	Sí	Sí	Sí
Castilla- La Mancha	-	Sí	-	-
Castilla y León	-	Sí	-	-
Cataluña	Sí	-	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	-	Sí	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí	Sí	-
Galicia	-	Para AU	Sí	-
La Rioja	-	Sí	-	Sí
Madrid	-	-	-	-
Murcia	-	-	-	-
Navarra	Sí	Sí	Sí	Sí

Tabla 2: Financiación autonómica en métodos anticonceptivos

Fuente: El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las comunidades autónomas (Artículo de revisión) (8)

Según una encuesta poblacional de 2014 sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España entre mujeres de 15 a 49 años, el uso de métodos anticonceptivos en el primer coito es referido por el 74%. El menor uso de ellos en la primera relación sexual es referido por las mujeres con ingresos bajos y con nivel primario de escolaridad³⁷. De igual modo, el uso de los métodos anticonceptivos es menos entre aquellas mujeres que conviven con su pareja (26,8%), tal y como refleja la encuesta de la SEC de 2020¹⁰.

Como ocurre con el resto de los fármacos que son financiados por el Sistema Nacional de Salud, en función de los ingresos de las familias, aproximadamente el 50% del coste lo tiene que pagar la usuaria. Se ha constatado que esto supone una especial barrera de acceso a los métodos de larga duración como el DIU, el anillo, el parche y los implantes anticonceptivos, ya sea por no estar financiados, por estar solo a nivel hospitalario o porque existen dificultades en su prescripción. El acceso gratuito a estos métodos en los servicios de salud es muy desigual entre las 17 comunidades autónomas e incluso dentro de una misma comunidad hay diferencias en función de la zona dónde nos encontremos^{8, 18}. Nueve comunidades autónomas disponen de normativas o

programas propios en anticoncepción, en los que se han desarrollado planes específicos o se han revisado y actualizado los antiguos “planes de atención a la mujer” (Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia y Navarra). Las ocho comunidades restantes no disponen de normativa o programas propios sobre anticoncepción, se basan por lo establecido en la Cartera de Servicios del antiguo Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y su correspondiente Plan de atención a la mujer, realizado en los años 80⁸.

En la encuesta presentada por la SEC también se comprobó que existe relación entre el nivel de estudios y el uso de anticonceptivos, un 35,4% de las mujeres con estudios primarios refleja no emplear nada y un 26,7% de las que presentaban títulos universitarios, indicaron no hacer uso de ellos^{12,15, 17 18}.

En otro estudio se valoró que el grado de utilización de los métodos no está tan marcado con el nivel de estudios, sino con el tipo, siendo mayores las probabilidades de maternidad en las mujeres pertenecientes a los campos de la salud y la educación. A esto se añade que la escolaridad también ha facilitado a las mujeres la capacidad de decidir e integrarse en el mercado laboral, como también ha provocado una mayor continuidad de la formación académica que retrasa la estabilidad familiar¹⁴.

Ante este panorama, hay mujeres que deciden no tener hijos, como es el caso de Karin Rius, en su entrevista en la BBC explicó que su decisión de no querer hijos la tomó junto a su pareja, al graduarse en ingeniería civil, para así poderse dedicar a su trabajo¹⁹.

Como hemos podido ver hasta ahora a través de los artículos y estudios mencionados anteriormente, factores como la economía, la formación y ocupación pueden ser aspectos que influyen en la mujer a la hora de elegir el método anticonceptivo, pero la edad también cumple un papel importante en esta elección. En el estudio sobre uso de anticonceptivos y frecuencia de embarazos no planificados respecto al programa de planificación familiar realizado en Brasil en el año 2010, se refleja que la edad de la mujer influye en el conocimiento, la elección y la forma de usar los anticonceptivos. A menor edad, menor control sobre poder quedar embarazada ya que, hay mayor número de relaciones sexuales esporádicas, menor percepción de riesgo de poder quedar embarazadas y/o dificultad para acceder a la información y los diferentes métodos de anticoncepción que existen^{9,12}.

Según la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, cada vez son más habituales las relaciones esporádicas con diversas personas siendo la edad un factor que influye también en este tipo de relaciones ya que, cada vez es más temprana la edad de inicio

en las relaciones sexuales²⁰. Hay estudios que avalan que más información garantiza una mayor seguridad en las relaciones sexuales en cambio, otros señalan que ya no es la información que se tiene sino el uso que se da de esta. Hay que tener en cuenta que no todas las fuentes son fiables y si los jóvenes acceden a información no veraz esto puede llevar a una falsa seguridad y con ello, un aumento del riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o embarazos no deseados. Por todo esto, es muy importante empezar temprano a tratar el tema de la sexualidad y todo lo que conlleva, estableciéndose la edad para comenzar con ello entre los 10 y los 13 años²¹.

Los profesionales sanitarios ofrecen atención y seguimiento a la salud reproductiva de la población ofreciendo, entre otros, recursos e información en anticoncepción para que puedan disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias sin temor a embarazos no deseados. El acceso a este servicio de asesoramiento es un elemento clave para que la usuaria/o pueda elegir el método más adecuado a su realidad, basándose en una toma de decisiones informada, respecto a su vida reproductiva⁸.

Los profesionales sanitarios permiten atención y seguimiento de la salud reproductiva mediante la prestación en anticoncepción, que tiene como objetivo facilitar información y ofrecer los medios que permitan decidir a las personas, con relaciones heterosexuales, el momento y el número de hijos que desean tener, al tiempo que disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias sin temor a embarazos no deseados. El acceso factible e informado a las distintas opciones anticonceptivas es un elemento clave para hacer efectivo el derecho de cada persona a tomar decisiones respecto a su vida reproductiva⁸. Por lo tanto, es necesario que los profesionales den una información adecuada sobre cada uno de los métodos anticonceptivos, de modo que la elección sea informada y objetiva, teniendo en cuenta las características de los usuarios. Esta información debe incluir: el correcto uso del método, eficacia contraceptiva, cómo funciona, efectos secundarios, riesgos y beneficios del uso e información sobre el retorno a la fertilidad y sobre las ITS. El objetivo principal del consejo contraceptivo es que la mujer obtenga los conocimientos suficientes para optar por el método anticonceptivo más apropiado a sus características y a las de su pareja, teniendo en cuenta su deseo de evitar embarazos no deseados. El profesional de enfermería es el personal sanitario más cercano a las mujeres y puede influir en la decisión que ésta tome, para ello, debe tener herramientas de fácil manejo y siempre basadas en las últimas evidencias científicas disponibles, que faciliten el asesoramiento, la información y el seguimiento anticonceptivo adecuado²².

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, en su Web Decisions Compartides, promueve la utilización de una Herramienta de Ayuda a la Toma de Decisiones, en anticoncepción para facilitar, entre otros, la elección informada del método anticonceptivo. La han desarrollado un grupo de investigadoras de los Departamentos de Enfermería y Medicina de la Universitat Rovira i Virgili (URV) de Tarragona y está actualmente probando su efectividad en la mejora del asesoramiento contraceptivo en consulta, a través de un Proyecto de Investigación en Salud del Instituto Carlos III (P 18/00915) ²⁴.

La Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de IVE, parte de la convicción, avalada por el mejor conocimiento científico, de que una educación afectivo-sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, incluyendo los anticonceptivos de última generación en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, junto con la actualización de los programas y servicios de salud sexual y reproductiva, son el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados ⁸.

La finalidad de esta investigación es determinar la influencia de ciertos factores sociodemográficos en relación con la elección del método anticonceptivo y su utilización.

2. OBJETIVOS

Objetivo general: Identificar si determinados factores sociodemográficos influyen en las mujeres en el uso y la elección de los métodos anticonceptivos en España

Objetivos específicos:

- Analizar si la edad determina la elección del método anticonceptivo en las mujeres
- Determinar si el hecho de tener hijos influye en la elección del método anticonceptivo
- Establecer si convivir en pareja influye en la elección del método anticonceptivo
- Examinar si el nivel económico tiene influencia en la decisión de escoger un método anticonceptivo
- Identificar si el nivel de instrucción u ocupación afecta en la decisión de decir que método usar

3. MARCO TEÓRICO

3.1. EVOLUCIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS Y LA MUJER EN EL MUNDO LABORAL

La sexualidad es el conjunto de condiciones que caracterizan el sexo de una persona e implican aspectos religiosos, económicos, biosociológicos, socioculturales y políticos. Es por ello que la historia de la sexualidad y la anticoncepción es tan antigua como lo es la propia humanidad ³¹.

Se cree que en la prehistoria no existían normas ni regulación de las relaciones que había entre hombres y mujeres, aunque existen estudios que concuerdan en que, dentro de la promiscuidad sí que existían unas pautas. Por otro lado, se cree que la monogamia surgió como método para asegurarse la descendencia.

Tanto en la prehistoria como en la época grecorromana, la sexualidad se vivía de una forma explícita y pública. De hecho, de esa época grecorromana nos han llegado objetos e imágenes que representan actitudes sexuales en las que se pueden mostrar sexo en casa como culto divino ²⁹. Por el contrario, en la Edad Media la representación de la desnudez femenina fue la representación del pecado, próxima a símbolos infernales. Esta época podría ser considerada como la más oscura en cuanto a sexualidad se refiere.

La religión también jugó un papel importante en este ámbito, ya que, por ejemplo, la judeocristiana consideró que la única función de las mujeres era la de procrear y criar a los hijos, reprimiendo también su sexualidad y, la religión cristiana designó la sexualidad como algo impuro. En la religión islámica la sexualidad, a día de hoy, se considera algo impuro ²⁹, pero, en el pasado, esta religión no se oponía a la anticoncepción y el *coitus interruptus* figuraba como método anticonceptivo más mencionado por el profeta ³⁰.

En cuanto a la sociedad oriental y la hindú la idea de sexualidad avanzó, mientras que en Europa el sexo era un tabú. En zonas de oriente se reproducían escenas del Kamasutra talladas en templos y libros de educación sexual, dando al sexo una normalidad dentro de la vida cotidiana ²⁹

Sociedades como la egipcia han dejado huella, con escenas sexuales, así como descripciones, procesos, enfermedades y tratamientos de reacciones y procesos biológicos relacionados con el sexo ^{29, 31}.

Es curioso cómo en las épocas predecesoras a estas, la sexualidad se vivía de una forma más pública y liberal, en las que el concepto del sexo se llevaba más allá de la reproducción ²⁹.

Si pasamos a analizar la evolución de la anticoncepción, la primera referencia griega sobre la anticoncepción se encuentra en el libro *Historia Animalium* de Aristóteles, del siglo IV antes de Cristo, en el que se habla del uso de aceite de cedro, ungüento de plomo, o incienso mezclado con aceite de oliva como métodos que impiden la concepción evitando el paso del semen al interior del útero ³⁰.

La mención más antigua en un texto chino explicaba que el consumo de aceite y mercurio frito y una pastilla tan grande como una semilla de yuyuba con el estómago vacío, podía evitar la concepción para siempre ³⁰.

En 1677 se descubrió que el pH de una solución de semen (pH alcalino) disminuye al añadir vinagre (pH ácido) y, por tanto, los espermatozoides perdían su eficacia en medio ácido ³⁰. El primer avance en espermicidas se manifestó en 1885, cuando se descubrió el primer óvulo anticonceptivo sobre una base de quinina y manteca de cacao, en este siglo también se inició la idea de la colocación de un limón exprimido en el fondo de la vagina cuyo jugo actuaría como espermicida. A finales del siglo XIX se propusieron los tapones de manteca de ácido bórico y manteca de cacao en Norteamérica ³⁰.

En Egipto se comenzó a dar uso a los primeros preservativos masculinos, entonces manufacturados con intestino animal, fundas de tela, vejigas natatorias de pescado o vejigas de cabra ^{29, 31}. También se elaboró el primer texto médico del que se tiene noticia, *El Papiro de Petri*, de 1850 antes de Cristo, donde figuraban recetas anticonceptivas, una de ellas aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, otra consistía en una irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio natural. El segundo texto importante, *El Papiro de Ebers*, contiene la primera referencia a un tapón de hilaza medicado con hilas de lino impregnadas en jugo de ácido, y una receta de brotes de Acacio con miel en la vulva para evitar la concepción durante 2 o 3 años ^{30, 31}.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX se comienza a dar importancia a la sexualidad en Europa²⁹. A raíz de esta importancia que la sexualidad adquirió se avanzó mucho en cuanto al desarrollo de anticonceptivos. Podemos ver que en 1870 aparece el primer preservativo de caucho, de poca calidad y poco práctico, hasta que en 1930 aparece el condón de látex, más fino y sólido y, en 1882 se comunicó la primera definición detallada del diafragma moderno³⁰. Hasta la aparición del preservativo de caucho se utilizaban los preservativos manufacturados con intestino de animal, cosidos cuidadosamente en una extremidad, mientras que la otra tenía una cinta que permitía tenerlos apretados una vez colocados. En cuanto al tamaño se refiere, medían 34 milímetros y actualmente miden entre 18 y 52 milímetros. Se cree que antiguamente antes de utilizarlos se sumergían en leche tibia para que se ablandaran. Según los expertos esos preservativos los utilizaban los hombres que mantenían relaciones sexuales con diversas mujeres con la finalidad de prevenir ITS, especialmente la sífilis. Estos preservativos eran muy caros y, por ello, se reutilizaban³¹.

