

Cristina López del Burgo^a
Carmen Marina López de Fez^b
Ana Herranz Barbero^a
Ramón Saiz Mendiguren^a
Jokin de Irala^a

^aDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

^bCentro de Salud de Ansoain. Servicio Navarro de Salud. Navarra. España.

Este estudio realizado con una beca de investigación concedida por la Asociación de Amigos de la Universidad de Navarra.

Correspondencia:

Dra. C. López del Burgo.
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.
Irunlarrea, 1. 31008 Pamplona. Navarra. España.
Correo electrónico: cldelburgo@unav.es

Fecha de recepción: 9/2/06.

Aceptado para su publicación: 3/5/06.

Conocimiento de los mecanismos de acción de los métodos de planificación familiar

Knowledge of the mechanisms of action of birth control methods

RESUMEN

Objetivo: Investigar el conocimiento de las mujeres sobre los mecanismos de acción de los métodos de planificación familiar (PF), especialmente de los que pueden actuar después de la fecundación. Identificar si las mujeres quieren más información al respecto.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en una muestra de 725 mujeres fértiles de centros de salud de Pamplona, mediante la autocumplimentación de un cuestionario anónimo con 30 preguntas sobre PF. Se realizaron análisis estadísticos univariantes y regresiones logísticas multivariantes.

Resultados: Menos del 5% de las mujeres conoce todos los mecanismos de acción de los anticonceptivos orales y el dispositivo intrauterino y sólo el 7% los de la píldora poscoital. El 91% opina que el médico debería explicarles si un método tiene mecanismos posfecundación, independientemente de sus creencias.

Conclusiones: Es necesario informar a las mujeres acerca de todos los mecanismos de acción de los métodos de PF, para garantizar su derecho a elegir libremente.

PALABRAS CLAVE

Planificación familiar. Mecanismos de acción. Anticoncepción. Conocimiento. Píldora.

ABSTRACT

Objective: To investigate women's knowledge of the mechanisms of action of birth control methods, especially those that act after fertilization, and to identify whether women want more information on this issue.

Methods: We performed a cross sectional study in a sample of 725 fertile women from primary care health centers in Pamplona (Spain) through

a self-administered, anonymous, 30-item questionnaire on family planning. Univariate and multivariate logistic regression analyses were performed.

Results: Less than 5% knew all the mechanisms of action of oral contraceptives and the intrauterine device and only 7% knew those of the emergency contraception pill. Regardless of their beliefs, most women (91%) believed that they should be informed of any postfertilization effects.

Conclusions: To ensure their right to free choice, women should be informed of all the mechanisms of action of birth control methods.

KEY WORDS

Family planning. Mechanism of action. Contraception. Knowledge. Pill.

INTRODUCCIÓN

Para garantizar el derecho de las mujeres a elegir libremente el método de planificación familiar (PF) que consideren más apropiado y respetar su autonomía, resulta necesario que se les informe de todo aquello que sea importante según sus opiniones y/o creencias¹⁻⁵. Hoy día, la mayor parte de la información sobre los métodos de PF suele centrarse en la eficacia, los efectos secundarios y el modo de utilización⁶⁻⁸. Sin embargo, la información dada a las mujeres debe incluir también la explicación de sus mecanismos de acción^{3,9}. Los mecanismos de acción pueden clasificarse en mecanismos prefecundación (si tienen lugar antes de la unión del óvulo y el espermatozoide) y mecanismos posfecundación (si tienen lugar después de la unión del óvulo y el espermatozoide, tanto antes como después de la implantación). Los mecanismos posfecundación, por tanto, pueden interferir con el desarrollo de un cigoto, hecho que puede ser relevante para algunas mujeres¹⁰⁻¹³. Los datos científicos disponibles actualmente son consistentes con la existencia de mecanismos de acción prefecundación y posfecundación de los anticonceptivos orales, la píldora poscoital y el dispositivo intrauterino (DIU), aunque no se co-

noce con exactitud la frecuencia de estos mecanismos^{2,4,14-21}.

El objetivo de este estudio fue investigar el conocimiento que tienen las mujeres de nuestro entorno acerca de los mecanismos de acción de diversos métodos de PF, con especial interés en aquellos que pueden tener mecanismos posfecundación. Nos propusimos también identificar si las mujeres quieren más información sobre este aspecto de los métodos de PF, y determinar qué factores pueden influir en dicha solicitud de información.

MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo transversal en una muestra de mujeres, entre 18 y 49 años de edad, que acudían por cualquier motivo a los centros de salud de diferentes barrios de Pamplona. Se excluyó a las mujeres que no podían tener hijos y a las menores de 18 años.

