

**Porcentaje de Ginecólogos que conocen el Método Sintotérmico. Maternidad “Mariana de Jesús” y “APROFE”. 2011. Guayaquil, Ecuador.**

Percentage of Gynecologists who know the Symptothermal Method. “Mariana de Jesús” Maternity and “APROFE”. 2011. Guayaquil, Ecuador

Cecilia Ordóñez Moreno<sup>1</sup>, María José Viteri Fernández<sup>2</sup>

*Información de contacto:*

*María José Viteri Fernández*

*Teléfonos: 593-04-2320592; 089258803*

*Correo Electrónico: majo\_viteri@hotmail.com*

*Este documento es original y por tanto, no ha sido publicado en ninguna revista nacional o internacional previamente.*

---

<sup>1</sup> Estudiante de pregrado, Carrera de Medicina, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

<sup>2</sup> Estudiante de pregrado, Carrera de Medicina, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

## **Resumen**

*Objetivo:* Determinar el porcentaje de Ginecólogos que conocen a la perfección el Método Sintotérmico (MST). Secundariamente, conocer si lo recomiendan a sus pacientes, e identificar los factores que intervienen en la decisión del médico para aconsejar o no el método. *Hipótesis:* El porcentaje de médicos Ginecólogos entrevistados que no conocen el MST a la perfección es mayor al 60%. *Diseño:* Estudio descriptivo tipo Encuesta, donde mediante un Cuestionario se entrevistó a Ginecólogos de la Maternidad “Mariana de Jesús” y “APROFE”. Se recolectó datos demográficos, de conocimiento específico sobre el MST y sobre qué métodos recomiendan usualmente. *Resultados:* De los 34 Ginecólogos entrevistados ninguno conocía el MST a la perfección. Del total de Ginecólogos, 85% respondieron que a ninguna de sus pacientes aconsejaban el MST, 55.9% lo atribuían a que existen métodos más eficaces, 73.5% aconsejan los métodos anticonceptivos hormonales y de estos el 80% lo atribuyen a que este método es más eficaz que otros. *Conclusión:* Los Ginecólogos no conocen a la perfección el Método Sintotérmico, por lo que, si lo recomendaran a sus pacientes, la eficacia del método sería baja.

**Palabras Clave:** Planificación Familiar Natural, Método Sintotérmico, Ciclo Menstrual, Índice de Embarazo.

## **Abstract**

*Objective:* To determine the percentage of Gynecologists who know the Symptothermal Method to perfection. Secondly, know if they recommend it to their patients, and identify the factors involved in doctors' decision to recommend or not the method. *Hypothesis:* The percentage of gynecologists who do not know the Symptothermal Method is greater than 60%. *Design:* Descriptive survey, where Gynecologists from "Mariana de Jesus" Maternity and "APROFE" were interviewed through a questionnaire. Data was collected on demographics, specific knowledge of the method and what methods are usually recommended. *Results:* Of 34 Gynecologist interviewed no one knew the method to perfection. Of the total of Gynecologists, 85% stated that didn't recommended the method to any of their patients, 55.9% attributed it to the existence of more effective methods, 73.5% advised hormonal contraceptive methods and of these, 80% attributed it to the belief that this method is more effective than others. *Conclusion:* The Gynecologists do not know perfectly the Symptothermal Method, so if they recommend it to their patients, the effectiveness of the method would be low.

**Key Words:** Natural Family Planning, Symptothermal Method, Menstrual Cycle, Pregnancy Rate.

## Introducción

Los métodos de planificación familiar natural requieren de la observación de signos y síntomas que ocurren durante la fase fértil e infértil del ciclo menstrual. <sup>(1)</sup> El Método Sintotérmico (MST) combina la toma de temperatura corporal basal y la observación de síntomas en el periodo ovulatorio, especialmente de la secreción de moco cervical; gracias a estos dos factores la mujer determina su período fértil, donde debe tener abstinencia sexual si desea evitar un embarazo. <sup>(1-5)</sup> El uso perfecto del MST tiene un Índice de Pearl (IP)<sup>3</sup> de 0.3, comparable con los anticonceptivos hormonales orales de 0.3 y el preservativo masculino de 0.6. <sup>(1-4, 6-11)</sup>

Existen dudas sobre los estudios de eficacia del MST, ya que varían al determinar cuándo la pareja se convierte en sujeto de estudio. Algunos inician el estudio cuando el método es enseñado a la pareja, otros cuando esta empieza a registrar sus ciclos, y otros cuando la pareja lleva varios meses de experiencia. <sup>(12)</sup> En los estudios que presenta una eficacia baja, se ha demostrado que es debido al mal uso del método más no a fallas en el método como tal. <sup>(13)</sup> Sin embargo, los métodos anticonceptivos más usados en Latinoamérica son los hormonales y el preservativo. <sup>(14)</sup> A pesar de esto, en una encuesta realizada a 100 mujeres en la Maternidad “Mariana de Jesús”, encontramos que al 77% le interesa conocer los métodos anticonceptivos naturales y de estas, el 80% estaría dispuesta a cumplir con la toma diaria de temperatura corporal en recto o vagina, valoración diaria del moco cervical y abstinencia sexual durante el período fértil.

Debido a este hallazgo, creemos que el MST debería ser promovido como un método ideal, debido a su alta eficacia, bajo costo, ausencia de efectos adversos y el hecho de mejorar la relación de pareja.