En el caso del DIU su origen es desconocido, se cree que alrededor del 1863, donde se les llamaban elevadores porque su finalidad era la de elevar un útero retroverso, compuestos por Zinc y Cobre. Es en 1909 cuando se fabricó el primer DIU, un anillo de tripa de seda de gusano³⁰.

En 1932 y 1933 Japón y Austria descubrieron que sólo unos días son fértiles en el ciclo de la mujer en los cuales, si se evita mantener relaciones sexuales, podía regularse la natalidad. Este método adquirió gran relevancia hasta que en 1960 que se desarrolló en Estados Unidos el primer anticonceptivo hormonal oral bajo el nombre de "Envoid", que se comercializó masivamente^{29, 31}. Otros métodos como el método de la temperatura basal y el método modificado basado en la secreción de *mucus*, también fueron desarrollados durante este siglo, así como la vasectomía, que viene practicándose desde 1940³¹.

En cuanto a la figura de la mujer, hubo un tiempo en el que las sociedades eran matriarcales con la imagen de la mujer como pieza clave en la sociedad, pero con el paso del tiempo, esta imagen se fue modificando y la imagen del hombre comenzó a adquirir relevancia, hasta que la mujer perdió sus privilegios.

Durante los siglos XVIII y XIX en Europa la mujer se dedicaba al hogar o al convento, pero según avanzaba el siglo XX, el papel de la mujer comienza a tener más relevancia

con la aparición del movimiento feminista y el uso de métodos anticonceptivos, retirando la idea de que la única función femenina era la de reproducirse ^{29, 31}.

En la década de los años 40, muy pocas mujeres tenían un trabajo remunerado fuera de sus hogares, sobre todo las que estaban casadas, ya que más del 80% de las trabajadoras de esa época estaban solteras. Al casarse dejaban su trabajo y su carrera profesional, para dedicarse al hogar y al cuidado de su familia, dado que no estaba bien visto que una mujer casada trabajara fuera de casa ²³.

La proclamación de la Constitución Española en 1978 fue el punto de partida para poder empezar a superar las desigualdades por razón de sexo, concretamente es en el artículo 14 en el que se proclama el derecho a la igualdad y la no discriminación por sexo ²³.

En 1979 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Convención para la eliminación de toda forma de discriminación contra las mujeres y, en 1983, en España las mujeres comenzaron a incorporarse en el mercado laboral masivamente ²³. La tasa de actividad pasó a ser del 32,4% al 44,78% en el año 2019 en España ¹³.

Millán Vázquez de la Torre, M et al, realizaron un estudio titulado Análisis del mercado laboral femenino en España: evolución y factores socioeconómicos determinantes del empleo en 2015, y concluyeron que las mujeres que tienen mayor probabilidad de tener un empleo son aquellas que tienen un nivel educativo superior, son más jóvenes y no tienen hijos. Estos trabajos suelen ser especialmente a media jornada y pertenecientes al sector terciario ²³.

Otros estudios también comprobaron que, la tasa de empleo femenina cae en picado cuando la mujer empieza a tener hijos. Solamente el 48,6% de las mujeres españolas que trabajan y tienen hijos menores de 12 años pueden compatibilizar el trabajo a jornada completa con la educación de sus hijos, frente al 51,4% restante que trabaja a jornada completa y no tiene hijos pequeños. Se ha podido observar que, conforme aumenta el número de hijos, la tasa de empleo femenino disminuye casi al 19%. En los resultados del estudio se ve como el número de hijos es una variable que influye de manera negativa en las mujeres para poder encontrar empleo ²³.

Si pasamos a analizar el factor económico, algunos estudios afirman que la economía es uno de los obstáculos más importantes a la hora de que las mujeres usen métodos anticonceptivos más modernos y eficaces ⁸. Cabe destacar el incremento de mujeres

que no usan ningún método anticonceptivo entre quienes tienen menor nivel de ingresos (33,9%). El uso consistente del preservativo masculino es más habitual entre las mujeres españolas, las que tienen estudios primarios y aumenta a menor nivel de ingresos familiares ¹⁶.

De hecho, si se observa a las mujeres en edad fértil sin hijos, más de la mitad se encuentra económicamente activa, mientras que, si se observa a las que tienen 3 hijos o más, la mitad no participa en el mercado laboral ¹⁵. En Brasil en 2010, se pudo constatar que cuantos más hijos se tienen, menor uso les da a los métodos anticonceptivos ¹².

Un estudio realizado por la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE) arrojó que las dificultades económicas para el acceso a ciertos métodos anticonceptivos llevaron a algunas comunidades autónomas a financiar los anticonceptivos con presupuestos propios. Esto ha producido diferencias entre las comunidades autónomas; modelos diferentes de financiación y desigualdad que las mujeres sufren dependiendo del sitio donde vivan. Todos los estudios realizados han demostrado que uno de los obstáculos más importantes para que las mujeres utilicen anticonceptivos modernos y eficaces es el económico ⁸. Algunos hechos como que la maternidad conlleva una carga económica, así como que la mujer ya no se dedica exclusivamente al hogar llevan a que cada vez son más las mujeres que deciden no tener hijos, es más, las mujeres sin hijos tienden a tener una renta más alta y una mayor formación académica, factores que pueden influir en la elección del uso de métodos anticonceptivos ¹⁴.

Hoy en día la sexualidad ocupa un lugar importante en la vida cotidiana, aunque existen todavía algunas culturas que mantienen ciertos pensamientos religiosos en contra de esta sexualidad y con desigualdades sexuales y sociales. Por ejemplo, tribus como la del Sumatra, en Indonesia, utilizan una sustancia rica en ácido tánico que se coloca en la vagina antes del coito, y en la Guayana Francesa utilizan las vainas de unas frutas que imitan la función del preservativo ^{29,31}.

El hecho de que ahora la mujer pueda ser escuchada en casi todas las culturas, tanto en ámbito médico como en ámbito social, permite un abordaje más completo en la educación sexual y permite a las mujeres decidir en cuanto a su sexualidad ²⁹. Por otro lado, la historia de la anticoncepción nos permite comprobar que, independientemente de las costumbres y creencias, todas las sociedades se han visto en la necesidad de hacer uso de ellas ³⁰.

Actualmente existe una gran variedad de métodos anticonceptivos en el mercado que permiten vivir la sexualidad libremente, controlar las ITS, planificar el número de hijos y cuándo tenerlos ²³. A continuación vamos a describir los diferentes tipos de métodos anticonceptivos que hoy en día existen en el mercado y que las mujeres pueden usar para prevenir embarazos e ITS. Estos métodos son los siguientes:

MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Son aquellos métodos que se basan en identificar el día del ciclo menstrual en el que ovula la mujer, mejorando el autoconocimiento y la comprensión de los ritmos biológicos para poder regular o evitar el embarazo. Se identifica los días fértiles observando algunos signos o con algunos kits específicos, marcando los días en los que se puede practicar el coito sin que haya riesgo de embarazo ²⁶.

Método Ogino

Consiste en no mantener relaciones sexuales durante los días en que la mujer está en los días fértiles, siendo estos el día en el que ovula (corresponde con la mitad del ciclo, el día 14 aproximadamente) 5 días antes y 3 días después del día de la ovulación.

Antes de empezar con este método, se tiene que hacer un registro detallado de la duración de los ciclos de la mujer, al menos durante 1 año. En los cálculos, el día 1 es el primero del periodo.

Para hacer el cálculo de los días en que no es seguro mantener relaciones sexuales, se debe restar 18 del número de los del ciclo más corto y 11 del más largo, de esta manera se obtienen 2 cifras que corresponden a los días entre los cuales no es seguro practicar el coito.

Pero hay que tener en cuenta que hay diversos factores que pueden alterar los ciclos menstruales, aunque sean muy regulares, como por ejemplo el estrés, los cambios de peso, el parto y los cambios hormonales naturales ²⁶.

Método Billing

También conocido como método de inspección del moco cervical, este método consiste en inspeccionar el moco o flujo cervical, ya que en el cuello del útero se produce este moco que varía en aspecto y consistencia durante el ciclo menstrual.

Durante la ovulación, el flujo es más abundante, transparente, pegajoso y elástico, durante el resto del ciclo es de un color más amarillo y espeso o directamente no hay moco.

No es un método muy fiable, ya que es bastante difícil determinar la consistencia del moco/flujo y por ello, tampoco es fácil establecer una relación con los días fértiles ²⁷.

Método de la temperatura basal

Durante los días fértiles de la mujer, la temperatura corporal aumenta después de la ovulación, alrededor de 0,5 grados y desciende cuando se inicia el periodo siguiente. Este aumento de temperatura indica el período fértil, suele durar unos 3 días aproximadamente.

Este método consiste en tomarse la temperatura todos los días al despertarse, siempre en el mismo lugar y anotarlo en una hoja.

Los días en los que no se deben mantener relaciones sexuales van desde el último día de la menstruación hasta que la temperatura haya aumentado durante 3 días consecutivos ^{26,27}.

Método sintotérmico

Consiste en combinar el método de la temperatura basal, el método Billing, la posición y apertura del cérvix. Este método tiene mayor fiabilidad si se consulta con un profesional de la salud que aconseje a la persona ^{26,27}.

Método ciclotérmico

Consiste en combinar la duración del ciclo con las características que éste tiene. Al ciclo más corto de los 6 meses anteriores se le deben restar 19 días para poder saber el inicio de la fase fértil. Para poder saber el final de esta fase se deben aplicar las normas del método de la temperatura basal ³⁵.

Método mucotérmico

Este método consiste en combinar el método Billing (para conocer el inicio de la fase fértil) y el método de la temperatura basal para reconocer el final de la fase.

Hoy en día hay una amplia gama de monitores de la fertilidad que permiten ayudar en el control y seguimiento de los síntomas a lo largo del ciclo. Estos permiten determinar los días fértiles y los no fértiles, por ello, se pueden usar tanto para evitar un embarazo como para propiciarlo ³⁵.

Método MELA

Es el método lactancia - amenorrea, está basado en la falta del período que se establece durante la lactancia. La regla desaparece debido a la producción de la hormona llamada Prolactina, responsable de fabricar la leche materna y, aparte, interfiere en la función de los ovarios, por tanto, impide la ovulación y así, el embarazo.

Para ello, la mujer debe estar exclusivamente alimentando a su hijo con leche materna, no haber sufrido ninguna pérdida de sangre durante el puerperio (el sangrado se considera siempre que sangre después de 10 o más días después de dar a luz) y el niño no debe tener más de 6 meses.

Solo debe ser hasta los 6 meses, ya que la demanda del niño de leche es muy frecuente y por eso los niveles de la hormona prolactina son altos. Al pasar estos 6 meses, el bebe ya no tiene una demanda tan alta y se empiezan a introducir alimentos externos, por tanto, los niveles de esta hormona disminuyen ³⁴.

MÉTODOS BARRERA

Son aquellos métodos que impiden que el esperma entre en el útero, evitando así la unión del óvulo con el espermatozoide.

Preservativo masculino

Consiste en una funda de goma de látex o poliuretano que se coloca sobre el pene cuando este está en erección quedando totalmente cubierto, esto impide que el semen pase a la vagina. Es fácil y seguro si se usa correctamente. Además, si se usa junto a productos espermicidas (cremas, geles, óvulo vaginal, etc.) aumenta su seguridad. No es aconsejable usar lubricantes a base de aceite, como por ejemplo la vaselina, ya que pueden hacer que el preservativo se dañe y/o se rompa. Los lubricantes a base de agua y los de silicona si se pueden usar.

Sus fallos se dan cuando no se utiliza correctamente, se rompe, no se retira el pene justo antes de finalizar la erección y el preservativo queda dentro de la vagina. Siempre

debe colocarse antes de la penetración, ya que antes de la eyaculación se expulsan unas gotas que pueden contener espermatozoides y, por tanto, producirse un embarazo. Cuando se retira el preservativo hay que comprobar que no esté roto.

Como ventajas, podemos decir que son el mejor método que hay para prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Son de un solo uso y no tienen ningún efecto secundario ni hay contraindicaciones para usarlo. Además, se pueden utilizar sin que un médico los prescriba y se pueden comprar sin receta. Deben guardarse en un sitio que sea fresco y seco.

Si hay alergia al látex o se produce alguna irritación local, se pueden usar los de poliuretano ²⁷.

Preservativo femenino

Consiste en una especie de bolsa cilíndrica que puede ser de poliuretano o de nitrilo que, cuando se coloca, toda la vagina queda recubierta. En el extremo cerrado de la bolsa tiene un anillo interior, facilitando su colocación, ya que se introduce como si fuera un tampón e impide que los espermatozoides entren. En el extremo abierto hay otro anillo exterior, este queda por fuera de la vagina, quedando cubiertos los genitales externos de la mujer. Para quitarlo, se tiene que girar el anillo exterior, se extrae de manera suave y se tira a la basura.