Los datos se recogieron a través de un cuestionario anónimo con 30 preguntas sobre el conocimiento, las opiniones y las actitudes de las mujeres en materia de PF. La primera página del cuestionario recoge el consentimiento informado, donde se explica que la decisión de responderlo equivale a la aceptación de participar en el estudio. El cuestionario incluye un dibujo y una explicación sobre el proceso de la reproducción humana, denominando «estadio 1» al período antes de la fecundación, «estadio 2» al período comprendido entre la fecundación y la implantación, y «estadio 3» al período después de la implantación del embrión en el útero. Este cuestionario es una versión en español del cuestionario original en inglés, creado por el Dr. Joseph Stanford, del departamento de Medicina Familiar y Preventiva de la Universidad de Utah (Estados Unidos), en colaboración con el Dr. Rafael Mikolajczyk, de la escuela de Salud Pública de la Universidad de Bielefeld, en Alemania¹³. La traducción ha sido realizada por una persona de habla inglesa cualificada, con conocimientos de la lengua española. El cuestionario puede solicitarse a los autores. Se realizó un estudio piloto con 25 participantes, tras el cual se modificaron algunas preguntas, con la aprobación del equipo investigador original.

La implementación de los cuestionarios se realizó de marzo a mayo de 2004, en 8 centros de atención

426 primaria y 2 centros de atención a la mujer. Los cuestionarios se entregaron en mano a las mujeres que acudían a los centros, para su autocumplimentación en las salas de espera, y se recogieron en sobre cerrado.

Las respuestas de los cuestionarios fueron analizadas con el programa estadístico SPSS (versión 11.0). Para la comparación de variables se utilizó la prueba exacta de Fisher, la prueba de la χ^2 de Pearson, la prueba de tendencia lineal de la χ^2 y la prueba de la t de Student para la comparación de medias. Se utilizó el análisis multivariable de regresión logística no condicional para determinar qué variables pueden influir en la solicitud de información sobre los mecanismos posfecundación de los métodos de PF por parte de las mujeres.

En este trabajo, el conocimiento de los métodos de PF hace referencia únicamente al de sus mecanismos de acción, y no a su modo de utilización o de cualquier otro aspecto de los métodos. Se preguntó a las mujeres en qué estadio o estadios podía actuar cada método. Se clasificaron las respuestas de cada mujer según coincidiesen o no con todos los mecanismos de acción descritos para cada método, según la evidencia científica disponible en la actualidad.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra; protocolo 95/2003.

RESULTADOS

Se entregaron un total de 725 cuestionarios, de los cuales 27 cumplían criterios de exclusión, disponiéndose así de 698 cuestionarios para comenzar el estudio. Tras eliminar los cuestionarios perdidos (6,2%) y los incompletos (10,6%), se analizaron 581 cuestionarios (83,2%).

Las mujeres que componen la muestra tienen una media de edad de 30,8 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 30,2-31,4). El 58,2% (IC del 95%, 54,1-62,2) de las mujeres encuestadas no tiene hijos, el 20,8% (IC del 95%, 17,6-24,4) tiene 1 hijo, el 15,8% (IC del 95%, 12,9-19,1) tiene 2 hijos y el 5,2% (IC del 95%, 3,5-7,3) tiene más de 2 hijos. La mayoría de las mujeres ha nacido en España (92,4%), tiene estudios superiores a los básicos y el salario anual de sus domicilios se sitúa entre 20.000 y 40.000 €. Casi la mitad de las mujeres están casadas (47,8%), y entre las solteras (49,3%) la mitad de ellas tienen pareja estable. El 69,7% de las mujeres se declara católica, y de éstas la mayoría refiere que acuden ocasionalmente (1 vez al mes o menos) a la iglesia. El 30,5% de las mujeres católicas considera la fe la influencia más importante en sus vidas (tabla 1). El 46,3% de las mujeres opina que la vida comienza en la fecundación y el 58,7% considera que es una diferencia importante que la pérdida de un embrión sea espontánea o esté provocada por un método de PF. Los