<sup>(1, 3, 6, 7, 8, 15, 16)</sup> El objetivo de este estudio es conocer mediante un cuestionario el porcentaje de

---

<sup>3</sup> Índice de Pearl: índice de fallo de un método anticonceptivo. El cálculo del IP está basado en el número de embarazos no planificados por cada 100 mujeres, utilizando el método durante un año.

Ginecólogos de la Maternidad “Mariana de Jesús” y “APROFE”, de Guayaquil – Ecuador, que conocen el MST a la perfección, así también conocer si lo recomiendan a sus pacientes a la hora de hablar sobre Planificación Familiar (PF), identificar el factor que induce al médico a aconsejar el método o no, y que método anticonceptivo aconseja más y por qué.

## **Metodología**

### **Diseño del Estudio**

Se realizó un estudio descriptivo tipo Encuesta, dirigido a los Ginecólogos de las instituciones: Maternidad “Mariana de Jesús” y “APROFE”. Se seleccionó a dichas instituciones por randomización simple, entre los 6 centros de salud de atención masiva que cuentan con área de Ginecología en Guayaquil – Ecuador, y que son reconocidos por el Ministerio de Salud Pública. Para obtener aprobación de realizar la encuesta, se presentó, al Director Ejecutivo de cada institución, una carta firmada por los autores-investigadores; donde se indicaba el propósito del cuestionario, la importancia de responderlo y se aseguraba el anonimato y confidencialidad del mismo. El estudio fue creado, diseñado, conducido, analizado e interpretado por los autores-investigadores.

Los criterios de inclusión fueron: que los participantes sean especialistas en Ginecología, mayores de 30 años y trabajen en las instituciones elegidas. Con base a la lista proporcionada por el Departamento de Recursos Humanos de las instituciones, se entrevistó a los médicos presentes en los días de recolección de datos. No se incluyeron en el estudio a los médicos que no se pudo entrevistar, ya sea porque estaban de vacaciones, ausentes por enfermedad o se negaron a responder la encuesta.

### **Recolección de datos**

Se recolectó los datos mediante un cuestionario validado por la Sociedad Ecuatoriana de Estadística. Este consistía de una página, con preguntas de opción múltiple de una sola respuesta posible, usando

escalas de tipo nominal y ordinal para las respuestas; sólo la última pregunta era de respuesta abierta. Previamente a entregar la encuesta al grupo de estudio, se desarrolló un Test Piloto que se entregó a 5 Ginecólogos no incluidos en el estudio, con el motivo de conocer cualquier modificación necesaria en el cuestionario. Luego de ser revisado y modificado, el cuestionario fue repartido. Con el objetivo de tener una alta tasa de respuesta y evitar que los especialistas hagan una búsqueda extra de información al responder las preguntas, el cuestionario se realizó en presencia de los autores-investigadores.

### **Cuestionario**

El cuestionario se encuentra en el Anexo 1. Se detallan las variables:

**Datos Demográficos:** edad, género, estado civil, religión, lugar dónde realizó sus estudios de pregrado y posgrado, qué subespecialidad ha finalizado, número de pacientes que atiende al día en la institución, número de pacientes que acuden para PF.

**Datos de conocimientos:** día de inicio del ciclo menstrual, intervalo de tiempo del primer y segundo periodo del ciclo menstrual, tiempo de vida del óvulo y el espermatozoide, características del moco cervical fértil, días que son seguros tener relaciones sexuales sin concebir, seguridad del método en ciclos irregulares, horario y lugar anatómico de la toma de la temperatura corporal, décimas que aumenta la temperatura durante la ovulación y cuántos días se mantiene, qué termómetro se usa, IP del MST.

**Datos de Planificación Familiar:** recomienda el MST o no y por qué, qué método anticonceptivo aconseja con más frecuencia y por qué, y el nombre comercial de éste último.

### **Análisis Estadístico**

Para calcular el tamaño de la muestra se usó la Ley de grandes números, donde de 279 Ginecólogos registrados en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Guayas, se eligió al 10%, es decir a 28. Sin

embargo, se incluyó a más Ginecólogos que cumplieran los criterios de inclusión, para aumentar el tamaño de la muestra y así afianzar cualquier error. De los 5 Ginecólogos a los que se les realizó el Test Piloto, sólo 2 (40%) contestaron todas las variables sobre conocimiento correctamente, es decir conocen el MST a la perfección. Con estos datos formulamos la hipótesis de que el 60% de los Ginecólogos no conoce el MST a la perfección.

Los datos del cuestionario fueron tabulados en una hoja de cálculo del software de análisis estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 19. Para las variables de datos demográficos y de PF, se utilizó la moda para determinar las respuestas que más se repetían y el conteo de estas se expresó en términos de porcentaje.

Para determinar si entre los Ginecólogos que conocían el MST a la perfección y los que no, había diferencias significativas respecto a las variables demográficas, de conocimiento y de PF; se comparó las medias de estas variables usando la prueba T para muestras independientes, con un intervalo de confianza (IC) de 95% y una  $p$  de 0.05%.

## **Resultados**

De un total de 35 especialistas presentes en los días de recolección de datos de los Institutos nombrados, la tasa de respuesta fue 97%, ya que 1 Ginecólogo se negó a participar. Dentro de los datos demográficos recolectados (Tabla 1), se observó que la mayoría de Ginecólogos tienen entre 30-39 años (50%), son de género masculino (52.9%), son de religión católica (94.1%), estudiaron la carrera de Medicina en la Universidad Estatal de Guayaquil (73.5%), realizaron su posgrado de Ginecología en la Maternidad Sotomayor (85.3%), no han realizado subespecialidad (61.8), atienden de 0-25 pacientes al día en la institución (41.2%) y de estos, 0-10 pacientes acuden por PF (55.9%).