Este método falla cuando se rompe o se coloca después de la penetración. No debe usarse junto con el preservativo masculino, ya que la fricción entre estos puede producir roturas o daños en el preservativo.

Tiene las mismas ventajas que el preservativo masculino, pero este es más caro. Se puede colocar hasta 8 horas antes de mantener la relación sexual.

Como inconvenientes, es un poco más difícil de colocar que el masculino y es menos estético, ya que queda una parte por fuera ²⁷.

Diafragma vaginal

Es un disco de látex que se coloca dentro de la vagina unas horas antes de empezar la relación sexual, cubre el cuello del útero por completo, lo que impide el paso de los espermatozoides y, además se tiene que utilizar siempre con crema espermicida. Si se realiza más de una relación sexual solo hay que añadir la crema espermicida. Es necesario consultar con un ginecólogo/a para el asesoramiento, ya que existen hasta

18 tallas diferentes y diferentes tamaños. También le explicará cómo colocarlo y qué controles hay que realizar. Puede fallar si se usa mal y/o no se siguen las indicaciones del profesional de salud.

No hay que quitarlo ni lavar la vagina hasta que no hayan pasado más de 6 horas desde el último coito, pero sí que la mujer se puede duchar. No hay que dejarlo más de 24 horas puesto, ya que hay riesgo de infección.

Como ventajas, el diafragma no es de un solo uso, se puede lavar con agua y jabón y una vez esté seco (no usar talco), guardarlo en una caja cerrada hasta la próxima vez que vaya a usarlo.

Uno de los inconvenientes es que puede favorecer la aparición de infecciones urinarias y también, si tiene alergia al látex puede producir irritación a nivel local ²⁷.

Capuchón Cervical

Es una copa fina de silicona que se introduce en la vagina antes de mantener relaciones sexuales para impedir que el esperma llegue al útero. Es parecido al diafragma, pero el capuchón es más pequeño y rígido. Como en el diafragma, debe usarse con crema o gel espermicida. También tiene diferentes tamaños así que hay que consultar con un profesional para su asesoramiento.

Tiene que estar dentro de la vagina de 6 a 8 horas después del coito para evitar el embarazo y, debe retirarse dentro de las 48 horas de haberlo puesto.

Si se tienen unos cuidados idóneos, el capuchón puede usarse durante dos años sin tener que cambiarlo ⁴.

Esponja vaginal

Tiene forma de disco, está hecha de espuma de poliuretano y contiene espermicida que bloquea o destruye los espermatozoides. Se coloca dentro de la vagina antes de mantener relaciones sexuales, bloqueando el paso de los espermatozoides. No debe retirarse antes de que hayan transcurrido mínimo 6 horas desde la última relación sexual.

Como inconvenientes, la esponja no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual ²⁷.

DIU NO HORMONAL

DIU de cobre

Es un pequeño dispositivo que puede tener diferentes formas, pero la más común es en forma de T. Este DIU actúa estimulando la liberación de leucocitos y prostaglandinas por el endometrio, estas sustancias son hostiles para los óvulos, los espermatozoides y los cigotos. Esto impide que los espermatozoides lleguen al óvulo y éste sea fecundado, pero si el óvulo es fecundado, evita que se implante en el útero.

Tiene que ser colocado y retirado por un ginecólogo/a y debe ser controlado periódicamente.

Como ventajas, este dispositivo se puede retirar cuando la persona desee, durante unos 5 años puede permanecer colocado sin que pierda su efecto anticonceptivo. Algunos de sus inconvenientes son: no protegen frente a enfermedades de transmisión sexual, pueden provocar más sangrado durante el período y no deben usarse en caso de tener malformación uterina, fibromas o enfermedad inflamatoria pélvica ^{4, 27}.

MÉTODOS IRREVERSIBLES

Son una forma permanente de controlar la natalidad, impiden que la mujer quede embarazada o que el hombre expulse el esperma. Estos métodos suelen necesitar una operación y tiene que realizarlos profesionales de la salud ⁴.

Ligadura de trompas

Consiste en una operación quirúrgica en la que el médico corta, ata o sella las trompas de Falopio, esto obstruye el camino que hay entre los ovarios y el útero. Por tanto, el esperma no llega al óvulo para fecundarlo y este no puede llegar al útero. No produce ninguna alteración a nivel de actividad sexual ni en el período ^{4, 27}.

Bloqueo tubárico

Es un método que consiste en la obstrucción permanente de las trompas de Falopio, pero no es necesario una cirugía. Un profesional sanitario inserta un tubo fino a través de la vagina hasta llegar al útero donde se coloca un dispositivo blando y flexible en cada trompa.

Los siguientes 3 meses, alrededor de los dispositivos se forma un tejido cicatricial obstruyendo así las trompas para que el espermatozoide no llegue al óvulo. Pasados estos meses, se le harán unas pruebas a la mujer donde se asegurará de que el tejido cicatrizado haya obstruido por completo las trompas de Falopio. Hasta que estas pruebas no afirmen que están totalmente obstruidas, se debe usar otro método anticonceptivo de apoyo ^{4, 27}.

Vasectomía

Consiste en una operación quirúrgica que corta, obstruye o cierra los conductos deferentes, obstruyendo así el camino entre los testículos y la uretra. El espermatozoide no puede salir de los testículos y, por tanto, no llega al óvulo.

Como sucede en el bloqueo tubárico, deben pasar 3 meses para que este procedimiento sea completamente efectivo, hasta que no se tengan las pruebas pertinentes que confirmen que ya no hay espermatozoides en el semen, se debe usar otro método anticonceptivo de apoyo. No produce ninguna alteración ni en la actividad sexual ni en la erección, la eyaculación se mantiene. El semen tiene el mismo aspecto, pero no contiene espermatozoides ^{4, 27}.

MÉTODOS HORMONALES

Son aquellos dispositivos o medicamentos que se usan como anticonceptivos que utilizan las hormonas para evitar el embarazo.

Combinados de estrógenos y progesterona

Anticonceptivos orales

Es una píldora que contiene una mezcla de hormonas sintéticas similares a las que sintetiza nuestro cuerpo (estrógenos y progestágenos). Estas hormonas inhiben la producción de óvulos, por tanto, al no haber óvulos no puede producirse el embarazo.

Puede presentarse en blísteres de 21 o 28 días, según si tienen las 7 pastillas de placebo o no. Este método es muy seguro si se toma de manera correcta, 1 pastilla al día siempre a la misma hora. Debe ser controlado por un profesional de la salud que le asesorará en los diversos anticonceptivos orales y su control.

En caso de que un día se le olvide tomar la pastilla, si han pasado menos de 12 horas desde la hora de la toma habitual, debe tomarla lo antes posible y seguir con el resto de tomas en la hora habitual. Si han pasado más de 12 horas o ha olvidado dos o más tomas, debe tomar la pastilla lo antes posible y seguir con el resto de tomas en la hora habitual, además, debe usar un método de barrera durante los 7 días posteriores al olvido.

Las ventajas que presenta este método aparte de ser un anticonceptivo es que, a muchas mujeres les ayuda a mejorar los trastornos producidos por el ciclo menstrual y el período se vuelve más corto e incluso más indoloro.

Como desventaja, este método no protege frente a enfermedades de transmisión sexual. No se recomienda su uso en mujeres mayores de 35 años y fumadoras, en mujeres hipertensas, diabéticas, que tengan una afección cardíaca o con problemas hepáticos ^{24,27}.

Pegado transdérmico

Es un pequeño parche (4 cm x 4 cm) que se engancha en la piel y libera, de manera lenta y continuada, dos hormonas (estrógenos y progestágenos) que atraviesan la piel y llegan hasta la sangre. Estas hormonas que se liberan evitan que los ovarios liberen óvulos y hacen que el moco cervical sea más espeso, creando así una barrera que impide la fecundación de los óvulos por parte de los espermatozoides.

Cada 7 días se debe cambiar el parche y llevarlo durante 3 semanas consecutivas, en la 4.^a semana se descansa y es cuando se produce el período.

Si el parche que lleva se ha desenganchado o no se ha puesto el primero que le tocaba y todavía no han pasado más de 24 horas, póngase un nuevo parche o el mismo que llevaba en el mismo sitio lo antes posible, siga con los cambios de parche previstos.

Si, por el contrario, han pasado más de 24 horas, póngase un nuevo parche en el mismo sitio y empiece un nuevo ciclo de 4 semanas, además, deberá usar un método anticonceptivo adicional durante los 7 días siguientes.

Como ventajas, este método no se despegas en la ducha, ni la piscina ni por el sudor. Presenta menos efectos secundarios que la píldora, ya que al absorberse por la piel se evita el paso hepático. Se puede comprobar de manera fácil y rápida si el parche está bien colocado.

La gran desventaja que presenta es que no protege de las enfermedades de transmisión sexual. Además, puede ser antiestético, aunque no se note con la ropa ^{24,27}.

Anillo vaginal

Es un anillo de plástico flexible que se introduce en la vagina. El contacto de este anillo con la mucosa de la vagina hace que se libere una pequeña cantidad de hormonas similares a las de la píldora anticonceptiva combinada, inhibiendo así la ovulación y espesando el moco cervical.

El anillo se debe colocar durante los 5 primeros días siguientes al comienzo de la regla (si es el primer día del período, mejor). Debe permanecer en la vagina durante 3 semanas, después se tiene que sacar y descansar una semana, en la cual se producirá la menstruación. Una vez haya pasado esta semana de descanso, se debe introducir un nuevo anillo, el mismo día de la semana si puede ser. Se coloca de manera similar a un tampón, si está bien puesto no se debe notar, pero si nota algo debe empujar hacia dentro para acabar de colocarlo bien. Para retirarlo, meta un dedo y tire hacia fuera. Para asegurar una buena protección y un buen funcionamiento, el anillo no debe estar más de 3 horas fuera de la vagina durante las 3 semanas que lo lleve puesto. Si en algún momento el anillo permanece fuera más de 3 horas, deberá usar un método anticonceptivo de refuerzo durante los 7 días siguientes.

Este método puede provocar algunas pérdidas de sangre fuera del período y no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual. No se recomienda su uso en mujeres fumadoras, especialmente si tienen más de 35 años. Se necesita receta médica para poder comprarlo ^{24,27}.

Solo progesterona

Minipíldora

Es una píldora que sólo contiene un tipo de hormona, progesterona. Actúa inhibiendo la ovulación y espesan el moco cervical, dificultando así la movilidad de los espermatozoides.

Es una pastilla que debe tomarse cada día a la misma hora, se presenta en blísteres de 28 píldoras y al terminar un blíster se debe iniciar uno nuevo sin dejar los días de descanso que se dejan en la píldora anticonceptiva combinada.

Si se le olvida tomarse una de las pastillas, si el retraso no llega a las 3 horas tómele la pastilla lo antes posible. Si, por el contrario, han pasado más de 3 horas, debe tomarse lo antes posible la pastilla y, además debe usar el preservativo masculino durante los 7 días siguientes. Si se da cuenta de que se olvidó de tomar la píldora del día anterior, tómele 2 a la vez y el resto de la forma habitual. También deberá usar preservativo los 7 días siguientes en caso de mantener relaciones sexuales.

Está indicada en mujeres que toleran mal los estrógenos, además, se puede usar durante el período de lactancia.

Pueden presentarse episodios de sangrado leve o incluso que no haya sangrado, ya que ejerce un menor control sobre el ciclo menstrual que la píldora combinada. No protegen frente a las enfermedades de transmisión sexual.

No se recomienda su uso en mujeres que tengan problemas circulatorios y/o de trombos, en mujeres con problemas hepáticos y otras afecciones ^{24,27}.

Inyectable

Consiste en una inyección que contiene la hormona progesterona. Se inyecta intramuscularmente y se va liberando lentamente, mantiene su efecto anticonceptivo durante 12 semanas. Inhibe la ovulación y espesan el flujo cervical. La primera dosis debe ser administrada en los 5 primeros días del ciclo. Esta inyección debe ponerla un profesional de la salud.

Si en el momento en el que se tiene que administrar la siguiente inyección, pasan más de 8 o 9 días sin ponerla, se deberá usar un método de barrera durante 14 días.

Una de sus ventajas es que, al ser inyectado no pasa por el hígado y, por tanto, tiene menos efectos secundarios que la pastilla combinada. También se puede poner después del parto y durante la lactancia.

Como desventajas, este método produce cambios en la frecuencia, duración o cantidad del período y se puede producir un aumento de peso. En las mujeres con cáncer de mama o genital, hemorragias uterinas o enfermedades vasculares está contraindicado su uso. El inyectable no protege de las enfermedades de transmisión sexual ^{24,27}.

Implante subdérmico

Es una varilla de plástico flexible que se coloca debajo de la piel de la cara interna del brazo. Esta varilla libera de manera continuada y en dosis bajas progestágeno,

inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical. Su duración es de 3 años aproximadamente. Está indicado en mujeres que no pueden o no desean usar estrógenos.