Tabla 1 Características de las mujeres de la muestra

Características de las mujeres	n	(%)	IC del 95%
País de origen			
España	536	(92,4)	(90-94,4)
Centroamérica-Sudamérica	44	(7,6)	(5,6-10,1)
Total	580	(100)	
Nivel de estudios			
Básicos	116	(20)	(16,8-23,5)
Formación profesional	188	(32,4)	(28,6-36,4)
Diplomatura	117	(20,2)	(17,0-23,7)
Licenciatura	124	(21,4)	(18,1-24,9)
Posgrado	35	(6)	(4,2-8,3)
Total	580	(100)	
Salario anual del domicilio			
< 20.000 €/año	163	(28,5)	(24,8-32,4)
20-40.000 €/año	205	(35,8)	(31,9-39,9)
> 40.000 €/año	82	(14,3)	(11,6-17,5)
No sabe	122	(21,3)	(18,0-24,9)
Total	572	(100)	

(Continúa en la página siguiente)

Tabla 1 Características de las mujeres de la muestra (continuación)

Características de las mujeres	n	(%)	IC del 95%
Estado civil			
Casada	276	(47,8)	(43,6-51,9)
Soltera con pareja estable	157	(27)	(23,6-31)
Soltera	129	(22,3)	(19,0-25,9)
Otro (separada, divorciada, viuda)	16	(2,8)	(1,6-4,5)
Total	578	(100)	
Religión			
No tiene	171	(29,7)	(26,0-33,7)
Católica	401	(69,7)	(65,8-73,5)
Otras (protestante, evangélica)	3	(0,5)	(0,1-1,5)
Total	575	(100)	
Asistencia a servicios religiosos ^a			
Semanal (≥ 1 vez/semana)	81	(20,6)	(16,6-24,9)
Ocasional (≤ 1 vez/mes)	289	(73,4)	(68,7-77,7)
Nunca	24	(6,1)	(3,9-8,9)
Total	394	(100)	
Importancia de la fe en la vida ^a			
De acuerdo	120	(30,5)	(26,0-35,3)
En desacuerdo	146	(37,1)	(32,3-42,0)
No sabe	128	(32,5)	(27,9-37,4)
Total	394	(100)	
Centro de salud ^b			
Atención primaria	514	(88,5)	(85,6-91,0)
Atención a la mujer	67	(11,5)	(9,1-14,4)
Total	581	(100)	
Deseo de embarazo futuro ^c			
No	122	(21,1)	(17,9-24,7)
Sí	455	(78,9)	(75,3-82,2)
Total	577	(100)	
N.º de abortos provocados ^d			
0	260	(91,6)	(87,7-94,5)
1	20	(7)	(4,4-10,7)
2	4	(1,4)	(0,01-2,0)
Total	284	(100)	
N.º de embarazos (media)	0,99	(n = 581)	(0,89-1,10)
N.º de nacidos vivos (media)	0,70	(n = 581)	(0,66-0,74)
Edad (media)	30,8	(n = 581)	(30,2-31,4)

IC: intervalo de confianza.

^aVariables referidas sólo a las mujeres que declaran tener religión.

^bCentro de salud en el que se ha contestado la encuesta.

^cNo: se refiere a las mujeres que afirman claramente que no quieren tener más hijos en el futuro. Sí: incluye a las mujeres que sí quieren tener más hijos y las que dudan de querer tener más en el futuro.

^dVariable referida sólo a las mujeres que han estado embarazadas alguna vez.

métodos de PF que más han utilizado las mujeres son el preservativo y los anticonceptivos orales.

Los métodos más desconocidos respecto a su mecanismo de acción (las mujeres contestan «no sé») son la minipíldora, el método Billings, los anticonceptivos inyectables, el DIU hormonal, el anillo va-

ginal, el método de lactancia-amenorrea y el parche anticonceptivo. Por el contrario, el preservativo, la abstinencia, el aborto y la esterilización, seguidos en orden de frecuencia por los métodos de planificación familiar natural, son aquellos cuyos mecanismos de acción han sido más correctamente identifi-

Tabla 2 Conocimiento que tienen las mujeres sobre los mecanismos de acción de los métodos de planificación familiar (PF)