En el Anexo 2 se detalla el número de Ginecólogos según las respuestas correctas que obtuvieron en las variables de conocimiento. Debido a que ningún Ginecólogo conocía el MST a la perfección, se agrupó a los Ginecólogos en 2 clases; Malo:  $\leq 50\%$  de respuestas correctas y Bueno:  $> 50\%$  de respuestas correctas. Según estas 2 clases, 20 Ginecólogos estuvieron dentro de la clase Bueno y 14 dentro de la clase Malo.

Del total de Ginecólogos, 29 respondieron que a ninguna de sus pacientes aconsejaban el MST (Fig. 1). Quienes no aconsejaban el MST a todos sus pacientes, 19 lo atribuían a que existen métodos más eficaces (Fig.2 ). Además, 25 Ginecólogos aconsejan los métodos anticonceptivos hormonales (Fig. 3), y de estos, 20 lo atribuyen a que este método es más eficaz que otros. Las preguntas en las que la mayoría de Ginecólogos contestaron incorrectamente se presentan en la Tabla 2.

Se halló que en el grupo Bueno había más Ginecólogos que realizaron alguna subespecialidad, en contraste con el grupo Malo, y esta diferencia fue significativa con una  $p$  de 0.015 (Tabla 3). Además, el grupo Malo tuvo más dificultad al contestar las preguntas 4, 5 y 14 sobre conocimientos, y fue una diferencia significativa con una  $p$  de 0.02, 0.00, 0.006 respectivamente (Tabla 4). No hubo diferencias significativas entre las 2 clases, con respecto a las variables de Planificación Familiar (Anexo 3).

## **Discusión**

Encontramos en nuestro estudio que sólo el 2.9% de Ginecólogos menciona los métodos naturales como opción, cuando sus pacientes acuden a la consulta por PF. El 55.9% de Ginecólogos refieren no aconsejar el MST debido a que existen métodos más eficaces; y el método más recomendado fue el tipo hormonal, en un 73.5% de los casos, coincidiendo así con ser uno de los métodos más usados a nivel mundial. (7, 8, 17, 18) Aunque el objetivo de este estudio no fue demostrar los efectos adversos de los métodos hormonales, existe literatura que evidencia que causan efectos adversos de alto riesgo

como: tromboembolismo venoso, evento cerebrovascular isquémico, infarto miocárdico, colelitiasis, desórdenes metabólicos, osteoporosis e inclusive aumentan ligeramente el riesgo de cáncer de mama, cérvix e hígado. <sup>(19-24)</sup> Aumentando el riesgo para mujeres mayores de 35 años y fumadoras. <sup>(24-26)</sup>

El conocimiento perfecto sobre los métodos naturales es prácticamente nulo, en el estudio se cumple la hipótesis que más del 60% de Ginecólogos no conoce el MST a la perfección, ya que ninguno de los 34 entrevistados respondió correctamente todas las preguntas sobre el tema. A pesar de que el 59% de los Ginecólogos se encontró dentro del grupo Bueno, de ellos, sólo 1 obtuvo la cantidad de respuestas correctas más alta, que fue 13 de 16 preguntas. Hallamos una diferencia significativa respecto a la subespecialidad, que nos permite pensar en la posibilidad que los Ginecólogos que contestaron más preguntas correctas tienen una mejor preparación académica. En este estudio hubo una tendencia de los Ginecólogos a considerar el MST menos eficaz que otros, esto puede deberse al escaso conocimiento sobre el IP del método, ya que la mayoría de Ginecólogos contestó erróneamente esta pregunta. La falta de conocimiento sobre los métodos naturales y sobre su eficaz Índice de Pearl de 0.3 <sup>(1-4, 6-11)</sup>, lleva a una enseñanza mediocre del MST y por lo tanto a una baja probabilidad de que las mujeres tengan éxito al usarlo como método de planificación familiar. <sup>(4, 6-9)</sup> La ausencia de estudios actuales sobre los métodos naturales, permite que los especialistas se muestren escépticos sobre su efectividad. Sin embargo, no existen estudios actuales que contradigan su IP, cuando este método es utilizado a la perfección. <sup>(27-29)</sup>

En nuestro estudio contamos con una tasa de respuesta del 97% que fue mayor a lo ideal (50-85%), tal vez gracias al diseño del cuestionario que contaba con solo una carilla de preguntas de opción múltiple, fáciles de entender. El hecho que haya sido realizado en presencia de los investigadores aseguró la validez de las respuestas. Además el Test Piloto nos permitió modificar varias preguntas para facilitar su comprensión. Sin embargo una de las mayores limitaciones fue que no encontramos

los dos grupos que habíamos previsto para hacer las comparaciones, este era el grupo que conoce a la perfección el MST, es decir contestaba 16 preguntas correctamente, y aquel que no conocía a la perfección el MST. Debido a este inconveniente tuvimos que hacer una división no planificada en Bueno, si contesta más del 50% de respuestas correctas o Malo, si contestaba menos del 50% de respuestas correctas; y así presentar los resultados. Otro inconveniente fue el tamaño de la muestra, que no permite generalizar los resultados a la población de Ginecólogos del Guayas.