Como ventajas, es uno de los métodos más eficaces y si la mujer quiere quedarse embarazada, el profesional sanitario puede retirarlo en unos minutos. También se puede usar durante la lactancia.

Entre sus desventajas, se asocia a ciclos irregulares que se normalizan a los 3 meses de su uso y no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Se necesita indicación y supervisión médica para su uso, hay fármacos que pueden reducir su eficacia, hay que consultar con el profesional antes de tomar medicación ^{24,27}.

DIU de levonorgestrel

Es un pequeño dispositivo que puede tener diferentes formas, pero la más común es en forma de T. Actúa liberando pequeñas cantidades de una hormona llamada levonorgestrel, su duración aproximada es de 3 a 5 años. Provoca cambios en la mucosa del útero, haciendo que sea más espeso creando así una barrera, provocando que los espermatozoides se muevan más lentos.

Tiene que ser colocado y retirado por un ginecólogo/a y debe ser controlado periódicamente.

Una de sus ventajas es que regula el ciclo menstrual. Como desventaja, no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual ^{24,27}.

3.2 CÓMO REALIZAR EL ASESORAMIENTO PROFESIONAL EN ANTICONCEPCIÓN

En 1996 la OMS publicó un documento llamado *Medical Eligibility Criteria for contraceptive use (MEC)* con el fin de mejorar la atención en planificación familiar. Es una guía basada en la última evidencia en la que se mencionan patologías de la mujer y métodos anticonceptivos. De este modo proporcionaba una ayuda a las entidades para mejorar sus protocolos y guías en cuanto a la prescripción de los anticonceptivos. El MEC divide los anticonceptivos en 4 categorías de riesgo, con relación a la situación de salud/enfermedad de la mujer ³²:

- Categoría 1: Sin restricciones en el uso del fármaco

- Categoría 2: Ventajas de uso generalmente mayores que los riesgos teóricos
- Categoría 3: Riesgos teóricos generalmente mayores que las ventajas
- Categoría 4: Alto riesgo para la salud con el uso del fármaco

Ante el juicio clínico limitado, solo las dos primeras categorías se recomiendan³⁶. En 2015 se presentó la última edición del MEC hasta la actualidad^{32, 36}.

Además del MEC, la OMS publicó en 2011 el documento *Planificación familiar UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES*. Ambos libros forman parte de “las cuatro piedras angulares de la OMS para la orientación en planificación familiar”.

Por ello, se puede definir el asesoramiento profesional en anticoncepción como una práctica sanitaria cuya finalidad es la de proporcionar una información objetiva y equilibrada de cada método anticonceptivo para que cada mujer elija aquel método que más concuerde con sus necesidades sexuales y reproductivas²⁸.

Para poder llevar a cabo este asesoramiento, durante la consulta se ha de dar información referente a:

- Eficacia: Capacidad de obtener el resultado deseado en las condiciones ideales de uso. En el caso de los métodos anticonceptivos se mide con el índice de Pearl, el cual se basa en el número de embarazos en 100 mujeres con un mismo método²⁸.
- Efectividad: Capacidad de obtener el resultado deseado en condiciones reales de uso. La efectividad puede mejorar cuando las usuarias tienen una mayor experiencia y conocimientos en el manejo del método²⁸. Es importante destacar la dificultad de uso del método, a mayor complejidad, menor efectividad³⁶.
- Seguridad: Capacidad del método para alterar la salud de la usuaria, por tanto, hay que dar información sobre efectos adversos y secundarios²⁸.
- Reversibilidad: Restauración inmediata de la fertilidad tras interrumpir el uso del método anticonceptivo. Excepto los métodos irreversibles, todos los métodos anticonceptivos son reversibles²⁸.

Para conseguir que el método anticonceptivo se adapte a las necesidades de la mujer es imprescindible que el profesional sanitario escuche y transmita la información

adecuada, comprensible, con un lenguaje sencillo y, además, es preciso que el profesional mantenga una visión holística, teniendo en cuenta las diferentes culturas, edades, preferencias personales, etc.²⁸.

Es por ello que, el hecho de que el clínico transmita confianza y no juzgue, permite que las pacientes puedan preguntar abiertamente y esto hace que la elección del método sea personal y la más adecuada a la situación actual de la mujer.

También debemos tener en cuenta que, a la hora de elegir el método existen diversos factores personales como, por ejemplo:

- Edad y estado de salud de la usuaria ^{28, 33}.
- Paridad: se deben tener en cuenta embarazos previos e interés en embarazos futuros ²⁸.
- Hábitos tóxicos ³⁶.
- Actividad sexual: con el fin de prevenir las ITS, es importante averiguar el número de compañeros sexuales y la frecuencia de práctica de relaciones sexuales ²⁸.
- Patologías previas: existe incompatibilidad de algunos métodos anticonceptivos ante la presencia de ciertas patologías y hábitos ²⁸.
- Estado financiero: es importante conocer las capacidades económicas de las usuarias para hacer frente a los gastos que requiere el método anticonceptivo e informar de la existencia de financiación de algunos métodos en según qué comunidades autónomas ²⁸.
- Capacidad de adherencia al tratamiento ³⁶.
- Objetivo de la contracepción ³⁶.
- Otros factores: experiencias previas, capacidad de decisión, cultura, religión y confianza para expresar sus dudas al respecto ²⁸.

El hecho de que la mujer decida el método anticonceptivo partiendo de una información adaptada y detallada, permite que tanto la adherencia como el seguimiento sean mayores y, por tanto, la efectividad aumente.

De este modo, el método anticonceptivo cumplirá con su finalidad y la natalidad estará controlada. Para que todo esto se pueda cumplir, el profesional sanitario debe tener una información completa y actualizada, mantener una postura asertiva y tener la capacidad de adaptarse a las necesidades de la usuaria.

3.2.1. DECISIONES COMPARTIDAS (SHARECONTRACEPT)

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*».

En base a esto, en los últimos 15 años ha comenzado a tener mayor relevancia un nuevo modelo de toma de decisiones, el modelo de toma de decisiones compartidas (TDC), diferente a los modelos conocidos hasta entonces.

Actualmente, los modelos que podemos encontrarnos son los siguientes ²⁸:

- Modelo paternalista → en el que el profesional sanitario es quien toma la decisión final ²⁸.
- Decisión informada → El profesional sanitario transmite la información y, con ella, la usuaria decide. No hay asesoramiento por parte del profesional ²⁸.
- Toma de decisiones compartidas (TDC) → Este modelo es el más actual, se trata de un intercambio de información entre sanitario y usuaria, con la información científica más reciente. A partir de las necesidades y creencias de la usuaria, con el fin de consensuar la decisión final entre ambos, ante todas las opciones disponibles ²⁸.

Para poder llevar a cabo la TDC se han desarrollado diferentes estrategias, que son las siguientes ²⁸:

- La información dada parte de las preferencias de la usuaria ²⁸.
- La relación ha de ser de confianza, con una comunicación fluida, empática y cálida ²⁸.
- Los profesionales han de invitar a las usuarias a participar, identificar sus necesidades para la toma de decisiones, apoyarles y ayudarles cuando las usuarias deciden delegar en ellos ²⁸.
- Resolver las dudas, ya que las ideas y expectativas de la paciente pueden guiar al profesional a una mejor atención ²⁸.

- Basándose en lo anterior, se enumeran las diferentes opciones, valorando la evidencia al respecto en el contexto de cada paciente ²⁸.
- Tomar una decisión final y acordar un plan de acción y seguimiento ²⁸.

La finalidad de la TDC es ofrecer una atención de calidad a la paciente, permitiendo tanto una decisión informada como segura y con la mayor adaptación posible a las necesidades requeridas por la usuaria. Siempre ha de estar basada en la evidencia y con la opción de que la paciente deje en manos del profesional la decisión, que atenderá a las necesidades de la mujer con los mejores cuidados, partiendo de sus conocimientos y experiencias previas.

En Cataluña, el Departament de Salut tiene un espacio Web llamado “*Decisions Compartides*”, con una serie de herramientas para la atención en la toma de decisiones. Entre ellas, se encuentra una herramienta digital en anticoncepción, elaborada siguiendo los criterios de la OMS, con información objetiva y basada en las últimas evidencias científicas ²⁴.

4. METODOLOGÍA

Con el propósito de dar respuesta a los objetivos del presente trabajo, se propuso una investigación cuantitativa a partir del análisis de los datos obtenidos en el marco del estudio “SHARECONTRACEPT, Herramienta Digital de Ayuda a la Decisión, ¿mejora la adherencia al método contraceptivo elegido?”, un Proyecto de Investigación en Salud subvencionado por el instituto Carlos III (P18 00915). Investigación de diseño experimental realizado en unidades clínicas de asesoramiento contraceptivo de 7 comunidades autónomas de España, (Aragón, Valencia, Madrid, Galicia, La Rioja, País Vasco y Cataluña.)²⁵ con el objetivo de valorar la Herramienta Digital de Ayuda a la Decisión en anticoncepción de la web Decisions Compartides²⁴.

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de diseño observacional, descriptivo y transversal, en el que se analizaron los cuestionarios que se realizaron a las mujeres participantes en el proyecto Sharecontracept, en la primera visita presencial en consulta

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

El estudio parte de la muestra recogida en la fase inicial del proyecto, es decir, de las mujeres que cumplían los criterios de inclusión en el proyecto SHARECONTRACEPT y que accedieron a participar y cumplimentar la encuesta inicial del proyecto, durante la visita presencial a consulta, con el clínico correspondiente y antes de recibir ningún tipo de asesoramiento contraceptivo.

La muestra fue conformada por un total de 895 de mujeres que acudieron a la consulta de asesoramiento entre el 1 de julio de 2019 y el 30 de junio de 2020 y que cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión

- Tener estudios primarios y que sean competentes en castellano y/o catalán (idiomas de SHARECONTRACEPT)
- Tener entre 15 y 49 años
- Tener acceso a internet
- Que accedieran a participar voluntariamente en el estudio

Exclusión

- Deseo de tener hijos durante el próximo año
- Antecedentes de: ICTUS, Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Trombosis, Cáncer de mama (<5 años), cirrosis o tumor hepáticos
- No cumplir alguno de los criterios de inclusión

4.3. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Una vez las mujeres eran reclutadas y después de firmar el consentimiento informado, cumplimentaban un cuestionario adhoc en línea, alojado en la WEB <https://sharecontracept.com/>, con el soporte del clínico correspondiente. El cuestionario estaba compuesto por 49 preguntas tipo test (Anexo 2), divididas en 3 partes: la primera incorporaba cuestiones sobre los datos personales de la mujer (datos sociodemográficos, embarazos, abortos, enfermedades, etc.), la segunda consta del test de Morisky Green que valora la adherencia al tratamiento y por último la tercera parte se basa en la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor ²⁵.

Par dar respuesta a los objetivos de esta investigación, del cuestionario citado (Anexo 2) se seleccionaron parte de dichas preguntas, concretamente:

- Datos de contacto (edad)
- Convive en pareja (2)
- Hijo/as vivo/as biológicos (4)
- Nivel de instrucción (5)
- Tipo de ocupación actual o última ocupación (6)
- Situación laboral (7)
- Cómo llega a fin de mes en relación con los ingresos que tiene (8)
- Método anticonceptivo utilizado actualmente (13.1)
- Si el precio sería decisivo a la hora de elegir el método (15)
- Método anticonceptivo pensado (17)

4.4. VARIABLES DE ESTUDIO

La variable principal y las variables secundarias, extraídas de las preguntas seleccionadas del cuestionario Sharecontracept (ver anexo 2) y que formaron parte del modelo de análisis del estudio, fueron las siguientes:

Variables Cuantitativas:

- Continuas:
 - o Edad de las usuarias en el momento del estudio (variable intervalo)

Variables Cualitativas

- Discretas:
 - o Anticonceptivo utilizados por las usuarias (variable categórica nominal)
 - o Número de hijos biológicos vivos (variable categórica ordinal)
 - o Convivencia en pareja (variable categórica nominal)
 - o Situación económica (variable categórica nominal)
 - o Nivel de instrucción (variable categórica nominal)
 - o Ocupación (variable categórica nominal)
 - o Anticonceptivo elegido por la usuaria (variable categórica nominal)
 - o Influencia del coste del anticonceptivo en su elección (variable categórica nominal)
 - o Motivo para cambiar de método anticonceptivo (variable categórica nominal)

4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL ESTUDIO

Los datos obtenidos se reflejaron en gráficas y dibujos tras un exhaustivo estudio de estos. Mediante el programa Jamovi, todos los datos de las diferentes variables fueron inscritos en el programa, a partir de allí se realizaron las siguientes pruebas:

- Chi-cuadrado: en los casos con ambas variables categóricas
- Coeficiente de correlación: en los casos con ambas variables cuantitativas

Por tanto, para valorar la relación de las variables: convivencia en pareja, tiene hijos, nivel de instrucción, ocupación, situación laboral, e ingresos con el uso o no uso de

métodos anticonceptivos, la prueba utilizada fue el chi-cuadrado. Para valorar la asociación entre la edad y el número de hijos con el uso o no uso de métodos anticonceptivos la prueba utilizada fue el coeficiente de relación.