Método de PF	Mecanismos de acción ^a	Acierta ^b , n (%)	No acierta ^b , n (%)	No sabe ^b , n (%)	Total, n (%)
Aborto ^c	Estadio 3	370 (74,9)	96 (19,4)	28 (5,7)	494 (100)
Abstinencia	Estadio 1	390 (79,8)	26 (5,3)	73 (14,9)	489 (100)
Método sintotérmico	Estadio 1	319 (65,5)	37 (7,6)	131 (26,9)	487 (100)
Lactancia-amenorrea	Estadio 1	276 (57,3)	28 (5,8)	178 (36,9)	482 (100)
Preservativo	Estadio 1	470 (93,6)	14 (2,8)	18 (3,6)	502 (100)
Parche anticonceptivo	Estadios 1 y 2	17 (3,6)	315 (66,3)	143 (30,1)	475 (100)
DIU de cobre	Estadios 1 y 2	16 (3,3)	36 (7,7)	94 (19,6)	479 (100)
DIU hormonal	Estadios 1 y 2	15 (3,2)	253 (53,3)	207 (43,6)	475 (100)
Anticonceptivo inyectable	Estadios 1 y 2	15 (3,2)	220 (46,3)	240 (50,5)	475 (100)
Píldora del día después	Estadios 1 y 2	32 (6,7)	398 (83,1)	49 (10,2)	479 (100)
Anticonceptivo oral	Estadios 1 y 2	23 (4,7)	419 (85,9)	46 (9,4)	488 (100)
RU-486 ^d	Estadios 2 y 3	61 (12,8)	341 (71,6)	74 (15,5)	476 (100)
Ligadura de trompas	Estadio 1	360 (75,3)	40 (8,4)	78 (16,3)	478 (100)
Minipíldora	Estadios 1 y 2	6 (1,3)	194 (40,8)	276 (58,1)	476 (100)
Anillo vaginal	Estadios 1 y 2	13 (2,7)	267 (55,9)	198 (41,4)	478 (100)
Método Billings	Estadio 1	203 (42,6)	24 (5,1)	249 (52,3)	476 (100)

^aMecanismos de acción de los métodos de PF, según la evidencia científica actual^{2,4,14-21}. Los mecanismos se definen según el momento o estadio de la reproducción humana en el que actúan: estadio 1, antes de la fecundación; estadio 2, entre la fecundación y la implantación; estadio 3, después de la implantación.

^bSe clasificaron en el grupo «acierta» a las mujeres que identificaron correctamente todos los mecanismos de acción del método de planificación familiar, según la evidencia científica disponible, y en el grupo «no acierta» a las que no los identificaron. Las mujeres que en la encuesta contestaron «no sé» se asignaron al grupo «no sabe».

^cAborto: se refiere al aborto provocado.

^dRU-486: píldora abortiva.

DIU: dispositivo intrauterino.

cados. Menos del 5% de las mujeres conocen todos los mecanismos de acción de los anticonceptivos orales o el DIU. El 70% de las mujeres respondió que los anticonceptivos orales actúan en el estadio 1 (antes de la fecundación), y sólo un 4,7% respondió que también pueden actuar en el estadio 2 (después de la fecundación pero antes de la implantación). El 7% conoce que la píldora poscoital puede actuar antes y, en ocasiones, después de la fecundación, y no llega al 15% las mujeres que conocen el mecanismo de acción de la RU-486 (tabla 2).

En los análisis univariantes no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que identifican de forma correcta todos los mecanismos de acción de la píldora, la píldora poscoital y el DIU y las que no los identifican, respecto a la edad, el país de origen, el estado civil, el nivel de estudios, la religión, el deseo de quedarse embarazada en el futuro y el número de embarazos y abortos provocados que ha tenido la mujer (tablas 3 y 4).

Junto a este desconocimiento, el 91% de las mujeres encuestadas opina que el médico debería explicarles con más detalle si un método de PF puede, en ocasiones, actuar después de la fecundación o de la implantación. Tras realizar el análisis de regresión logística, encontramos que las mujeres sudamericanas tienen menor probabilidad que las españolas de opinar que el médico debe explicar si un método puede actuar después de la fecundación o de la implantación. Además, por cada 5 años más de edad, la probabilidad de opinar que el médico debe informar si un método puede actuar después de la fecundación es un 24% menor que la de opinar lo contrario. Por otra parte, las mujeres que consideran importante distinguir si la causa que provoca una pérdida embrionaria es espontánea o provocada por un método de PF tienen mayor probabilidad de opinar, respecto a las que no lo consideran importante, que el médico sí debe informar sobre los mecanismos posfecundación (tabla 5).