La planificación familiar natural mediante el MST, otorga muchas ventajas, pues es un método de alta efectividad, sencillo de explicar y realizar, de muy bajo costo y carece de efectos adversos. <sup>(1-5, 9-14, 30)</sup> Es además el mejor método para detectar la ventana fértil durante el ciclo menstrual, y por lo tanto concebir si así lo desea la pareja. <sup>(31)</sup> Existe interés a nivel mundial acerca del MST, que se ha manifestado en el desarrollo de tecnologías que permiten una mayor precisión, como son los programas computarizados *Lady-Comp*, *Baby-Comp* and *Pearly cycle*, donde la mujer introduce diariamente al programa los datos de toma de temperatura y automáticamente se determina los periodos fértiles y no fértiles. Y el *Método Marquette*, que se basa en el MST e incorpora un monitor electrónico de fertilidad hormonal, el cual mide niveles urinarios de hormona luteinizante y glucoronido-3-estrón. Esto resulta sumamente beneficioso, pues justamente demuestra un IP muy parecido a los otros métodos. <sup>(32, 10)</sup>

Surgen de este estudio nuevas problemáticas que pueden ser objeto de otros estudios, creemos que el MST otorga bienestar mental a la mujer al conocer su cuerpo, su ciclo menstrual y sus períodos fértiles y no fértiles; permite una responsabilidad compartida sobre la planificación familiar entre la pareja pues requiere de días de abstinencia sexual, y mejora la relación de pareja al estar ambos comprometidos a planificar su familia. <sup>(1-6, 33)</sup> Otro punto de interés, que atribuye criterios éticos sobre la práctica médica,

es la decisión de los médicos de prescribir ciertas marcas comerciales de anticonceptivos no naturales, lo que lleva a no aconsejar métodos naturales.

Cuando se trata de Planificación Familiar, el médico prefiere recomendar métodos anticonceptivos hormonales, cuando debería ser la paciente quién decide que método utilizar, luego de una explicación sobre cómo funciona cada método, su eficacia y efectos adversos. Debido a que hay interés de las mujeres por conocer el MST, creemos que es de suma importancia que existan especialistas conocedores del tema, que crean en su efectividad y que estén dispuestos a explicarlo y recomendarlo a sus pacientes.

## **Agradecimientos**

Agradecemos a Juan Calderón Cisneros, Ingeniero Estadístico e Informático y Vicepresidente de la Sociedad Ecuatoriana de Estadística, porque nos facilitó el proceso de validación del cuestionario utilizado en nuestro estudio; y gracias a su conocimiento, tiempo y paciencia pudimos llevar a cabo el análisis estadístico de este Trabajo de Graduación.

## Bibliografía

1. Soler F, Fernández Martínez M, Díaz Sáez J. **Planificación familiar natural, una alternativa.** Rev Enferm. 1995 Dec;18(208):69-74.
2. Roetzer J. **Sympto-thermal method and family planning.** Acta Med Rom. 1978;16(30):339-48.
3. Walter Rhomberg, Prof., MD, Michaela Rhomberg, MD, Hubert Weißenbach, DI. **Natural Family Planning (NFP): The Symptothermal Method (Rötzer) as a Family Binding Tool. Results of a Survey among Members of INER.** Catholic Social Science Rev.2009 Volume XIV
4. **Prospective study of effectiveness of a sympto-thermal natural family recently deplaning.** French Federation for Natural Family Planning, Couple-Amour-Fertility, vzw (Belgium). J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998; 27: 174-180.GY97111
5. Parenteau-carreau S. **The sympto-thermal methods.** Contracept Fertil Sex (Paris). 1983 Nov;11(11):1189-203.
6. **Family Planning. A global handbook for providers.** Evidence-based guidance developed through worldwide collaboration. World Health Organization and John Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communications Programs. 2007
7. **Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos.** Segunda Edición. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2005
8. Jonh O. Schorge, Joseph I. Schaffer et al: **Williams Gynecology. Contraception and Sterilization.** United States. 2008
9. Miranda María Teresa, Barranco Enriqueta. **Análisis de la eficacia de los métodos naturales.** V Congreso de la Sociedad Española de Contracepción. Santander, año 2000

10. Richard Fehring, Mary Schneider, Mary Lee Barron. **Efficacy of the Marquette Method of Natural Family Planning**. American Journal of Maternal Child Nursing , 2008. Volume 33, No.6
11. Queenan JT, Moghissi KS. **Natural family planning: looking ahead**. Am J Obstet Gynecol. 1991 Dec;165(6 Pt 2):1979-80.
12. Kambic RT. **Natural family planning use-effectiveness and continuation**. Am J Obstet Gynecol. 1991 Dec;165(6 Pt 2):2046-8.
13. M. Guida, G. A. Tommaselli, M. Pellicano, S. Palomba and C. Nappi. **An overview on the effectiveness of natural family planning**. Gynecol Endocrinol. 1997, Vol. 11, No. 3 , Pages 203-219
14. **Estudio sobre métodos anticonceptivos en mujeres de 14 países de América Latina**. Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM). Aten Fam 2006;13(5):104-109
15. **Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use**. Reproductive Health and Research. Tercera Edición. World Health Organization. Geneva. 2004
16. Picardo CM, Nichols M, Edelman A, et al: **Women's knowledge and sources of information on the risks and benefits of oral contraception**. J Am Med Womens Assoc 58:112, 2003
17. Gemzell-Danielsson K, Thunell L, Lindeberg M, Tydén T, et al: **Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the choice program in Sweden**. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011 May 12. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01180.x.
18. Townsend JW, Sitruk-Ware R, Williams K, Askew I, Brill K. **New strategies for providing hormonal contraception in developing countries**. 2011 May;83(5):405-9.Epub 2010 Oct 12.
19. Cibula D, Gompel A, Mueck AO, La Vecchia C, Hannaford PC, Skouby SO, Zikan M, Dusek L. **Hormonal contraception and risk of cancer**. 2010 Nov-Dec;16(6):631-50. Epub 2010 Jun12.
20. Sitruk-Ware R, Nath A.. **Metabolic effects of contraceptive steroids**. 2011 May 3.