Para el estudio de los métodos elegidos y las variables anteriores, se analizó descriptivamente en frecuencias absolutas (n) y relativas (%).

Consideraciones éticas

Para la realización del presente trabajo de fin de grado, se pidió la conformidad a la investigadora principal del proyecto SHARECONTRACEPT, para tener acceso a los datos recogidos en el proyecto que actualmente están desarrollando.

El estudio SHARECONTRACEPT tiene la aprobación ética del Comité Ético del Instituto de Atención Primaria Jordi Gol (P18 / 208) y del Instituto de Investigaciones Sanitarias Pere Virgili (CEIM 186/2018). Por tanto, el presente estudio se enmarca dentro de las consideraciones éticas del proyecto garantizando el anonimato y confidencialidad de los datos de carácter personal siguiendo la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos.

5. RESULTADOS

El cuestionario se realizó a un total de 895 participantes que cumplieron los criterios de inclusión y, a su vez, no presentaron ningún criterio de exclusión (página 28, apartado 4.2).

A continuación, presentamos los resultados y sus respectivas tablas (obtenidas del programa Jamovi), algunos de estos pueden ser contrastados, además, en el Anexo 4 (Tablas de resultados).

El 58,5% de las mujeres que conviven con su pareja utilizaban un método anticonceptivo. Este porcentaje asciende al 73,8% entre las que no conviven con su pareja. La asociación detectada es significativa ($\chi^2=20,0$; $p<0,001$) y la fuerza de la asociación fue baja ($\Phi=0,155$).

		17) 13 ¿Está utilizando algún método anticonceptivo actualmente?		
2) 02 Convive en pareja		89) Si	90) No	Total
10) No	Observed	236	84	320
	% within row	73.8 %	26.3 %	100.0 %
9) Si	Observed	300	213	513
	% within row	58.5 %	41.5 %	100.0 %
Total	Observed	536	297	833
	% within row	64.3 %	35.7 %	100.0 %

χ^2 Tests			
	Value	df	p
χ^2	20.0	1	< .001
N	833		

Nominal	
	Value
Phi-coefficient	0.155
Cramer's V	0.155

Tabla 3: Convivencia en pareja y uso de métodos anticonceptivos

Con relación a los hijos, el 75,5% de las mujeres con hijos no utilizan un método anticonceptivo, en cambio, el 24,5% de las mujeres sin hijos, no utilizan métodos anticonceptivos. La asociación detectada es significativa ($\chi^2=99,2$, $p<0,001$) y la fuerza de asociación baja ($\Phi=0,345$).

Contingency Tables

Hijos_recodificada si o no	17) ¿Está utilizando algún método anticonceptivo actualmente?		Total	
	89) Si	90) No		
0	Observed	324	73	397
	% within row	81.6 %	18.4 %	100.0 %
1	Observed	212	225	437
	% within row	48.5 %	51.5 %	100.0 %
Total	Observed	536	298	834
	% within row	64.3 %	35.7 %	100.0 %

Chi-Square Tests

	Value	df	p
Chi-Square	99.2	1	< .001
N	834		

Nominal

	Value
Phi-coefficient	0.345
Cramer's V	0.345

Tabla 4: Tiene hijos y uso de métodos anticonceptivos

El número de hijos y el uso de métodos anticonceptivos también tienen una asociación significativa, siendo mayor el uso de métodos en aquellas mujeres sin hijos, la media de hijos por mujer que no utiliza métodos anticonceptivos es de 1,19 (mediana 1, desviación típica 0,937), en el caso de las mujeres que sí utilizan métodos la media es de 0,610 (mediana 0, desviación 0,878). La diferencia entre grupos es estadísticamente significativa ($p < 0,001$ por a la prueba de Welch) con una medida del efecto moderada (d Cohen = -0,636).

	Statistic	±%	df	p	Mean difference	SE difference	95% Confidence Interval		Cohen's d	Effect Size	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper			Lower	Upper
Hijos_recodificada número	Student's t	-8.88	832	< .001	-0.577	0.0650	-0.705	-0.450		-0.642	-0.788	-0.494
	Bayes factor ₁₀	1.06e+15		1.98e-21								
	Welch's t	-8.72	581	< .001	-0.577	0.0662	-0.707	-0.447		-0.636		
	Mann-Whitney U	51030		< .001	-1.000		-1.000	-1.000		Rank biserial correlation	0.361	

Assumptions

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
Hijos_recodificada número	0.876	< .001

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

	F	df	df2	p
Hijos_recodificada número	0.00282	1	832	0.958

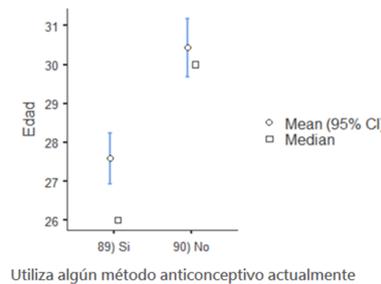
Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of equal variances

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Hijos_recodificada número	89) Si	536	0.618	0.00	0.878	0.0379
	90) No	298	1.19	1.00	0.937	0.0543

Tabla 5: Número de hijos y uso de métodos anticonceptivos

Se ha contrastado si la edad de las usuarias que utilizan métodos anticonceptivos era diferente de aquellas que no lo hacían. La edad media del primer grupo es de 27,6 años (mediana 26, desviación típica 7,66), y, en el caso del segundo grupo, la edad media es de 30,4 años (mediana 30, desviación típica 6,57). Esta diferencia entre los tres grupos es estadísticamente significativa ($p < 0,001$ para la prueba de Welch) con un tamaño del efecto pequeño ($d \text{ Cohen} = -0,399$) con lo cual, podemos concluir que las mujeres que utilizaban métodos anticonceptivos tenían una menor edad.



Gráfica 1: Edad y uso de métodos anticonceptivos

En cuanto al nivel de instrucción de las mujeres y al uso de métodos, existe asociación entre las dos variables ($\chi^2 = 15,1$, $p = 0,002$), pero de menor intensidad que en los anteriores casos, la fuerza de asociación es baja (V de Cramer = 0,135). Se puede valorar que el uso de métodos anticonceptivos es mayor entre aquellas mujeres con un nivel de instrucción más elevado.

Contingency Tables

		17) 13 ¿Está utilizando algún método anticonceptivo actualmente?		
Instrucción_recod		89) Si	90) No	Total
1	Observed	22	32	54
	% within row	40.7 %	59.3 %	100.0 %
2	Observed	154	89	243
	% within row	63.4 %	36.6 %	100.0 %
3	Observed	169	79	248
	% within row	68.1 %	31.9 %	100.0 %
4	Observed	191	98	289
	% within row	66.1 %	33.9 %	100.0 %
Total	Observed	536	298	834
	% within row	64.3 %	35.7 %	100.0 %

χ^2 Tests			
	Value	df	p
χ^2	15.1	3	0.002
N	834		

Nominal	
	Value
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.135

Tabla 6: Nivel de instrucción y uso de métodos anticonceptivos

También se muestra asociación entre el grupo laboral y el uso de métodos anticonceptivos ($\chi^2=20,3$, $p=0,002$), las mujeres pertenecientes al grupo “No ha trabajado nunca de forma remunerada”, forman parte del 20,3% de las participantes que sí utilizan métodos anticonceptivos, en cambio el 35,1% de las mujeres que no utilizan, pertenecen al grupo de “Trabajadoras cualificadas del sector primario y otras trabajadoras semicualificadas”

Contingency Tables

Grupo laboral recod		17) 13 ¿Está utilizando algún método anticonceptivo actualmente?		
		89) Si	90) No	Total
0	Observed	103	24	127
	% within row	81.1 %	18.9 %	100.0 %
1	Observed	35	23	58
	% within row	60.3 %	39.7 %	100.0 %
2	Observed	50	28	78
	% within row	64.1 %	35.9 %	100.0 %
3	Observed	58	35	93
	% within row	62.4 %	37.6 %	100.0 %
4	Observed	39	29	68
	% within row	57.4 %	42.6 %	100.0 %
5	Observed	159	100	259
	% within row	61.4 %	38.6 %	100.0 %
6	Observed	64	46	110
	% within row	58.2 %	41.8 %	100.0 %
Total	Observed	508	285	793
	% within row	64.1 %	35.9 %	100.0 %

χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	20.3	6	0.002
N	793		

Nominal

	Value
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.160

Tabla 7: Grupo laboral y uso de métodos anticonceptivos

En la valoración de si la situación laboral influye en la elección del método, la asociación es significativa ($\chi^2=65,0$, $p<0,001$), con una fuerza de asociación baja (V de Cramer= 0,280), siendo mayor el uso de anticonceptivos en el caso de las estudiantes, que son el 24,7% de las mujeres que sí utilizan. En el caso de las mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos, el grupo más grande es el de las asalariadas, siendo el 63,6% de estas. Lo que también indica que los ingresos están asociados al uso o no uso de anticonceptivos, aunque esta asociación es muy poco significativa ($\chi^2=3,89$, $p= 0,049$). El 65% de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos, llegan con facilidad a fin

de mes, y las mujeres que llegan con cierta dificultad son el 42% de las mujeres que no utilizan. El precio de los anticonceptivos no es significativo a la hora de elegir un método anticonceptivo, puesto que no se muestra influencia del precio a la hora de utilizar métodos anticonceptivos.

Contingency Tables

Situación laboral recod		17) 13 ¿Está utilizando algún método anticonceptivo actualmente?		Total
		89) Si	90) No	
1	Observed	303	189	492
	% within row	61.6 %	38.4 %	100.0 %
2	Observed	47	63	110
	% within row	42.7 %	57.3 %	100.0 %
3	Observed	49	30	79
	% within row	62.0 %	38.0 %	100.0 %
4	Observed	131	15	146
	% within row	89.7 %	10.3 %	100.0 %
Total	Observed	530	297	827
	% within row	64.1 %	35.9 %	100.0 %

χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	65.0	3	< .001
N	827		

Nominal

	Value
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.280

Tabla 8: Situación laboral y uso de métodos anticonceptivos

Contingency Tables

Ingresos_mes		17) 13 ¿Está utilizando algún método anticonceptivo actualmente?		Total
		89) Si	90) No	
1	Observed	182	121	303
	% within row	60.1 %	39.9 %	100.0 %
2	Observed	338	167	505
	% within row	66.9 %	33.1 %	100.0 %
Total	Observed	520	288	808
	% within row	64.4 %	35.6 %	100.0 %

χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	3.89	1	0.049
N	808		

Nominal

	Value
Phi-coefficient	0.0694
Cramer's V	0.0694

Tabla 9: Ingresos y uso de métodos anticonceptivos

Recopilación de los porcentajes de resultados: Mujeres que sí hacen uso de métodos anticonceptivos según factores sociodemográficos				
Variable	Categorías	Porcentajes	Contraste de hipótesis	Fuerza de la asociación
Convivencia con la pareja	Sí	56,0%	$\chi^2=20,0$	Phi =0,155
	No	44,0%	$p<0,001$	
Tiene hijos	Sí	39,6%	$\chi^2=99,2$	Phi=0,345
	No	60,4%	$p<0,001$	
Nivel de instrucción	Primarios incompletos	4,1%	$\chi^2=15,1$	V de Cramer= 0,135
	FP de grado medio	28,7%	$p=0,002$	
	Bachillerato	31,5%		
	Enseñanzas universitarias de segundo ciclo	35,6%		
Grupo laboral	No ha trabajado nunca	20,3%	$\chi^2=20,3$	V de Cramer =0,160
	Directoras y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as, y profesionales asociadas a licenciaturas universitarias	6,9%	$p=0,002$	
	Directoras y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as y profesionales asociadas a diplomaturas universitarias y otro personal de apoyo técnico	9,8%		

	Ocupaciones intermedias y trabajadoras por cuenta propia	11,4%		
	Supervisoras y trabajadoras en ocupaciones técnicas cualificadas	7,7%		
	Trabajadoras cualificadas del sector primario y otras trabajadoras semicualificadas	31,3%		
	Trabajadoras no cualificadas.	12,6%		
Situación laboral	Asalariada	57,2%	$\chi^2=65,0$ $p<0,001$	V de Cramer= 0,280
	Desocupada con subsidio/prestación.	8,9%		
	Otra situación	9,2%		
	Estudiante	24,7%		
Ingresos	Llega con facilidad a fin de mes	35,0%	$\chi^2=3,89$ $p= 0,049$	Phi= 0,694
	Llega con dificultad a fin de mes	65,0%		

Tabla 10: Porcentajes obtenidos con el programa Jamovi de los factores sociodemográficos y el uso de métodos anticonceptivos

Entre las mujeres que sí utilizan métodos anticonceptivos, los más utilizados por las usuarias son: el DIU de progesterona (10,64%)* , el implante (17,35%), el preservativo masculino (66,98%) y las pastillas anticonceptivas (18,84). El DIU de progesterona destaca entre aquellas mujeres que conviven en pareja (11,19%), que tienen hijos (9,51%), que ocupan puestos de trabajo con baja cualificación (5,22%), asalariadas (10,26%), o que llegan con facilidad a fin de mes (9,88%). Las mujeres que utilizan el implante destacan por: convivencia en pareja (19,22%), tienen hijos (16,98%),

pertenecen al primer sector laboral con puesto semicualificados (11,19), o asalariadas (13,99%). El preservativo es utilizado especialmente por mujeres que: no tienen hijos (43,66%), forman parte del sector 1º con trabajos semicualificados (17,16%), son asalariadas (33,58%) o estudiantes (21,27%), o llegan con facilidad a fin de mes (43,66%). Por último, en el caso que utilizan pastillas anticonceptivas hormonales orales combinadas destacan aquellas mujeres que: no conviven en pareja (28,17%), no tienen hijos (33,58%), nunca han trabajado (12,87%) u ocupan puestos de trabajo semicualificados (13,25%), asalariadas (22,95%) o estudiantes (15,3%), o que llegan con facilidad a fin de mes (28,4%).