Tabla 3 Selección de las características de las mujeres según el grado de conocimiento que tienen de los mecanismos de acción de la píldora y de la píldora poscoital (análisis univariantes)^a

Características	Conoce el mecanismo de acción de la píldora ^b				Conoce el mecanismo de acción de la píldora poscoital ^b			
	Sí, n (%)	No, n (%)	Total, n (%)	<i>p</i> ^f	Sí, n (%)	No, n (%)	Total, n (%)	<i>p</i> ^f
País de origen								
España	22 (4,9)	431 (95,1)	453 (100)	1	32 (7,2)	414 (92,8)	446 (100)	0,15
Centroamérica-Sudamérica	1 (2,9)	33 (97,1)	34 (100)		0 (0)	32 (100)	32 (100)	
Estado civil								
Pareja estable ^c	18 (5)	340 (95)	358 (100)	0,81	26 (7,4)	323 (92,6)	349 (100)	0,41
Sin pareja	5 (3,9)	122 (96,1)	127 (100)		6 (4,7)	121 (95,3)	127 (100)	
Deseo de embarazo futuro ^d								
No	2 (2,3)	84 (97,7)	86 (100)	0,40	2 (2,3)	84 (97,7)	86 (100)	0,09
Sí	21 (5,3)	377 (94,7)	398 (100)		30 (7,7)	360 (92,3)	390 (100)	
				<i>p</i> ^g				<i>p</i> ^g
Importancia de la fe ^e								
De acuerdo	6 (6,3)	90 (93,7)	96 (100)	0,40	7 (7,4)	87 (92,6)	94 (100)	0,47
En desacuerdo	5 (3,8)	128 (96,2)	133 (100)		11 (8,3)	121 (91,7)	132 (100)	
No sabe	3 (2,6)	112 (97,4)	115 (100)		5 (4,5)	107 (95,5)	112 (100)	
				<i>p</i> ^h				<i>p</i> ^h
Nivel de estudios								
Básicos + formación profesional	11 (4,6)	226 (95,4)	237 (100)	0,76	13 (5,7)	217 (94,3)	230 (100)	0,62
Diplomatura	4 (3,8)	100 (96,2)	104 (100)		7 (6,8)	96 (93,2)	103 (100)	
Licenciatura + posgrado	8 (5,4)	139 (94,6)	147 (100)		12 (8,2)	134 (91,8)	146 (100)	
				<i>p</i> ⁱ				<i>p</i> ⁱ
Edad (media, n)	29,8 (23)	30,5 (465)		0,61	29,1 (32)	30,6 (447)		0,10

^aEn la tabla se presentan las características más relevantes de las mujeres, que habitualmente se comportan como posibles confusores.

^bHace referencia a las mujeres que identifican correctamente todos los mecanismos de acción del método.

^cPareja estable: casadas, solteras con pareja estable, separadas o divorciadas con pareja estable.

^dNo: mujeres que afirman claramente que no quieren tener más hijos en el futuro. Sí: incluye a las mujeres que sí quieren tener más hijos y a las que no están seguras de querer tener más hijos en el futuro.

^eVariable referida sólo a las mujeres que declaran tener religión.

^fSignificación estadística de la prueba exacta de Fisher.

^gSignificación estadística de la prueba de la χ^2 de Pearson.

^hSignificación estadística de la prueba de la χ^2 de tendencia lineal para variables ordinales.

ⁱSignificación estadística de la prueba de la t de Student.

DISCUSIÓN

Según nuestros resultados, hay un gran desconocimiento entre las mujeres de nuestro entorno acerca de los mecanismos de acción de los métodos de PF. Estudios realizados en otros países también concluyen que hay mujeres e incluso profesionales sanitarios que desconocen los mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia²²⁻²⁷. En nuestro trabajo, el conocimiento de las mujeres se evaluó teniendo en cuenta si identificaban todos los mecanismos de acción de los diversos métodos, según la

evidencia científica disponible. Suele ser menos probable equivocarse cuando solamente hay que conocer un único mecanismo de acción, como ocurre por ejemplo con el preservativo (mecanismo conocido por el 93,6% de las encuestadas), la ligadura de trompas (mecanismo conocido por el 75,3%) o el método sintotérmico (mecanismo conocido por el 65,5%). También es posible que las mujeres no hayan comprendido correctamente lo que el profesional sanitario les ha explicado sobre los mecanismos de acción de los métodos de PF y fallen por esta razón al responder las preguntas del cuestionario. En

Tabla 4 Selección de las características de las mujeres según el grado de conocimiento que tienen de los mecanismos de acción del DIU de cobre y del DIU hormonal (análisis univariantes)^a