21. Narod SA, Dubé MP, Klijn J, Lubinski J, Lynch HT, Ghadirian P, Provencher D, Heimdal K et al: **Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers.** 2002 Dec 4;94(23):1773-9.
22. Blanco-Molina A, Monreal M. **Venous thromboembolism in women taking hormonal contraceptives.** 2010 Feb;8(2):211-5.
23. Etminan M, Delaney JA, Bressler B, Brophy JM. **Oral contraceptives and the risk of gallbladder disease: a comparative safety study.** CMAJ. 2011 May 17;183(8):899-904
24. Pitts SA, Emans SJ. **Controversies in contraception.** 2008 Aug;20(4):383-9.
25. Veljković M, Popovć J. **Venous thromboembolism and oral contraception.** 2010 May-Jun;63(5-6):376-9.
26. Tsankova V, Petrov V, Astrug A. **Oral contraceptives increase deep venous thrombosis in smoking women.** 2010;49(5):8-13.
27. Szamatowicz M, Karowicz-Bilińska A, Kotarski J, Nowak-Markwitz E, et al: **The statement of Polish Gynecological Society experts about using natural methods of preventing an unintended pregnancy.** 2010 Dec;81(12):947-9.
28. Dunson DB, Sinai I, Colombo B. **The relationship between cervical secretions and the daily probabilities of pregnancy: effectiveness of the TwoDay Algorithm.** 2001 Nov;16(11):2278-82.
29. Bigelow JL, Dunson DB, Stanford JB, Ecochard R, Gnath C, Colombo B. **Mucus observations in the fertile window: a better predictor of conception than timing of intercourse.** 2004 Apr;19(4):889-92. Epub 2004 Feb 27.
30. Soler F, Barranco-Castillo E. **The symptothermal (double check) method: an efficient natural method of family planning.** 2010 Oct;15(5):379-80; author reply 381-2.

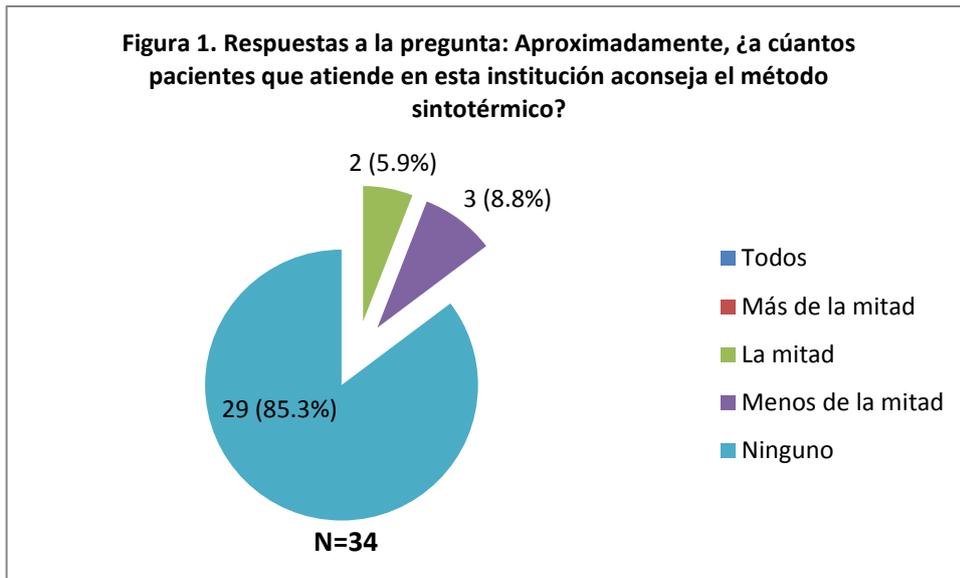
31. Freundl G, Godehardt E, Kern PA, Frank-Herrmann P, Koubenec HJ, Gnoth Ch. **Estimated maximum failure rates of cycle monitors using daily conception probabilities in the menstrual cycle.** 2003 Dec;18(12):2628-33.
32. Binkiewicz P, Michaluk K, Demiańczyk A. **Calculation of the Pearl Index of Lady-Comp, Baby-Comp and Pearly cycle computers used as a contraceptive method.** 2010 Nov;81(11):834-9.
33. Pallone SR, Bergus GR. **Fertility awareness-based methods: another option for family planning.** 2009 Mar-Apr;22(2):147-57.