Algunos aspectos que destacar de los métodos anticonceptivos elegidos son:

- El DIU de cobre destaca entre aquellas mujeres que conviven con sus parejas y asalariadas
- El anillo es más usual en mujeres sin hijos
- El coitus interruptus se da en mayor medida en mujeres asalariadas
- Los métodos naturales se dan más en mujeres con niveles de instrucción superiores y sin dificultades económicas
- El parche es más utilizado por las mujeres con enseñanzas universitarias de primer grado

*Los porcentajes mostrados entre paréntesis pertenecen al total de mujeres que sí utilizan algún método anticonceptivo (n=536).

6. DISCUSIÓN

Nuestra finalidad al realizar este estudio era determinar si ciertos factores sociodemográficos influyen en las mujeres en edad reproductiva a la hora de escoger un método anticonceptivo u otro y su uso.

En lo que se refiere a la economía, hemos podido observar que el 65% de las mujeres encuestadas que utilizan métodos anticonceptivos llegan con facilidad a fin de mes y, las mujeres que llegan con cierta dificultad son el 42% de las mujeres que no utilizan. También hemos podido ver que el precio de los anticonceptivos no es significativo a la hora de elegir un método, puesto que no se muestra influencia del precio a la hora de utilizar métodos anticonceptivos. Esto concuerda con algunos estudios que hemos consultado como, por ejemplo, la Encuesta de Anticoncepción en España realizada por la sociedad española de contracepción, en la que se explica que cabe destacar el incremento de mujeres que no usan ningún método anticonceptivo entre las mujeres que tienen un menor nivel de ingresos (33,9%)¹⁶, esto quiere decir que las mujeres con menores ingresos hacen un menor uso de los métodos. Según una encuesta poblacional de 2014 sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España entre mujeres de 15 a 49 años, el uso de métodos anticonceptivos en el primer coito es referido por el 74%. El menor uso de ellos en la primera relación sexual es referido por las mujeres con ingresos bajos y con nivel primario de escolaridad³⁷.

Sin embargo, a la hora de ver si el precio de los anticonceptivos influye o no, nosotros hemos observado que no influye. Esto difiere con los estudios de la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), que han demostrado que uno de los obstáculos más importantes para que las mujeres utilicen anticonceptivos modernos y eficaces es el económico⁸.

En nuestros resultados, también hemos podido observar que, respecto al grupo laboral, el uso de los métodos anticonceptivos es mayor entre aquellas mujeres que no han trabajado nunca y las que forman parte del sector primario o semicualificadas. El mayor uso se da en el caso de las estudiantes (24,7%). En el caso de las mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos, el grupo más grande es el de las asalariadas (63,6%) Como ocurre con el resto de los fármacos que son financiados por el Sistema Nacional de Salud, en función de los ingresos de las familias, aproximadamente el 50% del coste lo tiene que pagar la usuaria. Se ha constatado que esto supone una especial barrera de acceso a los métodos de larga duración como el DIU, el anillo, el parche y los

implantes anticonceptivos, ya sea por no estar financiados, por estar solo a nivel hospitalario o porque existen dificultades en su prescripción ^{8, 18}.

En relación con el método escogido, en nuestro estudio, hemos podido observar que las mujeres pertenecientes al grupo de semicualificadas destacan por utilizar el DIU de progesterona, el preservativo masculino y las pastillas anticonceptivas.

Si pasamos al factor sociodemográfico del nivel de instrucción de las mujeres, en nuestro estudio, hemos podido observar que hay asociación entre dicho nivel y el uso de anticonceptivos. Constatando un mayor uso de los métodos anticonceptivos entre aquellas mujeres con un nivel de instrucción más elevado (35,6%).

Estos resultados se asemejan a los que hemos encontrado en las diversas bibliografías consultadas como, por ejemplo, en la encuesta presentada por la SEC en la que se comprobó que existe relación entre el nivel de estudios y el uso de anticonceptivos, ya que un 35,4% de las mujeres con estudios primarios refleja no emplear ningún método y, un 26,7% de las que presentaban títulos universitarios indicaron no hacer uso de ellos ¹⁶.

Con relación a la edad de las mujeres, al contrastar si esta variable influía en si la mujer usaba o no anticonceptivos, hemos podido observar que las mujeres de menor edad son las que más utilizan dichos métodos. La edad media de las mujeres que afirman usar métodos anticonceptivos es de 27,6 años y la media de aquellas que afirman no usar, es de 30,4 años. Los resultados que hemos obtenido no son muy similares a los que hemos encontrado en los diferentes estudios, ya que en el estudio sobre uso de anticonceptivos y frecuencia de embarazos no planificados respecto al programa de planificación familiar realizado en Brasil en el año 2010, se refleja que a menor edad, menor control sobre poder quedar embarazada, dado que hay mayor número de relaciones sexuales esporádicas, menor percepción de riesgo de poder quedar embarazadas y/o dificultad para acceder a la información y los diferentes métodos de anticoncepción que existen ^{9,12}. Según la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, cada vez son más habituales las relaciones esporádicas con diversas personas siendo la edad un factor que influye también en este tipo de relaciones, puesto que, cada vez es más temprana la edad de inicio en las relaciones sexuales ²⁰.

Al comparar nuestros resultados con la bibliografía contrastada, podemos ver que en lo que se refiere a la edad, los estudios afirman que a menor edad hay un menor control

sobre la sexualidad y, en nuestro estudio, hemos observado que a menor edad se da un mayor uso de estos métodos.

Con relación a si tener hijos o si el número de estos influye en la elección y/o el uso de estos métodos, en nuestros resultados hemos podido observar que sí influye. En el estudio el 75,5% de las mujeres con hijos no utilizan un método anticonceptivo, en cambio, el 24,5% de las mujeres sin hijos, no utilizan métodos anticonceptivos. El número de hijos y el uso de métodos anticonceptivos también tienen una asociación significativa, el uso de métodos es mayor en aquellas mujeres sin hijos, de hecho, el porcentaje de mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo asciende conforme asciende el número de hijos.

Estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio sobre uso de anticonceptivos y frecuencia de embarazos no planificados respecto al programa de planificación familiar realizado en Brasil en el año 2010, en el que se pudo constatar que cuantos más hijos se tienen menor uso se les da a los métodos anticonceptivos ¹².

En su estudio, Legazpe expuso que las mujeres sin hijos tienden a tener una renta más alta y una mayor formación académica, factores que pueden influir en la elección del uso de métodos anticonceptivos ¹⁴. Al analizar nuestros resultados, hemos podido ver que la economía y la formación académica sí que pueden influir en la elección del uso de métodos anticonceptivos, coincidiendo con los datos expuestos por Legazpe.

Por último, si observamos si el hecho de vivir en pareja o no influye en la elección del uso de métodos anticonceptivos, en nuestro estudio hemos obtenido que el 58,5% de las mujeres que conviven con su pareja utilizaban un método anticonceptivo. Pero, este porcentaje asciende al 73,8% entre las que no conviven con su pareja. Por tanto, en nuestro estudio concluimos que las mujeres que no viven en pareja dan un mayor uso a los métodos anticonceptivos, en concordancia con los datos presentados en la encuesta nacional de la SEC 2020, que mostraban un menor uso entre aquellas mujeres que conviven con sus parejas (26,8%) ¹⁰.

7. CONCLUSIONES

Podemos concluir que hay factores sociodemográficos que influyen en las mujeres a la hora de escoger qué método o métodos anticonceptivos usarán.

En relación con la economía podemos concluir que sí que influye, ya que, las mujeres que no tienen dificultades económicas para llegar a final de mes son las que mayor uso dan a los anticonceptivos en general. Así como que el precio de los anticonceptivos no es significativo a la hora de elegir un método.

Hemos observado que, el uso de los métodos es mayor entre aquellas mujeres que no han trabajado nunca y las que forman parte del sector primario o semicualificada. Estas últimas destacan por utilizar el DIU de progesterona, el preservativo masculino y las pastillas anticonceptivas.

En cuanto a la convivencia en pareja, se ha podido ver que el uso de anticonceptivos es mayor entre aquellas mujeres que no conviven en pareja respecto a las que sí lo hacen. También hemos podido observar que las que sí que conviven hacen un mayor uso de los DIUs y el método MELA, en cambio, las que no conviven utilizan en mayor medida los anticonceptivos orales.

La paridad también influye, observando que a mayor número de hijos menor uso de los métodos anticonceptivos. También se ha visto que las mujeres que no tienen hijos hacen mayor uso de los anticonceptivos que las que sí tienen. Esto puede deberse a que dada su situación laboral (la mayoría jóvenes estudiantes), se vean limitadas a la hora tener hijos lo que también podría relacionarse con el dato que hemos obtenido en lo que se refiere a la edad, a edades más jóvenes el uso es mayor. Los métodos más usados por las mujeres que son madres son el método MELA y el DIU de progesterona, en cambio, los más usados por las mujeres que no tienen hijos son el preservativo masculino, los anticonceptivos orales y el anillo.

Por último, hemos podido concluir que el nivel de instrucción de las mujeres también es un factor que influye en el uso y elección del método, puesto que, en nuestro estudio las mujeres que tienen un nivel de instrucción superior hacen un mayor uso de los métodos anticonceptivos. Esto podría deberse a que una mayor formación podría influir en que las usuarias pudieran tener más herramientas para poder obtener información y, de esta manera, poder sentirse más seguras a la hora de escoger qué método van a usar. Los

métodos más utilizados en las mujeres con estudios primarios incompletos, con formación profesional media y con bachillerato son: el preservativo masculino, los implantes y los anticonceptivos orales. Sin embargo, las mujeres con un título universitario utilizan el preservativo masculino y los ACOS en una proporción similar a las otras, pero el implante, lo utilizan en menor medida.

Por todo ello, creemos que es muy importante que el personal sanitario encargado de guiar a las usuarias y ofrecerles toda la información, tengan en cuenta todos estos factores para, de este modo, poder dar una buena orientación y ayuda a la hora de ofrecerles todos los métodos que hay en el mercado, adaptándose así a la situación de cada mujer en cada momento.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martos A. Breve historia del condón y de los métodos anticonceptivos. [Internet]. Madrid: Ediciones Nowtilus; 2010 [citado el 28 de nov de 2020]. Disponible en: <http://www.aglutinaeditores.com/media/resources/public/8d/8dbc/8dbcff7183a1420781e9a687a693c3aa.pdf>
2. Planificación familiar [Internet]. Who.int. 2020 [citado 13 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
3. Planificación familiar [Internet]. United Nations Fund for Population Activities (UNFPA). 2020 [citado 13 diciembre 2020] Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar>
4. ¿Cuáles son los diferentes tipos de anticonceptivos? [Internet]. espanol.nichd.nih.gov. 2019 [citado 25 noviembre 2020]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/contraception/informacion/tipos>
5. Palomo Viciano M. ESSURE, NUEVO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. NUESTRA EXPERIENCIA EN UN AÑO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. [Internet]. Málaga: Universidad de Málaga; 2011 [citado 18 diciembre 2020]. Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5011/Tesis%20Doctoral%20de%20Maria%20Jose%20Palomo%20Viciano.pdf?sequence=1>
6. Batyra, E. Cambio de comportamiento en el uso de anticonceptivos posterior a un nacimiento no planeado en Colombia y Perú. Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. 2020 [citado 22 noviembre 2020]; 46:1-11. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/46e8420sp.pdf
7. Quintana-Pantaleón, C. Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. Pediatría Integral [Internet] 2013 [citado 7 noviembre 2020]; 13(3). Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-04/sexualidad-y-anticoncepcion-en-la-adolescencia/>
8. El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las comunidades autónomas. Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE) [Internet]. 2016 [citado 28 noviembre 2020] Disponible en: http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2017/02/DEF_Acceso-Anticoncepc-CC.AA_..pdf