Características	Conoce el mecanismo de acción del DIU de cobre ^b				Conoce el mecanismo de acción del DIU hormonal ^b			
	Sí, n (%)	No, n (%)	Total, n (%)	<i>p</i> ^f	Sí, n (%)	No, n (%)	Total, n (%)	<i>p</i> ^f
País de origen								
España	16 (3,6)	429 (96,4)	445 (100)	0,61	15 (3,4)	430 (96,6)	445 (100)	0,61
Centroamérica-Sudamérica	0 (0)	33 (100)	33 (100)		0 (0)	29 (100)	29 (100)	
Estado civil								
Pareja estable ^c	14 (4)	337 (96)	351 (100)	0,26	11 (3,2)	337 (96,8)	348 (100)	1
Sin pareja	2 (1,6)	123 (98,4)	125 (100)		4 (3,2)	120 (96,8)	124 (100)	
Deseo de embarazo futuro ^d								
No	4 (4,7)	82 (95,3)	86 (100)	0,50	3 (3,5)	82 (96,5)	85 (100)	0,74
Sí	12 (3,1)	378 (96,9)	390 (100)		12 (3,1)	375 (96,9)	387 (100)	
				<i>p</i> ^g				<i>p</i> ^g
Importancia de la fe ^e								
De acuerdo	4 (4,3)	89 (95,7)	93 (100)	0,35	5 (5,5)	86 (94,5)	91 (100)	0,06
En desacuerdo	2 (1,5)	30 (98,5)	32 (100)		5 (3,8)	127 (96,2)	132 (100)	
No sabe	5 (4,5)	107 (95,5)	112 (100)		1 (0,9)	111 (99,1)	112 (100)	
				<i>p</i> ^h				<i>p</i> ^h
Nivel de estudios								
Básicos + formación profesional	5 (2,2)	225 (97,8)	230 (100)	0,16	2 (0,9)	224 (99,1)	226 (100)	0,01
Diplomatura	4 (3,9)	99 (96,1)	103 (100)		5 (4,9)	98 (95,1)	103 (100)	
Licenciatura + posgrado	7 (4,8)	139 (95,2)	146 (100)		8 (5,5)	138 (94,5)	146 (100)	
				<i>p</i> ⁱ				<i>p</i> ⁱ
Edad (media, n)	32,5 (16)	30,4 (463)		0,21	33,7 (15)	30,4 (460)		0,06

DIU: dispositivo intrauterino.

^aSe presentan las características más relevantes de las mujeres, que habitualmente se comportan como posibles confusores.

^bHace referencia a las mujeres que identifican correctamente todos los mecanismos de acción del método.

^cPareja estable: casadas, solteras con pareja estable, separadas o divorciadas con pareja estable.

^dNo: mujeres que afirman claramente que no quieren tener más hijos en el futuro. Sí: incluye a las mujeres que sí quieren tener más hijos y a las que no están seguras de querer tener más hijos en el futuro.

^eVariable referida sólo a las mujeres que declaran tener religión.

^fSignificación estadística de la prueba exacta de Fisher.

^gSignificación estadística de la prueba de la χ^2 de Pearson.

^hSignificación estadística de la prueba de la χ^2 de tendencia lineal para variables ordinales.

ⁱSignificación estadística de la prueba de la t de Student.

este caso no se podría afirmar que los profesionales sanitarios no han explicado los mecanismos de acción, sino que el problema radica en la comprensión de la información. Sin embargo, al tener los mecanismos de acción pre-fecundación y posfecundación un grado similar de complejidad (o de sencillez), es esperable que las mujeres comprendan ambos mecanismos. En nuestro trabajo, encontramos que el 70% de las mujeres respondió que los anticonceptivos orales actúan antes de la fecundación, y sólo el 4,7% respondió que también es posible que actúen

después de la fecundación pero antes de la implantación. Parece más razonable interpretar estos datos en el sentido de que el profesional sanitario haya informado a la mujer solamente acerca de alguno de los mecanismos de acción del método que utiliza.

Ha quedado reflejado en nuestro estudio el interés de las mujeres por conocer cómo actúan los diversos métodos de PF: casi la totalidad de las mujeres refirió que el médico debería explicarles con más detalle si el método que utilizan puede actuar después de la fecundación o de la implantación, inde-

Tabla 5 Variables asociadas a las opiniones de las mujeres sobre los métodos de planificación familiar (modelos multivariantes de regresión logística*)

Variables asociadas	Odds ratio (IC del 95%)	
	Opina que el médico debe informar si un método puede actuar después de: La fecundación	La implantación
País		
España	1 (referencia)	1 (referencia)
Centroamérica-Sudamérica	0,33 (0,13-0,84)	0,34 (0,14-0,82)
Pérdida embrionaria		
No importa la causa	1 (referencia)	1 (referencia)
Sí importa la causa	2,47 (1,30-4,72)	2,82 (1,47-5,42)
Edad (× 5 años)	0,76 (0,73-0,80)	

*Los modelos están ajustados también por nivel de estudios, salario, estado civil (pareja/no pareja), deseo de embarazo futuro, opinión sobre el inicio de la vida, religión (asistencia a la iglesia e importancia de la fe en la vida), número de embarazos, abortos provocados e interacción entre religión e inicio de la vida. Sólo se presentan en la tabla las variables que han resultado estadísticamente significativas en cada modelo de regresión logística.