**Tabla 1. Características de los participantes al momento de la encuesta.**

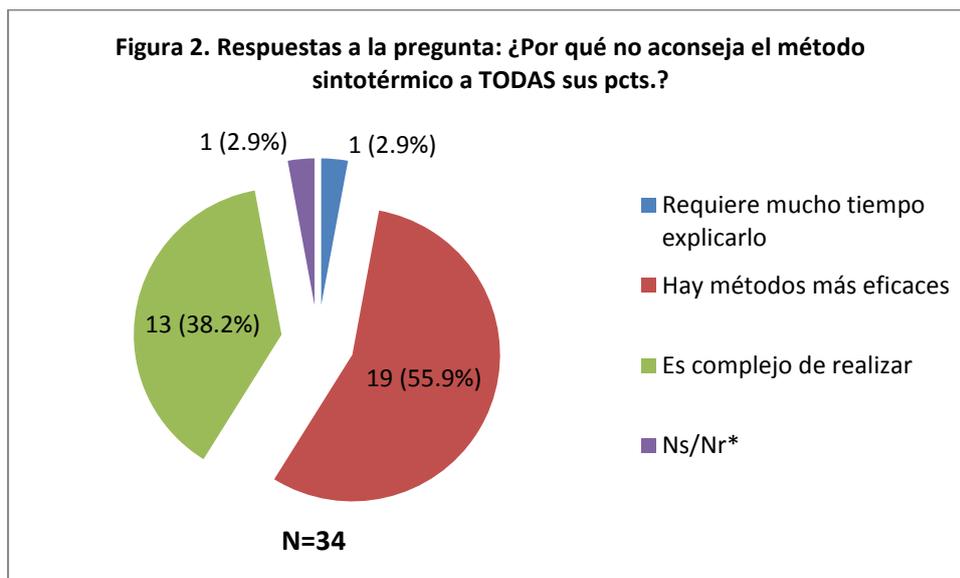
<b>Características</b>	<b>Moda</b>	<b>Porcentaje % (Número) N=34</b>
Edad	30-39 años	50 (17)
	40-49 años	29.4 (10)
	≥50 años	20.6 (7)
Género	Masculino	52.9 (18)
Religión	Católica	94.1 (32)
Facultad de Medicina	U. Estatal de Guayaquil	73.5 (25)
Posgrado de Ginecología	Maternidad Enrique C. Sotomayor	85.3 (29)
Subespecialidad	Ninguna	61.8 (21)
Pacientes que atiende al día	0-25 pcts.	41.2 (14)
	>50 pcts.	35.3 (12)
	26-50 pcts.	23.5 (8)
Pacientes que acuden por PF* al día	0-10 pcts.	55.9 (19)

*Fuente: Maternidad "Mariana de Jesús" y " APROFE"*

\*PF: Planificación Familiar

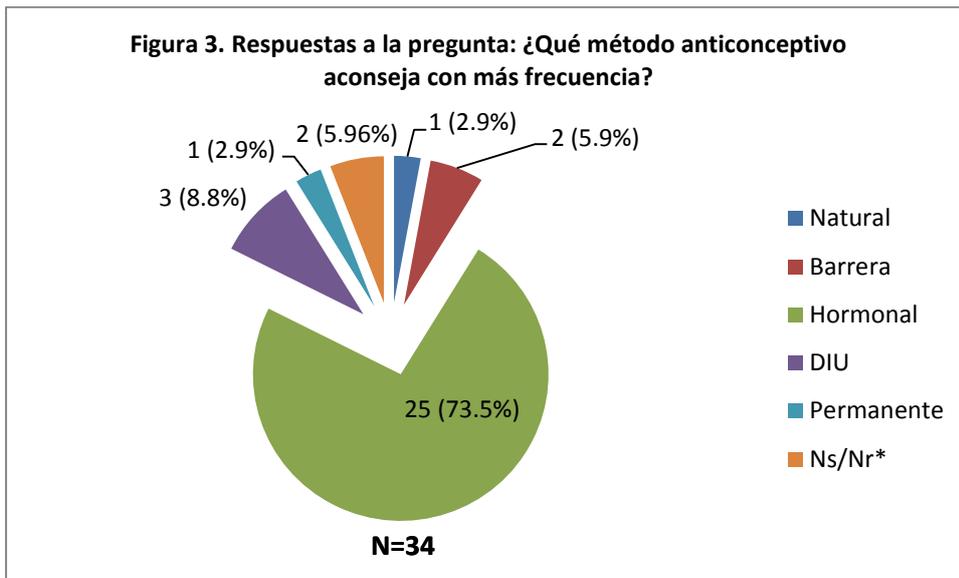


Fuente: Maternidad "Mariana de Jesús" y " APROFE"



Fuente: Maternidad "Mariana de Jesús" y " APROFE"

\* Ns/Nr: No sabe/ No responde



Fuente: Maternidad "Mariana de Jesús" y " APROFE"

\* Ns/Nr: No sabe/ No responde

**Tabla 2. Preguntas que tuvieron el mayor porcentaje de respuestas incorrectas.**

Preguntas	Número (N=34)	Porcentaje %
¿Alrededor de cuánto tiempo pueden vivir los espermatozoides en el período fértil?	20	58.82
Si NO se desea embarazo, ¿cuántos días después de la ovulación se puede tener relaciones sexuales?	17	49.99
¿El Método Sintotérmico puede usarse en ciclos irregulares?	23	67.64
¿Puede ocurrir ovulación durante el sangrado menstrual?	30	88.23
¿Cuál es el MÍNIMO de horas de reposo necesarias, previo a la toma de temperatura?	33	97.05
Durante la ovulación, la temperatura corporal aumenta, ¿cuánto tiempo se mantiene este aumento?	29	85.28
¿Cuál es el Índice de Pearl del Método Sintotérmico?	30	88.23