9. Simón T. Anticoncepción y embarazo no planificado en mujeres jóvenes. Determinantes culturales, de género, familiares y personales [Internet]. Dialnet. 2016 [citado 17 octubre 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=203123>
10. Encuesta de Anticoncepción en España. Hábitos de la población femenina en relación al uso de los métodos anticonceptivos. Sociedad española de contracepción. Noviembre 2020. [citado 28 noviembre 2020] Disponible en: <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-de-anticoncepcion-2020/>
11. Lete I, Hassan F, Chatzitheofilou I, Wood E, Mendivil J, Lambrelli D, et al. Direct costs if unintended pregnancy in Spain. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2015;20:308-18. <https://doi.org/10.3109/13625187.2015.1028617>
12. Almeida Cardoso Coelho E, Neves Gusmão M, Silva Almeida M, Souza de Almeida M, González Hernando C, et al. ENFERMERIA COMUNITARIA REVISTA DIGITAL ISSN: 1699-0641 [Internet]. Index-f.com. 2014 [citado 17 octubre 2020]. Disponible: <http://www.index-f.com/comunitaria/v10n1/ec9348.php>
13. Tasas de empleo por distintos grupos de edad, sexo y comunidad autónoma(4942) [Internet]. INE. 2019 [citado 27 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4942#!tabs-tabla>
14. Legazpe N. Mujer, trabajo y familia en España. El trimestre econ [Internet]. 2015 [citado 29 noviembre 2020]; 82(328). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-718X2015000400873&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Balderrama Á. Vivir con el peso social y laboral por elegir no tener hijos. Unidiversidad. Universidad Nacional de Cuyo. [Internet] Argentina. 2019 [citado 28 noviembre 2020] Disponible en: <http://www.unidiversidad.com.ar/vivir-con-el-peso-social-y-laboral-por-elegir-no-tener-hijos15>
16. Sociedad española de contracepción. Encuesta de Anticoncepción en España. Hábitos de la población femenina en relación al uso de los métodos anticonceptivos [Internet]. Agosto 2018. [citado 22 de octubre 2020] Disponible en: <http://hosting.sec.es/descargas/encuesta2018.pdf>
17. Ordaz A, Remacha B. Al menos 800.000 mujeres en España están en riesgo de un embarazo no deseado por no usar anticonceptivos [Internet]. ElDiario.es. 2019 [citado 28 noviembre 2020]. Disponible en:

- https://www.eldiario.es/sociedad/uso-anticonceptivos-espana-riesgo-embarazo_1_1744493.html
18. García Bastante Y, Aguilera González E, Reyero Cortina M, Martín S. Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España [Internet]. 2016 [citado 12 diciembre 2020]. Disponible en: <http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2016/04/Informe-serviciosSSR-Baja.pdf>
 19. El estigma de las mujeres que deciden no ser madres. BBC News [Internet] 2015 [citado 28 noviembre 2020] Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/11/151124_100w_100_mujeres_sin_ninos_yv
 20. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud [Internet]. Guías de Práctica Clínica en el SNS; 2019 [citado 15 diciembre 2020]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf
 21. León-Larios, Fátima y Gómez-Baya, Diego. Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. Rev. Esp. Salud Pública. [Internet]. 2018 [citado 7 noviembre 2020], v. 92 Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e20180628/#>
 22. Aguado Rodríguez J. PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO [Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2017 [citado 8 enero 2021]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/23945/TFG-H722.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 23. Millán Vázquez de la Torre, M; Santos Pita, M; Pérez Naranjo, L. Análisis del mercado laboral femenino en España: evolución y factores socioeconómicos determinantes del empleo. Pap. poblac [Internet]. 2015 [citado 07 enero 2021]; vol.21. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252015000200008
 24. Gencat.cat [Internet]. Cataluña: Generalitat de Catalunya [Internet]. Julio 2018 [citado 7 enero 2021]. Disponible en: <http://decisionscopartides.gencat.cat/ca/inici/>

25. De Molina Fernández M. Memoria_del_proyecto_FISS_2018_I de Molina v20 cerrada y definitiva [Internet]. Tarragona; 2018 [citado 5 enero 2021]. Disponible en: https://rovira-my.sharepoint.com/personal/46124568-t_epp_urv_cat/_layouts/15/onedrive.aspx?ct=1603896633817&or=OWA%2DN_T&cid=e0704447%2D8990%2Dc7c9%2D75b2%2D69fe8e28ebe5&originalPath=aHR0cHM6Ly9yb3ZpcmEtbXkuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmY6L2cvcGVyc29uYWwvNDYxMjQ1NjgtZF9lchBfdXJ2X2NhdC9FbnRuNWg0QnpVWk9uX0N2aGVDenk3c0JxWVV1ZjlsSTdpSDhzZ0JreklJVkdRP3J0aW1IPVNQcWEwbEI3MkVn&id=%2Fpersonal%2F46124568%2Dt%5Fep%5Furv%5Fcat%2FDocuments%2FTFG%20y%20TFM%2FTFG%20%20Sara%20Lopez%20y%20Claudia%20Corbalan1%2FBibliografia%2FSharecontract%2FMemoria%5Fdel%5Fproyecto%20FISS%202018%5FI%20de%20Molina%20v20%20cerrada%20y%20definitiva%2Epdf&parent=%2Fpersonal%2F46124568%2Dt%5Fep%5Furv%5Fcat%2FDocuments%2FTFG%20y%20TFM%2FTFG%20%20Sara%20Lopez%20y%20Claudia%20Corbalan1%2FBibliografia%2FSharecontract
26. Dexeus Mujer [Internet] Anticonceptivos naturales. Barcelona. [citado 21 noviembre 2020] Disponible en: <https://www.dexeus.com/informacion-de-salud/enciclopedia-ginecologica/ginecologia/anticonceptivos-naturales>
27. Salud Sexual. Guía de Métodos Anticonceptivos. Dirección General de Salud Pública. Castilla La Mancha. [Internet] [citado 21 noviembre 2020] Disponible en: http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf
28. Moltó Noguera N, Romero Albacete A. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES Y SU ASESORAMIENTO EN CONSULTA [Internet]. Tarragona; 2020 [citado 8 febrero 2021]. Disponible en: http://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/es_TFG2723.html
29. Luque López M. Mujer y sexualidad. Evolución desde el puritanismo del siglo XVIII a la medicina sexual del siglo XXI [Internet]. Revista internacional de Andrología; 2008 [citado 1 febrero 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5771785>
30. Díaz Alonso G. Historia de la anticoncepción [Internet]. La Habana: Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 1995 [citado 3 febrero 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251995000200015&script=sci_arttext&tlng=en
31. Giniebra Marín G, Lazo Herrera L, Almelo Hernández L, Aguiar García A, Rivera Rivadulla R. Historia del condón y otros métodos anticonceptivos [Internet]. Pinar

- del Río; 2019 [citado 5 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2019/me192zb.pdf>
32. Adanu R, Amaral E, Amy J, Cameron S, Chipato T, et Al. Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5th ed. World Health Organization; 1996 [citado 12 febrero 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf
33. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs y Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES [Internet]. 2011 [citado 12 febrero 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304_spa.pdf?sequence=1
34. Hospital de Sagunto, Servicios de reproducción, obstetricia y pediatría [Internet]. Valencia; febrero 2020 [citado 14 Feb 2021]. Disponible en: <https://saludmaternoinfantilsagunto.com/anticoncepcion-con-el-metodo-mela/>
35. Margaix L, Martínez L. Curso online de actualización en anticoncepción para matronas. Módulo 2: Anticonceptivos y criterios de elegibilidad de la anticoncepción [Internet]. Madrid: Federación de asociaciones de matronas de España [Internet]. 2021 [citado 28 abril 2021]. Disponible en: https://rovira-my.sharepoint.com/personal/46124568-t_epp_urv_cat/_layouts/15/onedrive.aspx?ct=1619643985311&or=OWA%2DN_T&cid=1f6f69fa%2D243e%2D4dab%2Dba5a%2Dbe49896bb96b&originalPath=aHR0cHM6Ly9yb3ZpcmEtbXkuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmY6L2cvcGVyc29uYWwvNDYxMjQ1NjgtZm9lcnR0c29uYXN0aGVhZC9FbnRuNWg0QnpVWk9uX0N2aGVDenk3c0JxWVV1ZjlsSTdpSDhzZ0JreklJVkdRP3J0aW1IPXFrVWNmNGtLMlVn&id=%2Fpersonal%2F46124568%2Dt%5Fep%5Furv%5Fcat%2FDocuments%2FTFG%20y%20TFM%2FTFG%20%20Sara%20Lopez%20y%20Claudia%20Corbalan1%2FBibliografia%2FCurso%20puesta%20al%20dia%20en%20anticoncepcion%2FModulo%20%2DAnticonceptivos%20y%20criterios%20elegibilidad%2Epdf&parent=%2Fpersonal%2F46124568%2Dt%5Fep%5Furv%5Fcat%2FDocuments%2FTFG%20y%20TFM%2FTFG%20%20Sara%20Lopez%20y%20Claudia%20Corbalan1%2FBibliografia%2FCurso%20puesta%20al%20dia%20en%20anticoncepcion

36. 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>
37. Sociedad Española de Contracepción. La encuesta de Anticoncepción SEC 2014 revela que casi el 16% de las mujeres mantiene relaciones sexuales sin protección [Internet]. Septiembre 2014 [citado 25 octubre 2020] Disponible en: <http://sec.es/la-encuesta-de-anticoncepcion-sec-2014-revela-que-casi-el-16-de-las-mujeres-mantiene-relaciones-sexuales-sin-proteccion/>

9. ANEXOS

Anexo 1: Cronograma

	2020			2021					
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Diseño									
Introducción y objetivos									
Marco teórico									
Interpretación de resultados									
Conclusión y discusión									
Entrega/ depósito									
Elaboración de la presentación									
Defensa									

Anexo 2: Selección de preguntas del cuestionario del estudio Sharecontracept

Datos de contacto

Edad [range: 10...100]:

02 Convive en pareja

- NS/NC
- Si
- No

04 Hijos/as vivos/as biológicos/as

- Ninguno
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Más de 5

05 Nivel de instrucción

- No sabe leer ni escribir.
- Primarios incompletos.
- Tiene primaria completa (LOGSE y sistema antiguo).
- Primera etapa de educación secundaria (graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa...).
- Bachillerato (bachillerato superior, BUP...).

- FP de grado medio.
- FP de grado superior.
- Enseñanzas universitarias de primer ciclo (diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica).
- Enseñanzas universitarias de segundo ciclo (licenciatura, arquitectura, ingeniería o grados).
- Doctorado, Posgrado, Máster, MIR o equivalente.
- Otras opciones (por ejemplo: títulos en el extranjero).
- NS/NC.

06 En su ocupación actual o en su última ocupación, ¿cuál de éstos fue su tipo de ocupación?

- Grupo 0. No ha trabajado nunca de forma remunerada
- Grupo 1. Directoras y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as, y profesionales asociadas a licenciaturas universitarias. Por ejemplo: Directivas de Administración Pública, Directoras generales, Médicas, Farmacéuticas, Veterinarias, Arquitectas, Ingenieras, Economistas, Juezas, Abogadas, Arquitectas, Matemáticas, Químicas, Especialistas en finanzas, Psicólogas, Historiadoras, Escritoras, Periodistas, etc.
- Grupo 2. Directoras y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as y profesionales asociadas a diplomaturas universitarias y otro personal de apoyo técnico. Por ejemplo: Directoras de empresas de alojamiento o restauración, Profesoras de FP o primaria, Ingenieras técnicas, Arquitectas técnicas, Diseñadoras, Delineantes, Técnicas y profesionales de apoyo, Artistas, Técnicas de actividades turísticas, etc.
- Grupo 3. Ocupaciones intermedias y trabajadoras por cuenta propia. Por ejemplo: Técnicas de laboratorio, Agentes comerciales o inmobiliarias, Fuerzas y cuerpos de seguridad, Profesionales de apoyo, Contables, Recepcionistas (excepto hoteles) y atención al usuario y guías turísticos, Empleadas de bibliotecas y archivos, Bomberas, Policías, Camareras y cocineras por cuenta propia, Propietarias de pequeños alojamientos, Propietarias de tiendas, etc.

- Grupo 4. Supervisoras y trabajadoras en ocupaciones técnicas cualificadas. Por ejemplo: Supervisoras de industria, Técnicas de control, Jefas de sección de tiendas y almacenes, Peluqueras y tratamientos de estética, bienestar o afines, Electricistas, Trabajadoras del textil, confección, piel, cuero y calzado, etc.
- Grupo 5. Trabajadoras cualificadas del sector primario y otras trabajadoras semicualificadas. Por ejemplo: Cocineras y camareras asalariadas, Vendedoras en tiendas (y almacenes, quioscos, gasolineras), Cajeras, Auxiliares (de enfermería, farmacia, etc.), Cuidadoras de niños, Trabajadoras de la industria de la alimentación y bebidas, Operadoras de maquinaria, etc.
- Grupo 6. Trabajadoras no cualificadas. Por ejemplo: Empleadas domésticas, Personal de limpieza, Ayudantes de comida, Repartidoras, Peones, Reponedoras, etc.
- NS/NC

07 ¿Cuál es su situación laboral principal en este momento?