IC: intervalo de confianza.

pendientemente de sus creencias religiosas o de su opinión sobre cuándo comienza la vida humana. Las mujeres sudamericanas mostraban un menor interés por ser informadas sobre los mecanismos de acción de los métodos de PF. Esto puede deberse a diferencias socioculturales que hacen que estas mujeres no perciban la importancia de realizar sus propias elecciones informadas en materia de PF³.

A la hora de valorar los resultados de nuestro trabajo deben tenerse en cuenta algunas limitaciones. Las mujeres que han participado en este estudio no se pueden considerar necesariamente representativas de toda la población femenina en edad fértil de Pamplona, puesto que se utilizó una muestra «de conveniencia». Sin embargo, este estudio se realizó en centros de salud de diferentes barrios de Pamplona, para tener en cuenta los diferentes niveles socioeconómicos de la población. La distribución de las características sociodemográficas de las mujeres de nuestro trabajo se asemeja, de hecho, a la de la población femenina navarra y, en ocasiones, a la nacional, excepto en el nivel de estudios^{28,29}. En nuestra muestra hay una mayor proporción de mujeres universitarias. En cualquier caso, este hecho puede provocar una sobrestimación de los conocimientos sobre la PF, por lo que sería esperable encontrar un conocimiento aún menor entre la población femenina en edad fértil objeto de nuestra muestra.

Al excluir de los análisis 74 cuestionarios incom-

pletos, cabe la posibilidad de introducir un sesgo de selección. Estos cuestionarios provenían de centros con diferentes niveles socioeconómicos y la mayoría de ellos (69%) tenía en común que las 10 o 15 últimas preguntas estaban sin contestar, por lo que todo parece indicar que la falta de tiempo podía ser el factor responsable de que estuviesen incompletos. Los pocos cuestionarios incompletos que no seguían este criterio (31%) correspondían en su mayoría a mujeres sudamericanas con un nivel de estudios básico y un salario bajo. De haber tenido en cuenta estos 23 cuestionarios, se confirmarían nuestros resultados con más rotundidad: encontraríamos incluso un menor conocimiento sobre los mecanismos de acción de los métodos de PF. Podemos asumir que este supuesto sesgo de selección tiene, de hecho, poco impacto en nuestros resultados.

A pesar de nuestro intento por explicar claramente la reproducción humana, incluyendo un dibujo para facilitar su comprensión, algunas mujeres podrían no haberlo entendido bien y, por tanto, fallar al responder las preguntas referidas a los mecanismos de acción de los métodos. No obstante, hay que recordar que el desconocimiento sobre los mecanismos de acción fue uniformemente muy alto en todos los niveles educativos.

A pesar de estas limitaciones, nuestro estudio tiene varias fortalezas, algunas de las cuales aumentan la validez de los resultados. La implementación de

432 los cuestionarios se realizó en un período corto para que el tema de estudio no se difundiese y evitar así la contaminación de las respuestas de las mujeres de los distintos centros de salud. Además, en el cuestionario no se han utilizado términos que puedan condicionar las respuestas de las mujeres y sesgar los resultados. Por ejemplo, se ha evitado utilizar la palabra «abortivo» y no se ha identificado el inicio de la vida humana o del embarazo con ningún momento concreto. Y el hecho de que el cuestionario sea autoadministrado elimina el sesgo debido al entrevistador. La validez del cuestionario ha sido confirmada por los investigadores que lo desarrollaron originariamente¹³.

Según nuestros conocimientos, hasta la fecha no se había valorado el interés de las mujeres por ser informadas acerca de los mecanismos de acción posfecundación de diversos métodos de PF. Nuestro