*Fuente: Maternidad "Mariana de Jesús" y " APROFE"*

**Tabla 3. Prueba T de Student, entre Grupos Bueno y Malo respecto a variables demográficas.**

Variable	Grupo	Media*	Desviación	Error Std.	p (2-colas)†
			Std.	Media	
<b>Edad</b>	Bueno	1.80	.834	.186	.420
	Malo	1.57	.756	.202	
<b>Género</b>	Bueno	4.40	.503	.112	.339
	Malo	4.57	.514	.137	
<b>Estado Civil</b>	Bueno	6.95	.605	.135	.274
	Malo	6.71	.611	.163	
<b>Religión</b>	Bueno	11.15	.671	.150	.801
	Malo	11.21	.802	.214	
<b>Escuela de Medicina</b>	Bueno	16.20	.410	.092	.146
	Malo	16.50	.760	.203	
<b>Posgrado Ginecología</b>	Bueno	25.15	.671	.150	.111
	Malo	25.64	1.082	.289	
<b>Subespecialidad</b>	Bueno	23.25	7.656	1.712	<b>.015†</b>
	Malo	17.14	5.447	1.456	
<b>Pcts. Que atiende al día</b>	Bueno	39.85	.875	.196	.482
	Malo	40.07	.917	.245	
<b>Pcts. por PF al día</b>	Bueno	42.65	.745	.167	.571
	Malo	42.50	.760	.203	

\* Los valores para calcular la media, provienen del código asignado a cada variable en SPSS.

† p: valores inferiores a 0.05 se consideran estadísticamente significativos.

**Tabla 4. Prueba T de Student, entre Grupos Bueno y Malo respecto a variables de conocimiento.**

Variable	Grupo	Media*	Desviación	Error Std.	$p$ (2-colas)†
			Std.	Media	
<b>Preg1</b>	Bueno	2.00	.000‡	.000	.000
	Malo	2.00	.000‡	.000	.000
<b>Preg2</b>	Bueno	1.90	.308	.069	.071
	Malo	1.64	.497	.133	
<b>Preg3</b>	Bueno	1.80	.410	.092	.069
	Malo	1.50	.519	.139	
<b>Preg4</b>	Bueno	1.80	.410	.092	.002†
	Malo	1.29	.469	.125	
<b>Preg5</b>	Bueno	1.65	.489	.109	.000†
	Malo	1.07	.267	.071	
<b>Preg6</b>	Bueno	1.85	.366	.082	.956
	Malo	1.86	.363	.097	
<b>Preg7</b>	Bueno	1.55	.510	.114	.501
	Malo	1.43	.514	.137	
<b>Preg8</b>	Bueno	1.40	.503	.112	.268
	Malo	1.21	.426	.114	
<b>Preg9</b>	Bueno	1.20	.410	.092	.079
	Malo	1.00	.000	.000	
<b>Preg10</b>	Bueno	1.85	.366	.082	.641
	Malo	1.79	.426	.114	

**Continuación Tabla 4.**

<b>Preg11</b>	Bueno	1.90	.308	.069	.713
	Malo	1.86	.363	.097	
<b>Preg12</b>	Bueno	1.90	.308	.069	.370
	Malo	1.79	.426	.114	
<b>Preg13</b>	Bueno	1.05	.224	.050	.411
	Malo	14	1.00	.000	
<b>Preg14</b>	Bueno	20	1.75	.444	.006†
	Malo	14	1.29	.469	
<b>Preg15</b>	Bueno	20	1.20	.410	.312
	Malo	14	1.07	.267	
<b>Preg16</b>	Bueno	20	1.20	.410	.079
	Malo	14	1.00	.000	

\* Los valores para calcular la media, provienen del código asignado a cada variable en SPSS.

†  $p$ : valores inferiores a 0.05 se consideran estadísticamente significativos.

‡ T no puede ser computada porque las desviaciones standard de ambos grupos es 0.

Anexo 1

**DATOS PERSONALES**

1. Edad:  
 30-39 años     40-49 años     ≥50 años
2. Género:  
 Masculino     Femenino
3. Estado civil:  
 Soltero     Divorciado  
 Casado     Viudo  
 Unión libre
4. Religión:  
 Católica  
 Otra, especifique:  
 Ninguna
5. ¿Dónde realizó su Escuela de Medicina?  
 > Nombre de la Institución:  
 > Ciudad:  
 > País:
6. ¿Dónde realizó su posgrado de Gineco-Obstetricia?  
 > Nombre de la Institución:  
 > Ciudad:  
 > País:
7. ¿Cuál de las siguientes subespecialidades de Gineco-Obstetricia ha finalizado?  
 Medicina materno fetal (Perinatología)  
 Urología ginecológica  
 Oncología ginecológica  
 Endocrinología reproductiva y Fertilidad  
 Cirugía ginecológica laparoscópica  
 Ginecología de niños y adolescentes  
 Sexología  
 Otra, especifique:  
 Ninguna
8. ¿Alrededor de cuantos pacientes al día atiende en esta Institución?  
 0 a 25     26 a 50     >50
9. ¿Alrededor de cuántos de estos pacientes acuden por Planificación Familiar?  
 0-10     21-30     41-50  
 11-20     31-40     >50

**MÉTODO SINTOTÉRMICO, marque con una X la respuesta CORRECTA, sólo se permite UNA respuesta. Marque Ns/Nr si no conoce la respuesta.**