- Asalariada.
- Empresaria con asalariados.
- Empresaria sin asalariados o trabajadora independiente.
- Desocupada con subsidio/prestación.
- Desocupada sin subsidio/prestación.
- Tareas del hogar.
- Estudiante.
- Incapacitada o con invalidez permanente.
- Jubilada.
- Otra situación.
- NS/NC.

08 En relación con los ingresos que tiene, ¿cómo llega su hogar a final de mes?

- Con mucha dificultad.

- Con dificultad.
- Con cierta dificultad.
- Con cierta facilidad.
- Con facilidad.
- Con mucha facilidad.
- NS/NC.

13 ¿Está utilizando algún método anticonceptivo actualmente?

- Si
- No

13.1 ¿Cuál o cuáles método/s anticonceptivo/s usa actualmente?

Puede escoger más de una opción, al acabar pulse 'Continuar'

- Preservativo masculino
- Preservativo femenino
- Anticonceptivos Hormonales orales combinados
- Anticonceptivos Hormonales orales de solo gestágenos
- Inyectable de solo gestágeno
- Implantes
- Anillo vaginal
- Parches
- DIU de cobre
- DIU de progesterona

- Diafragma
- Espermicidas
- Esterilización tubárica
- Vasectomía
- Coitus interruptus
- M.Ogino
- M. Billing
- M. Sintotérmico
- MELA (método amenorrea de lactancia)

15 A la hora de elegir el método, ¿el precio sería decisivo en su elección?

- NS/NC
- Si
- No

17 ¿En cuál o cuáles métodos de anticoncepción hormonal ha pensado?

Puede escoger más de una opción, al acabar pulse 'Continuar'

- NS/NC
- Anticonceptivos Hormonales orales combinados
- Anticonceptivos Hormonales orales de solo gestágenos
- Inyectable de solo gestágeno
- Implantes
- Anillo vaginal
- Parches

- DIU de progesterona

Anexo 3: Búsqueda bibliográfica

Introducción metodológica

Para dar respuesta a los objetivos expuestos se requería de una búsqueda inicial para contextualizar y, de este modo, permitirnos tener un conocimiento más amplio sobre los temas a investigar.

Se realizó una primera búsqueda durante el período de septiembre a noviembre de 2020 para situarse en el contexto de cada objetivo y realizar la introducción. A continuación, se hizo una segunda búsqueda, que se inició en el mes de diciembre y finalizó en el mes de febrero de 2021, con el propósito de conformar el marco teórico y completar la información de la introducción.

Se buscó en las bases de datos PubMed, CINAHL, Cuidatge, Dialnet, Taylor & Francis online, Scielo, Cuiden, Elsevier y Google Académico. Se hizo uso de las bases Elsevier, Dialnet, Scielo y Google Académico

La búsqueda se centró en aquellos artículos relacionados con factores sociodemográficos y los anticonceptivos utilizados

Criterios de inclusión y de exclusión

Se establecieron, además, los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios que hicieran referencia a España y Latinoamérica, publicados nacional o internacionalmente.
- Idiomas: castellano, catalán e inglés.
 - Disponibilidad de acceso al texto completo, ya fuera de forma libre o a través del Servicio de Acceso a la Biblioteca Digital (SABiDi) de la Universitat Rovira i Virgili.
- Relacionados con factores sociodemográficos.

Se excluyeron los documentos que no cumplieran con alguno de los criterios de inclusión

Resultados de la búsqueda bibliográfica.

A continuación, se muestran en formato de diagrama de flujo los artículos seleccionados de las respectivas bases de datos:

Figura 1. Resultado de la búsqueda bibliográfica en Elsevier (Elaboración propia).

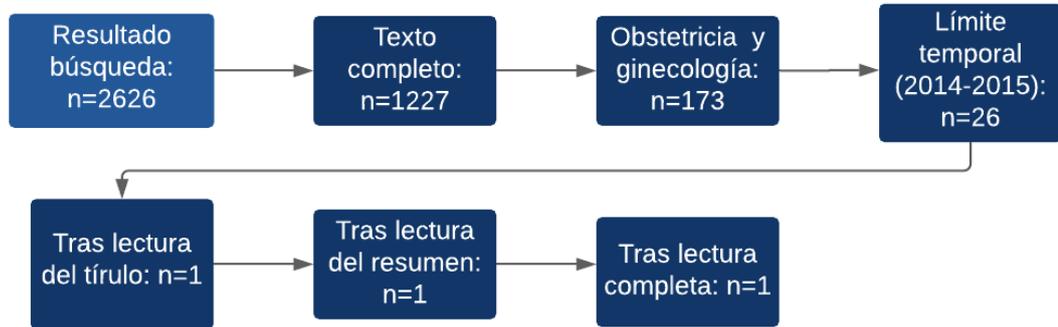


Figura 2. Resultado de la búsqueda bibliográfica en Dialnet (Elaboración propia).

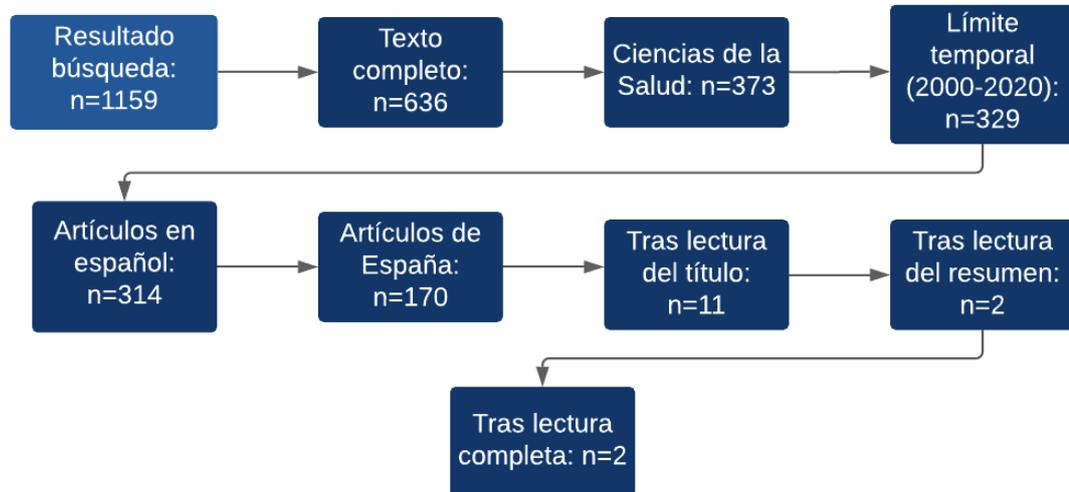


Figura 3. Resultado de la búsqueda bibliográfica en Google Académico (Elaboración propia).

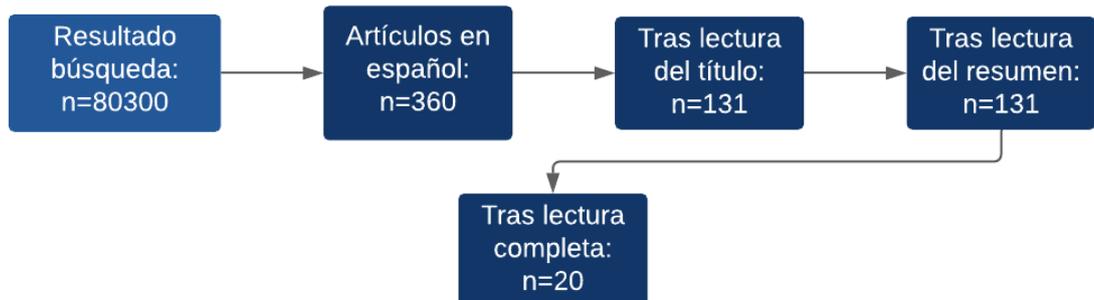
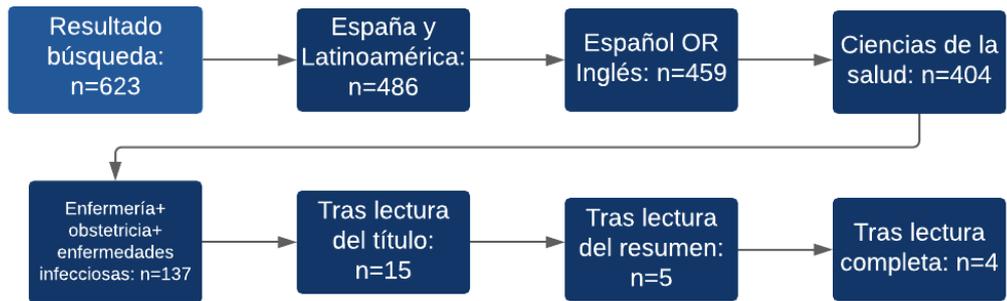


Figura 4. Resultado de la búsqueda bibliográfica en Scielo (Elaboración propia).



Anexo 4: Material para realización de resultados

Las tablas de resultados se han obtenido mediante el programa Jamovi. A continuación, se muestra más material utilizado para la realización del apartado de resultados.

	Statistic	z%	df	p	Mean difference	SE difference	95% Confidence Interval		Effect Size	95% Confidence Interval		
							Lower	Upper		Lower	Upper	
Edad	Student's t	-5.40*	832	<.001	-2.85	0.527	-3.88	-1.81	Cohen's d	-0.390	-0.534	-0.247
	Bayes factor ₁₀	106823		1.99e-11								
	Welch's t	-5.64	695	<.001	-2.85	0.504	-3.84	-1.85	Cohen's d	-0.399		
	Mann-Whitney U	60515		<.001	-3.00		-4.00	-2.00	Rank biserial correlation	0.242		

* Levene's test is significant (p < .05), suggesting a violation of the assumption of equal variances

Assumptions

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
Edad	0.973	<.001

Note: A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

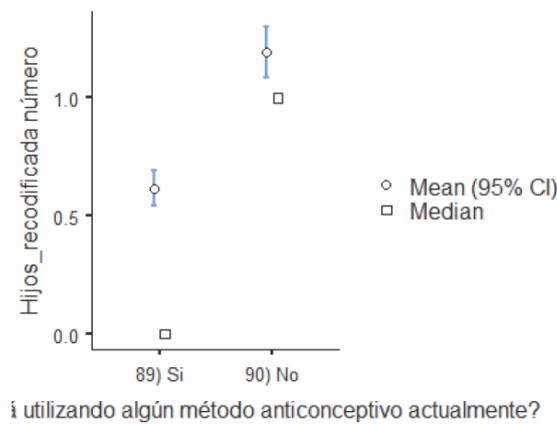
	F	df	df2	p
Edad	10.3	1	832	0.001

Note: A low p-value suggests a violation of the assumption of equal variances

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Edad	89) Si	536	27.6	26.0	7.66	0.331
	90) No	298	30.4	30.0	6.57	0.381

Tabla 1: Edad y uso de métodos anticonceptivos



Gráfica 1: Número de hijos y uso de métodos anticonceptivos

	Convive en pareja		Tiene hijos		Grupo laboral							Situación laboral				Nivel de instrucción				Ingresos		Nº de hijos					
	SI	NO	SI	NO	0	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	0	1	2	3	4	5
DIU Prog	60	25	51	34	9	9	9	9	8	28	10	55	11	7	12	4	27	29	25	32	53	34	22	25	4	0	0
Preservativo V	164	194	125	234	91	22	38	40	26	92	31	180	28	35	114	16	98	110	135	112	234	234	69	48	8	0	0
Patche	19	10	18	11	3	2	2	5	1	10	6	21	5	0	3	1	11	19	35	14	49	11	12	5	1	0	0
Anillo	33	33	18	48	7	5	10	12	3	22	1	42	5	4	15	1	13	8	7	12	17	48	10	6	1	1	0
Implante	103	50	81	62	24	3	9	14	9	60	23	75	31	20	26	13	58	50	32	65	84	62	51	29	9	2	0
Injec. ges	20	14	24	10	4	1	0	2	0	17	7	14	9	6	5	1	15	14	4	18	15	10	16	6	1	1	0
Anticon. Ges	49	10	47	12	5	4	7	6	5	23	6	35	1	9	2	1	18	16	24	23	36	12	29	12	5	0	1
ACOS	96	151	67	180	69	13	16	21	14	71	26	123	18	22	82	12	74	80	81	82	153	180	44	14	8	1	0
MELA	3	0	3	0	0	0	1	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	1	2	1	2	0	2	0	1	0	0
M. Ogino	1	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0
Coitus Interrup	15	11	12	14	4	0	1	7	3	8	0	18	2	2	3	2	1	10	13	10	16	14	5	5	2	0	0
DIU Cu	10	1	7	4	1	0	2	0	1	4	2	42	5	4	15	0	3	5	3	5	6	4	4	1	2	0	0

Tabla 2: Recopilación de análisis descriptivo de métodos utilizados según las variables con el programa Excel