estudio revela que la mayoría de las mujeres fértiles que acuden a los centros de salud de Pamplona, independientemente de sus creencias, opinan que deben ser informadas sobre estos mecanismos. Para garantizar el derecho de toda mujer a elegir libremente un determinado método de PF, se le debería informar sobre todos los mecanismos de acción relacionados con él.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Joseph Stanford (Universidad de Utah [EE.UU.]) y al Dr. Rafael Mikolajczyk (Universidad de Bielefeld [Alemania]), impulsores de este proyecto de investigación, su asesoramiento para llevar a cabo el estudio en España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spinnato JA. Mechanism of action of intrauterine contraceptive devices and its relation to informed consent. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176:503-6.
2. Larimore WL, Stanford JB. Postfertilization effects of oral contraceptives and their relationship to informed consent. *Arch Fam Med.* 2000;9:126-33.
3. Upadhyay UD. Elección informada en la planificación familiar: cómo ayudar a la gente a decidir. *Population Reports, Serie J, n.º 50.* Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program; 2001.
4. Trussell J, Ellertson C, Stewart F, Raymond E, Shochet T. The role of emergency contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190 Suppl 1:30-8.
5. Drazen JM, Green MF, Wood AJJ. The FDA, politics and Plan B [letter]. *N Engl J Med.* 2004;350:2414.
6. Fisher W, Boroditsky R, Morris B. The 2002 Canadian contraception study (I). *J Obstet Gynaecol Can.* 2004;26:580-90.
7. Freeman S. Nondaily hormonal contraception: considerations in contraceptive choosing and patient counselling. *J Am Acad Nurse Pract.* 2004;16:226-38.
8. Gaudet L, Kives S, Hahn P, Reid R. What women believe about oral contraceptives and the effect of counselling. *Contraception.* 2004;69:31-6.
9. Organización Mundial de la Salud. Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for contraceptive use. Genève: OMS; 2004. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/MEC_3/mec.pdf
10. Larimore WL, Stanford JB, Kahlenborn C. Does pregnancy begin at fertilization? [letter]. *Fam Med.* 2004;36:690-1.
11. Mikolajczyk RT, Stanford JB. Mode of action: an issue for informed consent in family planning. *Hum Reprod.* 2002;17 Abstract Book 1:47.
12. Romo L, Berenson A, Wu H. The role of misconceptions on Latino women's acceptance of emergency contraceptive pills. *Contraception.* 2004;69:227-35.
13. Dye HM, Stanford JB, Alder SC, Kim HS, Murphy PA. Women and postfertilization effects of birth control: consistency of beliefs, intentions and reported use. *BMC Women's Health.* 2005;28:5-11.
14. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertil Steril.* 2004;82 Suppl 1:26-32.
15. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynaecology. Emergency oral contraception. *Int J Gynecol Obstet.* 2002;78:191-8.
16. Kahlenborn C, Standford JB, Larimore WL. Postfertilization effect of hormonal emergency contraception. *Ann Pharmacother.* 2002;36:465-70.

17. Wellberg C. Emergency contraception. *Arch Fam Med.* 2000; 9:642-6.
18. Wertheimer RE. Emergency postcoital contraception. *Am Fam Physician.* 2000;62:2287-92.
19. Lähteenmäki P, Rauramo I, Backman T. The levonorgestrel intrauterine system in contraception. *Steroids.* 2000;65:693-7.
20. Stanford JB, Mikolajczyk R. Mechanisms of action of intrauterine devices: update and estimation of postfertilization effects. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:1699-708.
21. French R, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D, Robinson A, et al. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs), versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Database Syst Rev* 2004, Issue 3, CD001776.
22. Gould H, Ellertson C, Corona G. Knowledge and attitudes about differences between emergency contraception and medical abortion among middle-class women and men of reproductive age in Mexico City. *Contraception.* 2002;66:417-26.
23. Chuang C, Freund K. Emergency contraception knowledge among women in a Boston community. *Contraception.* 2005; 71:157-60.
24. Uzuner A, Unalan P, Akman M, Cifcili S, Tuncer I, Coban E, et al. Providers' knowledge of, attitude to and practice of emergency contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2005;10:43-50.
25. Wallace JL, Wu J, Weinstein J, Gorenflo DW, Fetters MD. Emergency contraception: knowledge and attitudes of family medicine providers. *Fam Med.* 2004;36:417-22.
26. Abbott J, Feldhaus KM, Houry D, Lowenstein SR. Emergency contraception: what do our patients know? *Ann Emerg Med.* 2004;43:376-81.
27. Sherman CA, Harvey SM, Beckman LJ, Petitti DB. Emergency contraception: knowledge and attitudes of health care providers in a health maintenance organization. *Women's Health Issues.* 2001;11:448-57.
28. Instituto de Estadística de Navarra (IEN). Encuesta de condiciones de vida de la población navarra en 2003. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/estadistica>
29. Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de Población y Viviendas 2001. Disponible en: <http://www.ine.es/censo2001/censo2001.htm>