1. El primer día del ciclo menstrual es:  
 El primer día del sangrado menstrual  
 El último día del sangrado menstrual  
 Ns/Nr
2. El intervalo de tiempo entre el primer día del ciclo y la ovulación es:  
 Constante     Variable     Ns/Nr
3. El intervalo de tiempo entre la ovulación y el inicio de la siguiente menstruación es de alrededor de:  
 1 semana     3 semanas  
 2 semanas     Ns/Nr
4. Una vez que el óvulo es liberado del ovario, si este NO es fertilizado, vive alrededor de:  
 1 a 2 horas  
 12 a 24 horas  
 48 a 72 horas  
 Ns/Nr
5. En el período fértil, los espermatozoides pueden vivir alrededor de:  
 1 a 2 horas     3 a 5 días  
 10 a 20 horas     Ns/Nr  
 24 a 48 horas
6. El patrón mucoso de fertilidad se caracteriza por:  
 Cambiar día tras día desde moco pegajoso turbio a resbaloso transparente  
 Cambiar de escaso sangrado menstrual a sensación seca en vagina  
 Ns/Nr

7. Si NO se desea un embarazo, ¿cuantos días DESPUÉS del día cúspide (ovulación) se puede tener relaciones sexuales?  
 1 día después  
 2 días después  
 3 días después  
 4 días después  
 Ns/Nr
8. ¿El método sintotérmico puede usarse en ciclos irregulares?  
 Si     No     Ns/Nr
9. ¿La ovulación puede ocurrir durante el sangrado menstrual?  
 Si     No     Ns/Nr
10. ¿La temperatura corporal se debe tomar siempre en el mismo lugar anatómico (rectal o vaginal)?  
 Si     No     Ns/Nr
11. ¿La toma de temperatura se realiza en la mañana, sin levantarse de la cama?  
 Si     No     Ns/Nr
12. ¿Qué características debe tener el termómetro para que la toma de temperatura sea correcta?  
 Termómetro de mercurio que, previo a la toma de temperatura, marque 0°centígrados  
 Termómetro de mercurio que, previo a la toma de temperatura, marque la temperatura registrada el día anterior  
 Termómetro electrónico  
 Ns/Nr
13. ¿Cuál es el MÍNIMO de horas de reposo que necesita tener una mujer, previo a la toma de temperatura corporal?  
 8 horas     2 horas  
 6 horas     Ns/Nr  
 4 horas
14. Durante la ovulación, la temperatura corporal aumenta mínimo:  
 2 décimas     6 décimas  
 4 décimas     Ns/Nr
15. Este aumento de temperatura se mantiene:  
 3 días     Hasta que aparezca la regla  
 5 días     Ns/Nr
16. El método sintotérmico tiene un índice de Pearl de alrededor de:  
 0,2 a 0,4     8 a 9  
 1 a 2     Ns/Nr  
 5 a 6
17. Aproximadamente, ¿a cuántos pacientes que atiende en esta Institución aconseja ud el método sintotérmico?  
 Todos  
 Más de la mitad  
 La mitad  
 Menos de la mitad  
 Ninguno
18. Si NO aconseja a TODOS sus pacientes el método sintotérmico, ¿cuál de los siguientes factores considera que es la causa principal?  
 Se requiere mucho tiempo para explicarlo  
 Hay métodos más eficaces  
 Es un método complejo de realizar  
 Ns/Nr
19. ¿Qué método anticonceptivo aconseja con más frecuencia?  
 Natural  
 Barrera  
 Hormonal  
 DIU  
 Permanente  
 Ns/Nr
20. ¿Por qué aconseja con más frecuencia el método que eligió en la pregunta anterior?  
 Mayor eficacia que otros métodos  
 Más fácil de usar que otros métodos
21. Especifique el nombre comercial del anticonceptivo que recomienda con más frecuencia:

**Anexo 2**

**Anexo 2. Número de Ginecólogos según la cantidad de respuestas correctas.**

<b>Respuestas correctas de 16 preguntas</b>	<b>Número (N=34)</b>	<b>Porcentaje %</b>
13	1	2.9
12	1	2.9
11	3	8.8
10	8	23.5
9	7	20.6
8	7	20.6
7	3	8.8
6	1	2.9
5	1	2.9
4	1	2.9
3	1	2.9
<b>Total de Ginecólogos:</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

*Fuente: Maternidad "Mariana de Jesús" y " APROFE"*

**Anexo 3**

**Anexo 3. Prueba T de Student, entre Grupos Bueno y Malo respecto a variables de Planificación Familiar.**

Variable	Grupo	Media*	Desviación	Error Std.	$p$ (2-colas)†
			Std.	Media	
<b>Aconseja MST</b>	Bueno	18.65	16.323	3.650	.153
	Malo	30.57	30.943	8.270	
<b>Por qué no lo aconseja</b>	Bueno	85.85	20.213	4.520	.413
	Malo	90.36	.633	.169	
<b>Qué Método aconseja</b>	Bueno	84.70	28.974	6.479	.244
	Malo	93.93	.616	.165	
<b>Por qué</b>	Bueno	97.15	.366	.082	.171
	Malo	97.36	.497	.133	
<b>Nombre Comercial</b>	Bueno	77.50	46.060	10.299	.251
	Malo	93.57	27.077	7.237	

\* Los valores para calcular la media, provienen del código asignado a cada variable en SPSS.

†  $p$ : valores inferiores a 0.05 se consideran estadísticamente significativos.